

Health Impact Assessment Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Health Impact Assessment

Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich

Ilonka Horvath
Sabine Haas
Christine Knaller
Gabriele Sax

Unter Mitarbeit von

Sabrina Exel
Martin Sprenger

Wien, im Jänner 2010
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zl. II/4610

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort

Health Impact Assessment ist ein Instrument zur systematischen Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich ihrer möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und dient der Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

Der vorliegende Bericht „Health Impact Assessment – Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich“ ist das Ergebnis eines umfassenden Projekts, in dem nicht nur nationale und internationale Erfahrungen zu HIA aufgearbeitet wurden, sondern auch die Inhalte einiger Workshops samt Diskussionen. Der Bericht präsentiert die Ergebnisse dieser Arbeiten der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Im Anschluss an die Ziele und die Methodik des Projekts (vgl. Kapitel 1) werden die Grundlagen und die Ausgangslage zu **Health Impact Assessment** dargestellt (vgl. Kapitel 2). Dies beinhaltet eine **allgemeine Beschreibung von HIA**, die Verortung des Instruments im Kontext der Konzepte „Health in All Policies“, Gesundheitsförderung und „Health Inequalities“, die Darstellung von Zielen, Nutzen und Effektivität von HIA sowie der zentralen Ergebnisse der **internationalen Länderanalyse**. In der Folge liegt der Fokus auf der **österreichspezifischen Ausgangslage**, die um Rückschlüsse aus den Interviews mit Expertinnen und Experten erweitert wird.

Die Ergebnisse aus dem theoretischen und dem empirischen Teil des Projekts fließen in das eigentliche **Konzept** zur Etablierung von HIA in Österreich ein (vgl. Kapitel 3). Hier werden Vorschläge bezüglich des **grundsätzlichen Rahmens** für HIA in Österreich ausgeführt. Die Etablierung von HIA ist als langfristiger Prozess zu sehen. Die dafür notwendigen Schritte werden anhand von **vier Phasen der Etablierung** präzisiert und die abgeleiteten Strategien und Handlungsstränge mit Hilfe der **fünf Schlüsselbereiche** eines Capacity-Building-Modells aufbereitet. Der letzte Teil des Konzepts beschreibt detailliert den erforderlichen ersten Schritt, nämlich die **Phase der Bewusstseinsbildung** in Sachen HIA. Im Anschluss daran werden in Kapitel 4 notwendige Schlussfolgerungen abgeleitet und **Empfehlungen** hinsichtlich der Etablierung von HIA in Österreich formuliert. Eine umfangreiche Bibliografie und ein Glossar runden den Hauptteil des Berichts ab.

Im Anhang finden sich eine Liste der interviewten Personen sowie Länderprofile, die einen Überblick über die Implementierung von HIA in einzelnen Staaten geben, außerdem Verzeichnisse der relevanten internationalen HIA-Links zu ausgewählten und thematisch geordneten Überblicksarbeiten und zu ausgewählten HIA-Tools.

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielfalt von Informationen erstellt, die durch Recherche zusammengetragen und durch ergänzende Interviews und Diskussionen präzisiert wurden. Besonderer Dank gilt jenen Personen, die im Rahmen von Interviews ihre Einschätzungen zu HIA zur Verfügung stellten, darüber hinaus auch den Mitgliedern der GÖG-internen Arbeitsgruppe zu HIA für ihre Anregungen und Diskussionsbeiträge.

Kurzfassung

Health Impact Assessment ist ein Instrument zur systematischen Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich ihrer möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und dient der Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Das vorliegende Konzept zur Etablierung von Health Impact Assessment (HIA) in Österreich wurde vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt. Ziel des Projekts ist es, auf Basis der internationalen wie österreichischen Erfahrungen bzw. der nationalen Rahmenbedingungen Möglichkeiten zur Umsetzung von HIA auf Bundesebene zu skizzieren. Von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG sollen des weiteren Empfehlungen zur Etablierung von HIA in Österreich erarbeitet werden.

Zu Beginn erfolgte eine Recherche und Analyse der theoretischen Basis, der internationalen Umsetzung(erfahrungen) und der Ausgangslage in Österreich. Kernstück der Analyse des österreichischen Status quo in Sachen HIA stellten Interviews mit Beamtinnen und Beamten aus den für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Bundesministerien bzw. mit Fachleuten dar. Es zeigt sich, dass HIA in Österreich weitgehend noch Neuland ist. Nur einige wenige Fachleute befassen sich verstärkt mit HIA, wobei das Interesse an HIA jedoch auf nationaler wie regionaler Ebene steigt. Seitens der befragten Bundesressorts besteht ein prinzipielles Interesse am Thema Gesundheit bzw. gibt es Anknüpfungspunkte hinsichtlich Gesundheitsauswirkungen. Die Erfahrungen mit HIA auf internationaler Ebene ebenso wie jene mit der Strategischen Umweltprüfung in Österreich erlauben Rückschlüsse bezüglich wirksamer Strategien zur Etablierung und Anwendung von HIA in Österreich.

Das Konzept zur Umsetzung von HIA in Österreich wurde anhand eines im Gesundheitsbereich etablierten Modells ausgearbeitet. Da die Etablierung von HIA ein langfristiger Prozess ist, wurden die fünf Säulen des Capacity-Building-Modells (Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Ressourcenwidmung, Leadership, Partnerschaft) um vier Implementierungs-Phasen erweitert (Bewusstseinsbildung, Einführung, Umsetzung, Institutionalisierung). Pro Säule und Phase wurden konkrete Ziele definiert und dazugehörige Strategien für deren Umsetzung identifiziert. Aus dieser Systematik konnten notwendige Handlungsstränge für die Etablierung von HIA in Österreich abgeleitet werden. Konkrete Maßnahmen werden für die erste Phase zur Bewusstseinsbildung beschrieben.

Das auf dieser Basis entwickelte Konzept präsentiert Vorschläge hinsichtlich der zentralen inhaltlichen und strukturellen Eckpunkte, die den grundsätzlichen Rahmen für HIA in Österreich abstecken. Vorgeschlagen wird, dass die Erprobung und Einführung des Instrumentes HIA sich in einem ersten Schritt auf die Bundesebene sowie auf politische Vorhaben konzentriert. Empfohlen wird weiters, dass das Instrument HIA in Österreich einem prospektiven Ansatz folgen sollte, was bedeutet, dass die Durchführung eines HIA in die Planungsphase eines Vorhabens eingebettet sein soll. Als wesentlich wird die Berücksichtigung der international anerkannten HIA-Grundsätze Demokratie, Förderung der Chancengleichheit, Objektivität, Transparenz, Praktikabilität und Nachhaltigkeit erachtet. Großen Stellenwert hat – abgeleitet von den internationalen Erfahrungen – die strukturelle Verankerung von HIA, insbesondere das Festlegen der politischen Verantwortlichkeit, ein klar erteilter Auftrag zur Durchführung von HIA, das Bereitstellen der erforderlichen Ressourcen sowie das Einrichten einer HIA-Support-Unit. Hinsichtlich der notwendigen intersektoralen Zusammenarbeit werden eine interministerielle HIA-Arbeitsgruppe und die Ausbildung von HIA-Beauftragten pro Ressort vorgeschlagen.

Generell ist zu betonen, dass die Einführung und Etablierung von HIA in Österreich als (politisches) Entscheidungsinstrument, um Gesundheit in allen Politikfeldern zu berücksichtigen, nur als langfristiger Prozess möglich ist. Um alle relevanten Akteurinnen und Akteure (politische Entscheidungsträger/innen, potenzielle Auftraggeber/innen und Durchführende) von Sinn und Nutzen dieses Instrumentes zu überzeugen, sieht das vorliegende Konzept eine ausgiebige Phase der Bewusstseinsbildung vor. Zentrales Element bzw. „Motor“ dieser Phase wäre eine HIA-Support-Unit, mit der Aufgabe, die notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen zu bündeln, die fachliche Basis zur Einführung von HIA in Österreich aufzubereiten und die Verantwortung für notwendige Maßnahmen der Bewusstseinsbildung zu übernehmen. Empfohlen wird weiters in dieser Phase einige Health Impact Assessments als Pilotprojekte durchzuführen, um den Nutzen von HIA anhand konkreter österreichspezifischer Beispiele aufzeigen zu können.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	III
Kurzfassung	V
Inhaltsverzeichnis.....	VII
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund und Ziel des Projektes	1
1.2 Methodik des Projektes	2
2 HIA: Ausgangslage	4
2.1 HIA: Ziele und Nutzen	4
2.2 HIA: Internationaler Stand	15
2.3 Ausgangssituation in Österreich.....	25
3 HIA: Strategien und Maßnahmen für Österreich.....	31
3.1 Grundsätzlicher Rahmen	35
3.2 Vier Phasen der Etablierung von HIA	38
3.3 Ziele und Strategien in den Schlüsselbereichen	40
3.3.1 Schlüsselbereich Organisationsentwicklung	41
3.3.2 Schlüsselbereich Personalentwicklung.....	42
3.3.3 Schlüsselbereich Ressourcenwidmung.....	43
3.3.4 Schlüsselbereich Leadership.....	44
3.3.5 Schlüsselbereich Partnerschaften	45
3.4 Phase der Bewusstseinsbildung im Detail	49
4 HIA: Schlussfolgerungen und Empfehlungen	55
Bibliografie.....	57
Abkürzungsverzeichnis	68
Glossar.....	69
Anhang A: Liste der interviewten Personen.....	74
Anhang B: Länderprofile	75
Anhang C: Relevante Links	92
Anhang D: Ausgewählte Überblicksarbeiten zu „Health Impact“	93
Anhang E: Ausgewählte HIA-Tools	97

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 2.1:	Einbettung und Abgrenzung von HIA in Bezug zu Health in All Policies, Gesundheitsförderung und Health Inequalities	8
Tabelle 2.2:	Ablaufschema für die Durchführung eines Health Impact Assessments.....	11
Tabelle 2.3:	Schematische Darstellung der Ergebnisse des HIA zum Entwurf der Verkehrsstrategie (London 2000) am Beispiel der alternativen Fortbewegungsmittel	24
Tabelle 3.1:	Überblick über Grundaufbau des HIA-Umsetzungskonzepts für Österreich.....	31
Tabelle 3.2:	Etablierung von HIA in Österreich – Ziele nach Phasen („Stages of organisational change“) und Schlüsselgebieten (Übersicht)	46
Tabelle 3.3:	Übersicht über die Aufgaben der HIA-Support-Unit in der Phase der Bewusstseinsbildung	54

Abbildungen:

Abbildung 2.1:	Gesundheitsdeterminanten-„Regenbogen“	4
Abbildung 2.2:	Verortung von HIA in Bezug zu Health in All Policies, Gesundheitsförderung und Health Inequalities.....	5
Abbildung 3.1:	Überblick über Phasen, Ziele und Maßnahmen des HIA-Umsetzungskonzepts	33
Abbildung 3.2:	Capacity-Building-Framework.....	34

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Ziel des Projektes

In den letzten zwanzig Jahren entwickelte sich auf internationaler Ebene ein umfassendes Verständnis von Gesundheitspolitik: Die gesundheitspolitische Strategie „Health in All Policies“ (HiAP) bzw. „Gesundheit in allen Politikfeldern“ beschreibt das Ziel, den Aspekt der Gesundheit im Sinne gebündelter Anstrengungen in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Stahl et al. 2006). Diese Strategie baut auf dem Wissen auf, dass sich die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung (Gesundheitsdeterminanten) außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems finden, wie etwa im Bereich der Sozial-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik. Überschneidungen gibt es bei HiAP mit dem politikrelevanten Thema „Health Inequalities“ („Gesundheitliche Ungleichheiten“), das sich mit den Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit befasst (WHO 2005a).

Trotz dieser grundsätzlichen Willenserklärung zu einer umfassenden Gesundheitspolitik auf internationaler Ebene mangelt es derzeit noch an verbindlichen Umsetzungsstrategien von „Gesundheit in allen Politikfeldern“. Um die gesundheitlichen Auswirkungen konkreter (politischer) Vorhaben in unterschiedlichen Bereichen (z. B. Verkehrskonzepte, Agrar-, Sozial- und Bildungspolitik etc.) bereits im Rahmen der Planung systematisch auf ihre Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung zu untersuchen, verwendet man das Instrument des „Health Impact Assessment“ (HIA)¹. Bei HIA stehen zentrale Werte einer Gesundheitspolitik wie Partizipation und Förderung von Chancengleichheit im Mittelpunkt. HiAP und HIA sind untrennbar miteinander verbunden: Ohne Akzeptanz für HiAP kann HIA nicht etabliert werden.

Auf EU-Ebene wird HIA als zukunftssträchtiges Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen Politikzusammenhängen gesehen und die Anwendung sowohl auf Ebene der EU-Institutionen als auch in den Mitgliedsstaaten empfohlen². Das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in

¹ Als deutsche Übersetzung von HIA wird teilweise „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ verwendet. Da dies aber eine falsche Analogie zur Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) herstellt (siehe dazu Abschnitt 2.1) und häufig auf die eingeschränkte Prüfung der Gesundheitsauswirkungen im Rahmen einer UVP verweist, wurde bewusst auf die deutsche Übersetzung verzichtet und entschieden, den etablierten englischen Begriff beizubehalten.

² http://ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm

Europa hat die Etablierung von HIA in den Mitgliedsländern als eines der Gesundheitsziele 2010 definiert (vgl. Abschnitt 2.2) und einen diesbezüglichen Schwerpunkt im Netzwerk „Gesunde Städte“ gesetzt. In Österreich sah ein Entwurf des Bundesgesetzes zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz, GPG) vor, HiAP stärker zu berücksichtigen und HIA zu etablieren.

Ziel dieser Studie der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ist es, auf Basis der österreichischen Rahmenbedingungen bzw. der internationalen wie landesweiten Erfahrungen ein Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich zu erarbeiten. Darin sollen Anknüpfungspunkte, unterstützende wie hinderliche Faktoren sowie sich abzeichnende Herausforderungen aufgezeigt werden. Weiters werden Empfehlungen bezüglich eines weiteren Vorgehens zur Etablierung von HIA in Österreich dargestellt.

1.2 Methodik des Projektes

In einem ersten Schritt wurde auf Basis einer Internet- und Literaturrecherche die theoretische Basis zu HIA aufbereitet (bestehende Definitionen, verfügbare Methoden und Instrumente etc). Zentrale Fragen waren hierbei, in welcher Form und mit welchen Erfahrungen HIA international bereits umgesetzt wird. Insgesamt wurden 16 Länder (vgl. Anhang B) sowie die EU und die WHO nach den folgenden Gesichtspunkten analysiert: Verantwortlichkeit für HIA, formelle/gesetzliche Verankerung von HIA, Maßnahmenspektrum, Zeitfenster zur Durchführung von HIA, verwendete Instrumente und Methoden, bestehende Netzwerke und Kooperationen, Werte und Grundsätze, finanzielle Rahmenbedingungen, Abstimmungen mit anderen Assessments und Begleitmaßnahmen.

Im Zuge der internationalen Recherche wurde eine Vielzahl an spezifischen Anwendungsinstrumenten (sog. „Tools“) für einzelne Phasen eines HIA identifiziert. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Checklisten und Vorlagen, die HIA-Prozesse bzw. deren Dokumentation vereinheitlichen. Im Projektverlauf wurden relevante Tools nicht nur gesammelt, sondern auch hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für Österreich vorselektiert. Ein Überblick über ausgewählte Tools findet sich im Anhang des Berichts (vgl. Anhang E). Mit dem Ziel, Erfahrung mit einer konkreten Durchführung von HIA zu sammeln, erfolgte die Teilnahme an einem internationalen HIA-Training³. Die HIA-

³
www.liv.ac.uk/ihia/

Konferenz in Rotterdam⁴ ermöglichte einen Einblick in den aktuellen internationalen Stand zu HIA wie auch eine erste Kontaktnahme mit HIA-Expertinnen und -Experten.

Parallel zur internationalen Recherche wurde erhoben, ob bzw. mit welchen Erfahrungen HIA in Österreich bereits umgesetzt wird. Weiters wurden die Erfahrungen mit der Strategischen Umweltprüfung (SUP) und der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) hinsichtlich möglicher Rückschlüsse auf die Etablierung von HIA in Österreich geprüft. Ein Kernstück der nationalen Erhebung stellen leitfadengestützte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher politischer Ressorts dar. Insgesamt wurden neun Interviews mit einem selbstständig tätigen HIA-Experten und mit acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der folgenden Bundesministerien bzw. -institute geführt: BKA, BMASK, BMLFUW, BMUKK, BMVIT, UBA. Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen wurde eine SWOT-Analyse zur Umsetzung von HIA in Österreich durchgeführt.

In einem letzten Analyseschritt wurden die Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche, der nationalen Erhebung sowie der SWOT-Analyse im Rahmen mehrerer Workshops zusammengeführt und anhand einer Matrix systematisiert dargestellt. Die Matrix ergab sich aus den fünf Säulen des Capacity-Building-Modells (Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Leadership, Mittelverwendung und Partnerschaften) und aus vier Implementierungsphasen (Bewusstseinsbildung, Einführung, Umsetzung, Institutionalisierung). Ziel dieses Analyseschrittes war es, pro Säule und Phase konkrete Umsetzungsziele zu erarbeiten und dazugehörige Strategien bzw. Maßnahmen für deren Umsetzung zu identifizieren. Das Capacity-Building-Modell ist ein in der Gesundheitsförderung anerkanntes Modell, um neue Programme oder Projekte erfolgreich etablieren zu können. Die drei grundlegenden Ziele des Capacity-Building-Modells bestehen darin, eine entsprechende Infrastruktur zu schaffen, die Nachhaltigkeit der Programme/Projekte zu gewährleisten und die Problemlösungsfähigkeit bei der Umsetzung zu erhöhen (vgl. Abschnitt 3.2).

Da es sich bei HIA um ein multidisziplinäres Verfahren handelt, das unterschiedliche Arbeitsbereiche der GÖG berührt, wurde eine GÖG-interne Arbeitsgruppe gebildet, die anlassbezogen konsultiert wurde und der im Rahmen von Sitzungen Zwischenergebnisse präsentiert wurden. Hiermit sollte gewährleistet werden, dass die intern verfügbaren Erfahrungen (insbesondere zur Gesundheitsberichterstattung, zu Health Technology Assessment und zur Gesundheitsplanung) genutzt werden. Um außerdem sicherzustellen, dass die nationale HIA-Expertise außerhalb der GÖG in das Projekt einfließen kann, wurde ein Public-Health-Experte mit HIA-Erfahrung als externes Teammitglied hinzugezogen.

⁴
www.hia09.nl/default.cfm

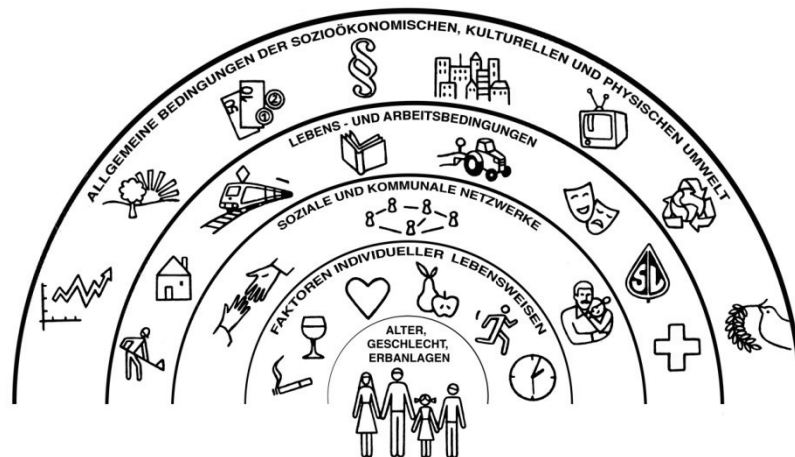
2 HIA: Ausgangslage

2.1 HIA: Ziele und Nutzen

Health Impact Assessment (HIA) hat sich in den letzten zehn bis 15 Jahren in einer Reihe von Ländern als Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen im Entscheidungsfindungsprozess von (politischen) Maßnahmen in verschiedensten Sektoren (z. B. Verkehr, Bildung, Umwelt, Arbeitsmarkt, Infrastruktur) etabliert. Laut „Gothenburg Consensus Paper“ der WHO, das versucht, ein gemeinsames Verständnis von HIA zu entwickeln, ist HIA „a combination of procedures, methods and tools by which a policy, program or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population“ (European Centre for Health Policy 1999; vgl. auch Abschnitt 2.2).

Wesentlich für das Verständnis und die Verortung von HIA sind ein umfassender Gesundheitsbegriff und das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. Im Sinne der Ottawa Charta der WHO wird Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Unter Gesundheitsdeterminanten versteht man die persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen (vgl. Abbildung 2.1). Dieses sozialwissenschaftliche Gesundheitsmodell dient als Grundkonzept für die meisten HIA-Modelle (vgl. z. B. European Policy Health Impact Assessment EPHIA).

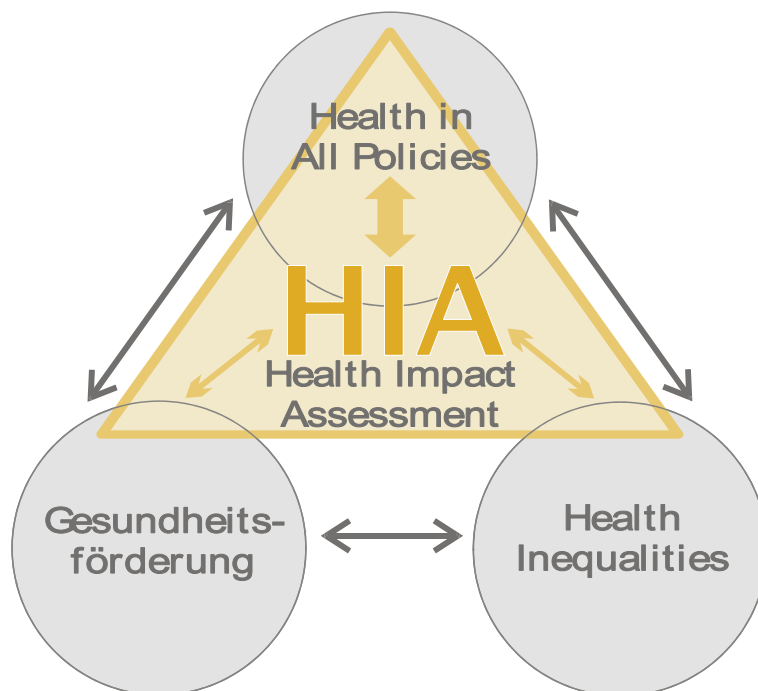
Abbildung 2.1:
Gesundheitsdeterminanten-„Regenbogen“



Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren and Whitehead (1991)

Damit ist HIA ein relevantes Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen Politikfeldern im Sinne von „Health in All Policies“ (vgl. auch Abschnitt 2.2). HIA kann weiters ein wichtiges Instrument zur gesunden Gestaltung von Lebenswelten (Verhältnisprävention) im Sinne der Gesundheitsförderung sein, und durch die Berücksichtigung von Chancengleichheit als zentralem Wert kann es auch einen Beitrag zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten („Health Inequalities“) leisten.

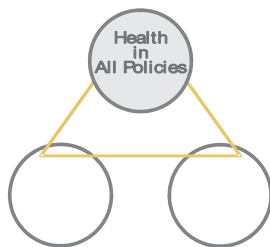
Abbildung 2.2:
Verortung von HIA in Bezug auf Health in All Policies,
Gesundheitsförderung und Health Inequalities



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Alle vier Ansätze bzw. Strategien stimmen überein zum einen in dem Ziel, die Gesundheit von Bevölkerungen bzw. spezifischen Bevölkerungsgruppen zu verbessern, und zum anderen in der erkannten Notwendigkeit einer intersektoralen Zusammenarbeit. Sie bauen auf dem Wissen auf, dass nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit nur in Kooperation mit allen gesellschaftlichen und politischen Sektoren erzielt werden können.

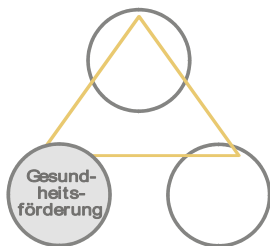
Exkurs zu Health in All Policies, Gesundheitsförderung und Health Inequalities



Health in All Policies (HiAP) bzw. Gesundheit in allen Politikfeldern zielt ab auf die Integration des Themas Gesundheit in andere politische Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten. Ausgangspunkt ist das Wissen, dass politische Maßnahmen, Gesundheitsdeterminanten und die Gesundheit der Menschen in einer kausalen Kette stehen. HiAP setzt beim Anfang der Kette – den politischen Maßnahmen – an, um die Gesundheit der Menschen zu verbessern.

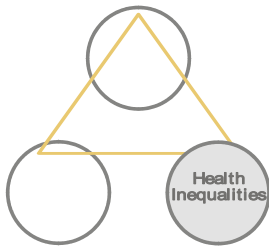
Da Maßnahmen ausschließlich im Gesundheitsbereich zu kurz greifen, müssen Gesundheitsaspekte und -auswirkungen in allen Politikbereichen berücksichtigt werden. Dies hat durchaus auch einen Nutzen für die anderen Sektoren, wie die Evidenz zeigt (z. B. ökonomisches Wachstum). Umgekehrt verursachen politische Maßnahmen mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit gesellschaftliche Kosten auf Ebene des Gesundheitssystems und der Ökonomie, und Maßnahmen zur Kompensation negativer Gesundheitseffekte durch Interventionen in der Gesundheitsversorgung sind oft nicht sehr effizient und teuer (Wismar et al. 2006).

HiAP und HIA sind untrennbar miteinander verbunden; ohne Akzeptanz für HiAP kann HIA nicht etabliert werden. Umgekehrt stellt HIA ein zentrales Instrument für die konkrete Umsetzung von HiAP dar. Im optimalen Fall können sich HiAP und HIA wechselseitig positiv verstärken, indem die jeweiligen Aktivitäten und deren Ergebnisse die generelle Akzeptanz für den dahinterliegenden Ansatz fördern.



Gesundheitsförderung zielt laut Ottawa Charta der WHO auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Konkret werden darunter Maßnahmen und Programme verstanden, die Menschen dabei unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung orientiert sich meist an Lebenswelten (Settings), wie Arbeitsplatz, Wohnumfeld oder Schule, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt und die einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens oder der Lebensverhältnisse ab, wobei Letzteres, die sogenannte Verhältnisprävention, in der Praxis häufig noch zu kurz kommt.

HIA kann als Instrument der Verhältnisprävention dienen und einen wichtigen Beitrag zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensbedingungen leisten, in dem es – ebenso wie HiAP – dazu beiträgt, dass der Fokus von individuellen Lebensstilen und spezifischen Krankheiten stärker in Richtung gesellschaftliche und soziale Faktoren und Maßnahmen geschoben wird (Hyssälä 2006).



Unter dem Schlagwort „**Health Inequalities**“ haben gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in den letzten Jahren zunehmende Beachtung erfahren. Die verfügbaren Daten zeigen konsistent, dass geringeres Bildungsniveau, Beschäftigungsstatus und Einkommen mit schlechterem Gesundheitsstatus einhergehen (Wismar et al. 2006; Klimont et al. 2008; BMGFJ 2002). „Health Inequalities“ steht für die ungerechte und vermeidbare Kluft bei der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen und befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit. Maßnahmen zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten sollen zu einem verbesserten Gesundheitszustand der betroffenen Bevölkerungsgruppen und zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen (vgl. z. B. CSDH 2008).

Chancengleichheit stellt einen zentralen Wert von HIA dar (siehe unten), und die Berücksichtigung von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten hat einen wichtigen Stellenwert bei der Durchführung von HIA. HIA kann damit auch als Instrument für die Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten dienen.

Tabelle 2.1:
Einbettung und Abgrenzung von HIA in Bezug zu Health in All Policies, Gesundheitsförderung und Health Inequalities

Strategie	Ziel	Fokus	Instrumente / Vorgehensweisen	Maßnahmen am Beispiel „Ernährung“
(Etablierung von) Health Impact Assessment	Prüfung der Auswirkungen geplanter (politischer) Vorhaben auf die Gesundheit von Bevölkerungen	Gesundheitsauswirkungen von Vorhaben verschiedener Sektore	Erfassung und Bewertung der positiven wie negativen Gesundheitsauswirkungen konkreter Vorhaben in der Planungsphase	z. B. HIA zu einem Gesetzesentwurf „Nahrungsmittelkennzeichnung“; HIA zu einer „Nationalen Strategie zur nachhaltigen Landwirtschaft“
Health in All Policies	Sicherstellung der (routine-mäßigen) Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten und -auswirkungen in allen Politikfeldern	intersektorale Abstimmung	z. B. intersektorale Komitees / Gesundheitsziele / Gesundheitsberichte, HIA	z. B. intersektorale Plattform „Ernährung“; multisektoraler „Nationaler Ernährungsplan“
Gesundheitsförderung (Verhältnisprävention)	Beeinflussung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Menschen	Gesundheit	z. B. Gesundheitsförderliche (Um)Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, HIA	z. B. Umstellung von Kantinenessen in Betrieben, Schulen etc. auf gesunde Ernährung; Subventionen für gesunde Nahrungsmittel
(Reduktion von) Health Inequalities	Förderung der Gesundheit von gesundheitlich und sozial benachteiligten Gruppen	soziale/gesundheitliche Ungleichheiten	z. B. Verbesserung der sozioökonomischen Lage von Gruppen (z. B. Bildung, Einkommen, Wohnen), zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung, HIA	z. B. Bereitstellung von preisgünstigen gesunden Nahrungsmitteln zum Verkauf in Sozialmärkten

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung



Bei **Health Impact Assessment (HIA)** handelt es sich im Unterschied zu den drei kurz dargestellten, verwandten bzw. sich bis zu einem gewissen Grad überlagernden Strategien um ein konkretes Instrument mit (teilweise) standardisiertem methodischem Vorgehen. HIA hat die Aufgabe zu prüfen, welche Gesundheitsauswirkungen Maßnahmen, die in verschiedensten Sektoren geplant werden, haben könnten, und Empfehlungen zu erarbeiten, wie diese optimiert werden könnten. HIA ist aber keine

Strategie, in deren Rahmen Vorhaben oder Maßnahmen initiiert werden. Weiters ist es auch keinesfalls das Ziel, alle (politischen) Vorhaben einem HIA zu unterziehen, sondern nur solche, bei denen sich – auf Basis einer Vorprüfung (siehe unten) – relevante Gesundheitsauswirkungen abzeichnen.

Es liegen zahlreiche Richtlinien, Empfehlungen und spezifische Tools (vgl. Anhang E) vor, die eine Unterstützung und Orientierung für die konkrete Durchführung von HIA unter jeweils (länder-)spezifischen Rahmenbedingungen bieten. Viele dieser länder-spezifischen HIA-Modelle wie beispielsweise auch die im Auftrag der Europäischen Kommission erarbeitete EPHIA-Methodik (EPHIA 2004) beziehen sich in wesentlichen Grundsätzen auf das „Gothenburg Consensus Paper“ (European Centre for Health Policy 1999) der WHO. Dieses sieht einige zentrale Elemente von HIA vor:

- » Berücksichtigung der **Evidenz** über die zu erwartenden Auswirkungen eines Vorhabens (politische Entscheidung, Programm oder Projekt) auf die Gesundheit der Bevölkerung;
- » Berücksichtigung der **Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen** jener, die durch ein Vorhaben direkt oder indirekt betroffen sind;
- » Zur-Verfügung-Stellen vermehrter bzw. ausreichender **Information** für Entscheidungsträger/innen und Öffentlichkeit in Bezug auf die Gesundheitseffekte eines Vorhabens;
- » **Empfehlungen** für Anpassungen/Möglichkeiten/Alternativen, um die positiven Gesundheitseffekte eines Vorhabens zu maximieren („health promotion“) und die negativen zu minimieren („risk reduction“).

HIA folgt laut „Gothenburg Consensus Paper“ weiters einigen zentralen Werten bzw. Grundsätzen:

- » **Demokratie:** Förderung der Beteiligung (Partizipation) der Bevölkerung in einem transparenten Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich Maßnahmen, die ihr Leben und ihre Gesundheit beeinflussen;
- » **Chancengleichheit:** differenzierte Erfassung und Berücksichtigung der möglichen Gesundheitsauswirkungen in Hinblick auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen

sowie das Ziel, zu einer Reduktion von (gesundheitlichen wie sozialen) Ungleichheiten beizutragen;

- » **Nachhaltigkeit:** Berücksichtigung von kurz- wie langfristigen und direkten wie indirekten Auswirkungen auf die Gesundheit;
- » **ethische Verwendung der Evidenz:** Berücksichtigung von qualitativer und quantitativer Evidenz, die auf verschiedenen wissenschaftlichen Methoden und Disziplinen basiert.

Bezüglich einer Reihe von weiteren Aspekten unterscheiden sich die (länder-)spezifischen HIA-Konzepte teilweise. So fokussieren einige Modelle eher HIA für politische Maßnahmen, während andere HIA (auch) für konkrete Umsetzungsprojekte vorsehen (d. h. HIA zu einem nationalen Abfallwirtschaftsplan vs. HIA zu einer konkreten Müllverbrennungsanlage). Unterschieden wird weiters häufig je nach Zeitpunkt der Durchführung des HIA zwischen prospektivem, begleitendem und retrospektivem HIA. Es wird aber auch dafür argumentiert, nur bei einem prospektiven Vorgehen von HIA zu sprechen (z. B. Kemm 2007). Die unterschiedlichen Zugänge können hier nicht im Detail dargestellt werden, sie lassen sich in der Literatur (vgl. insbesondere Kemm et al. 2004; Wismar et al. 2007a) bzw. im Internet (vgl. Anhang C) nachlesen. Abschnitt 2.2 und die Länderprofile (vgl. Anhang B) erlauben einen Einblick in die internationale Situation, und die Vorschläge für ein österreichisches HIA-Modell finden sich in Kapitel 3.

Gleich ist allen Modellen, dass sie bezüglich der Durchführung eines konkreten HIA unterschiedliche Tiefen oder Intensitäten des Prüfverfahrens vorsehen und einem definierten – und international sehr ähnlichem – Ablaufschema folgen (siehe Tabelle 2.2), das die Vorgehensweise und Aufgaben nach mehreren – aufeinanderfolgenden – Stadien festlegt.

Hinsichtlich der Tiefe bzw. Intensität des HIA wird meist zwischen „Desk-based“, „Rapid“ und „Comprehensive“ unterschieden, wobei die Entscheidung für den jeweiligen Detaillierungsgrad im Zuge des Scoping (s. Glossar) und auf Basis der bereits verfügbaren Evidenz, der Komplexität/Relevanz des Vorhabens sowie der verfügbaren zeitlichen und finanziellen Ressourcen getroffen werden sollte (vgl. z. B. EPHIA 2004):

- » **Desk-based:** rasche Durchführung (2 bis 6 Wochen); wenig Ressourcen notwendig; sinnvoll, wenn bereits viel Evidenz verfügbar ist; bietet einen groben Überblick über die möglichen Gesundheitsauswirkungen auf Basis vorhandener Daten;
- » **Rapid:** etwas längere Dauer (6 bis 12 Wochen); etwas umfangreichere Ressourcen notwendig; ausführlichere Angaben zu den möglichen Gesundheitsauswirkungen auf Basis einer gründlicheren Analyse vorhandener und eigens erhobener qualitativer Daten;
- » **Comprehensive:** vergleichsweise lange Dauer (6 bis 12 Monate); umfangreiche Ressourcen notwendig; umfassende Beurteilung der möglichen Gesundheitsaus-

wirkungen auf Basis vorhandener und eigens erhobener qualitativer und quantitativer Daten sowie unterschiedlicher Methoden und Quellen; insbesondere für komplexe Vorhaben, bei denen erhebliche Gesundheitsauswirkungen absehbar sind.

Tabelle 2.2:
Ablaufschema für die Durchführung eines Health Impact Assessment

Phase	Aufgabe
Screening	Systematische Prüfung des Vorhabens hinsichtlich der Entscheidung, ob ein HIA erforderlich/sinnvoll ist
Scoping	Festlegen der Rahmenbedingungen („Terms of Reference“) für die Durchführung des HIA (insb. Tiefe des HIA, methodisches Vorgehen, Daten, einzubeziehende „Stakeholder“, Zeitplan, Budgetplan, ev. Partizipations- und Kommunikationsstrategie) und Einsetzen einer Steuerungsgruppe (Steering Committee)
Assessment/Appraisal	Durchführen des eigentlichen Prüfverfahrens mit – in der Maximalvariante – Vorhabensanalyse („policy analysis“), Raum- und Bevölkerungsanalyse, qualitativer und quantitativer Datensammlung und -analyse, Folgenabschätzung und -bewertung, Priorisierung, Handlungsempfehlungen und Prozess-Evaluation
Reporting	Erstellen eines Berichts über die Gesundheitsauswirkungen des Vorhabens und die Handlungsempfehlungen („policy options“)
Follow-up	Monitoring und Ergebnis- sowie Impact-Evaluation hinsichtlich der Berücksichtigung der Ergebnisse des HIA sowie der tatsächlichen Gesundheitsauswirkungen des realisierten Vorhabens

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung auf der Basis verschiedener Guides (u. a. EPHIA 2004)

Nutzen und Effektivität von HIA

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass HIA das Potenzial hat, ein geeignetes Mittel für evidenzbasierte politische Entscheidungen unter Berücksichtigung der zu erwartenden Gesundheitseffekte zu sein. Im weiteren Sinn kann HIA auch als partizipatorischer Lernprozess zur Förderung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik („healthy public policies“) gesehen werden (Metcalf/Higgins 2009; Harris/Harris-Roxas 2008). Analysen zur bisherigen Praxis von HIA bestätigen weiters, dass HIA universell (verschiedenste Länder, Systeme, Sektoren, Themen) angewendet werden kann (Wismar et al. 2007b; Blau et al. 2007). „Tools such as health impact assessment (HIA) can make a real difference in enabling policy-makers to predict the consequences of proposals. As mapping exercise and case studies in this volume demonstrate, HIA can be used across all sectors and at all levels of decision-making“ (Madelin 2007, S. xiii).

Der (potenzielle) Nutzen von HIA liegt auf mehreren Ebenen (vgl. Kemm 2006; Kemm 2007). Ein Gesundheitsnutzen – das zentrale Anliegen von HIA – kann in dreifacher Form erzielt werden:

- » Die Beschreibung der Konsequenzen von verschiedenen Optionen erlaubt Entscheidungsträger/innen, jene Variante zu wählen, die die besten Auswirkungen bezüglich Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit hat.
- » Die Präsentation von Empfehlungen hinsichtlich der Maximierung von positiven und der Minimierung von negativen Gesundheitswirkungen erhöht zusätzlich den potenziellen Gesundheitsnutzen.
- » Weiters trägt HIA auch zur Information und Gestaltung des Umfelds von politischen Entscheidungen bei und kann damit zukünftige Politik positiv beeinflussen, indem die Aufmerksamkeit für Gesundheitsaspekte in Politikentscheidungen gefördert wird.

HIA hat für alle Sektoren positives Potenzial. Der Nutzen für die anderen Sektoren liegt darin, unerwünschte und bislang nicht berücksichtigte negative Konsequenzen zu verhindern oder zu vermindern. Negative Gesundheitsfolgen wirken nach Implementierung von Maßnahmen negativ auf die politischen Entscheidungsträger zurück und erfordern oft teure Anpassungslösungen. HIA kann auch – insbesondere bei kontroversiellen Vorhaben – einen Interessenausgleich in der Planungsphase fördern. Die bisherige Praxis zeigt weiters, dass HIA häufig sehr effektiv in der Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit ist (vgl. unten).

Ein weiterer Nutzen von HIA ergibt sich aus dem partizipativen Ansatz. Partizipation verbessert die Entscheidungsfindung in vielerlei Hinsicht: Die Bevölkerung bzw. die Betroffenen können als wichtige Informationsquelle genutzt werden, die Entscheidungsfindung wird transparenter und nachvollziehbarer – und damit oft auch „akzeptabler“ – für die Betroffenen, und sie können an der Entscheidungsfindung teilhaben („little democracy“). HIA kann – gut durchgeführt – auch ein Instrument zur Lösung sozialer Konflikte und zur Stärkung sozialen Zusammenhalts sein und soziales Lernen befördern.

Eine wesentliche Frage ist der ökonomische Nutzen von HIA. Fachleute argumentieren, dass ökonomische Nachteile schon dadurch entstehen, dass schlechte Gesundheit die Wirtschaft schädigt, die Produktivität reduziert und die Versorgungskosten erhöht. Die im Zusammenhang mit HIA notwendigen Ressourcen – sowohl für die Durchführung des HIA als auch für daraus resultierende Adaptierungen des geplanten Vorhabens – sollten daher nicht als Kosten betrachtet werden, sondern als „Umverteilung des Nutzens zwischen verschiedenen Formen von Kapital“ (Kemmer 2006). Es gibt bisher noch kaum Studien, die sich eingehender mit dem ökonomischen Nutzen von HIA befassen. O’Reilly et al. (2006) untersuchten das Verhältnis von Kosten und Nutzen von 16 HIA und fanden, dass der Nutzen die Kosten übertraf. Sie schließen daher, dass HIA ein kostenwirksames und effektives Instrument ist. Auf Basis einer holländischen Fallstudie ließ sich ebenfalls der makroökonomische Nutzen von HIA nachweisen, wobei darauf verwiesen wird, dass Kosten einerseits und ökonomischer Nutzen

(Kostensparnis) andererseits in unterschiedlichen Sektoren anfallen können (Donker et al. 2009).

Generell ist zu bedenken, dass HIA ein junges Instrument ist, weshalb umfassende Metaanalysen auf Basis der gewonnenen Erfahrungen im Großen und Ganzen noch fehlen. Dies wird sich in den nächsten Jahren sicher ändern. Die Evidenz, dass HIA effektiv ist, leitet sich bisher meist von Fallbeispielen her. Diese vermitteln den Eindruck, dass Entscheidungsträger HIA in vielen Fällen hilfreich gefunden haben (Kemm 2007). Im Rahmen einer EU/WHO-Studie zu „Effectiveness of Health Impact Assessment“ (Wismar et al. 2007a) wurde versucht, die Effektivität von HIA auf Basis von Fallstudien systematisch zu untersuchen. Es wurden dazu vier Subtypen der Wirksamkeit unterschieden (Wismar 2007):

- » **Direkte Effektivität:** Entscheidung wird auf Basis der Ergebnisse des HIA modifiziert oder fallengelassen.
- » **Generelle Effektivität:** Ergebnisse des HIA wurden von Entscheidungsträgern adäquat in Betracht gezogen, führten aber nicht zu Änderungen der Entscheidung.
- » **Opportunistische Effektivität:** HIA wurde durchgeführt, weil angenommen wird, dass dies die gewünschte Entscheidung unterstützt.
- » **Ineffektivität:** Entscheidungsträger berücksichtigen HIA nicht.

Alle untersuchten Fallstudien zeigten eine gewisse Effektivität. Das Ausmaß des Einflusses von HIA auf die getroffene Entscheidung variierte sehr stark von massivem Impact bis sehr geringem Impact, wobei kein einziges Vorhaben infolge eines HIA komplett fallengelassen wurde (Wismar et al. 2007b).

Weiters wurden drei Dimensionen der Effektivität identifiziert:

- » **Gesundheit:** Die Wirksamkeit bezüglich der Optimierung der Gesundheitsauswirkungen erwies sich auch in der Praxis als die relevanteste Dimension.
- » **Chancengleichheit:** Die Chancengleichheit wurde bei den analysierten HIA oft berücksichtigt, war aber kaum ein relevanter Faktor bei der Entscheidung (z. B. Änderung des Vorhabens).
- » **Community:** Die Wirksamkeit hinsichtlich der Community war in den Fallstudien oft gegeben durch partizipative Aspekte, die von Transparenz des Entscheidungsfindungsprozesses bis zu Empowerment reichten.

Positive Auswirkungen zeigten sich auch auf Verwaltung und Politik („Policy-Making“). So trugen die analysierten HIA z. B. zur Entwicklung nachhaltiger Kommunikation zwischen verschiedenen Sektoren, zu verbessertem gegenseitigen Verständnis für jeweils spezifische Sichtweisen und Argumente und zur Identifikation gemeinsamer Interessen bei. Beobachtet wurden auch positive Auswirkungen hinsichtlich Personalentwicklung und verbesserter Effektivität auf Organisationsebene (vgl. Abschnitt 2.2).

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse der EU/WHO-Studie damit, dass HIA auf verschiedensten Ebenen positiven Nutzen bringen kann.

HIA vs. andere Assessments

HIA ist eines von mehreren Instrumenten, die in den letzten zehn bis zwanzig Jahren zur Überprüfung der spezifischen Auswirkungen von politischen Vorhaben oder auch konkreten Umsetzungsprojekten entwickelt wurden. Am längsten etabliert und am bekanntesten ist die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP), die inzwischen in sehr vielen Ländern – so auch in Österreich (vgl. auch Abschnitt 2.3) und in der gesamten EU – verpflichtend für spezifische Umsetzungsprojekte (insbesondere größere Infrastruktur- und Verkehrsprojekte) zur Überprüfung der Umweltauswirkungen vorgeschrieben ist. Erst seit wenigen Jahren ist – ebenfalls EU-weit – ergänzend auch die Strategische Umweltprüfung (SUP) rechtlich verankert. Es handelt sich dabei um eine Umweltauswirkungsprüfung für politisch-strategische Entscheidungen in bestimmten Bereichen (z. B. Abfallwirtschaft, Verkehr, Energiewirtschaft).

Bisher meist nur auf freiwilliger Basis und weniger breit finden sich noch eine Reihe von weiteren Assessments, wie beispielsweise das „Social Impact Assessment“ (SIA) oder das „Integrated Impact Assessment“ (IIA). Ersteres analysiert die sozialen Auswirkungen von (politischen) Vorhaben, Letzteres stellt den Versuch dar, verschiedene Assessments in einem Verfahren zu integrieren.

Generell ist anzumerken, dass HIA nicht in Konkurrenz zu anderen Assessments steht. In etlichen Ländern (z. B. Kanada, Australien) hat sich HIA aus der Umweltprüfung heraus entwickelt bzw. ist vorrangig noch immer in diese integriert (vgl. Länderprofile im Anhang). Allerdings zeigen Evaluationen auf EU-Ebene, dass Gesundheit bei der UVP in den EU-Ländern noch immer zu wenig berücksichtigt wird. Gesundheitsauswirkungen sollten prinzipiell miterfasst werden; in der Praxis geschieht dies oft nur am Rande und dann meist reduziert auf „biophysical impacts“ (Tod, schwerwiegende physische Erkrankung), aber nicht dem breiten Gesundheitsbegriff, der HIA zugrunde liegt, folgend (Hilding-Rydevik et al. o. J.). Der bedeutendste Nachteil einer ausschließlichen Prüfung der Gesundheitsauswirkungen im Rahmen einer Umweltprüfung (UVP, SUP) liegt aber darin, dass viele gesundheitsrelevante Vorhaben dann keinerlei Gesundheitsprüfung unterzogen würden, da das „Screening“ nach Umweltkriterien erfolgt.

Dies spricht jedenfalls dafür, HIA als unabhängiges, eigenständiges Instrument zu entwickeln. Allerdings sind Mechanismen für eine effiziente und ressourcenschonende Vorgehensweise für jene Fälle vorzusehen, wo verschiedene Assessments parallel notwendig/sinnvoll sind. Die Integration in andere Assessments bedeutet letztendlich, dass Gesundheit weniger ausführlich behandelt werden kann. Allerdings weisen Fachleute auch darauf hin, dass ein begrenztes Assessment besser ist als gar keines. Das

Ziel aller Aktivitäten ist die Berücksichtigung von Gesundheit im politischen Entscheidungsprozess. Es ist unerheblich, ob ein solcher Prozess, der die Gesundheit berücksichtigt, HIA oder anders heißt (Kemm 2007).

2.2 HIA: Internationaler Stand

In Europa entwickelte sich Health Impact Assessment vor allem auf Initiative des WHO-Regionalbüros für Europa und in enger Zusammenarbeit mit diesem auch auf Ebene der Europäischen Union. Schon 1977 bestätigte die Resolution „Health for All“ (HFA) der Weltgesundheitsversammlung (WHA) formell die Notwendigkeit eines intersektoralen Zugangs zur Entwicklung von Gesundheit. Die aktuelle europäische „HFA policy“ („Health21“) betont explizit, dass Mitgliedstaaten bis zum Jahr 2020 Mechanismen für HIA eingerichtet haben bzw. alle Sektoren in ihren Maßnahmen und Strategien gesundheitliche Auswirkungen mitberücksichtigen sollen (WHO 1999; Update 2005⁵). In die gleiche Richtung argumentierte die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) in ihrer Forderung nach einer „healthy public policy“.⁶

In enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa wurde in der Europapolitik Gesundheit als Querschnittsthematik diskutiert. Die Wichtigkeit von Gesundheit bei Maßnahmen aller Sektoren wurde 1997 im Vertrag von Amsterdam formell festgehalten (Artikel 152).⁷ Die „Council Resolution“ von 1999 forderte die Entwicklung von Verfahren, um Auswirkungen einer politischen Strategie bzw. von deren Umsetzung auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf das Gesundheitswesen systematisch zu überprüfen (vgl. Ritsatakis 2006).

Neben dem WHO-Regionalbüro begannen einzelne europäische Staaten wie beispielsweise Schweden, Großbritannien, die Niederlande, Finnland und Irland und einige zwischenstaatliche Organisationen und Initiativen (z. B. Weltbank, Welthandelsorganisation, Agenda 21) die Erprobung und Implementierung von Health Impact Assessment.

Um die einzelnen HIA-Initiativen zu bündeln bzw. zu vereinheitlichen, wurde 1999 von der WHO im European Centre for Health Policy (ECHP) ein HIA-Projekt installiert. ECHP-

5
www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_7

6
www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

7
„A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities.“ (Commission of the European Communities 1997)

HIA hatte zum Ziel, das Bewusstsein für HIA in sämtlichen politischen Sektoren zu fördern und ein gemeinsames Verständnis von bzw. gemeinsame HIA-Prinzipien, Implementierungsmöglichkeiten und HIA-Netzwerke zu entwickeln. Das aus diesem Prozess resultierende „Gothenburg Consensus Paper“ (EHP 1999) bot politischen Entscheidungsträgern, u. a. Mitgliedern des EU High Level Committees for Health, eine Diskussionsbasis bei der Entwicklung von HIA (vgl. Gagnon/Michaud 2008; Ritsatakis 2006).

Im Jahr 2001 beauftragte das Directorate General for Health and Consumer Affairs (DG Sanco) der Europäischen Kommission die Erstellung einer einheitlichen Methodologie für Health Impact Assessment mit Fokus auf die Verwendung von HIA im Rahmen der EU policy development. Die daraus entstandene EPHIA-Methodologie wurde in einem zweiten Projektschritt an der damals in Entwicklung stehenden Europäischen Beschäftigungsstrategie wie auch an deren nationalen Umsetzungen in den projektbeteiligten Ländern⁸ erprobt. 2004 wurden diese Arbeiten abgeschlossen und in Form von HIA-Länderberichten publiziert (Abrahams et al 2004; Haigh/Mekel 2004; Doyle/Metcalf 2004; den Broeder 2004; Abrahams et al.2004). Als umfassende Anleitung zur Durchführung der unterschiedlichen Arten von HIA wurde der EPHIA-Guide „European Policy Health Impact Assessment“ (EPHIA 2004) veröffentlicht (vgl. Abschnitt 2.1). Im Anschluss daran wurde das „Health System Impact Assessment“ entwickelt, das die Auswirkungen auf Organisationen bzw. Gesundheitssysteme und in weiterer Folge auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung systematisch untersucht.⁹

Nach einer grundsätzlichen Überarbeitung des Impact-Assessment-(IA-)Systems der Europäischen Union sind in der EU-Kommission ökonomische, soziale und umweltbezogene Impact Assessments auf zentraler Ebene etabliert (European Commission 2009). Die IA-Richtlinien fokussieren demnach auf einen integrierten Ansatz. Gesundheitsauswirkungen müssen in der Analyse aller drei Aspekte mitberücksichtigt werden, wobei dies in der Praxis nicht überall gleichermaßen geschieht: Gesundheitsauswirkungen sind in manchen Assessments zentraler als in anderen.

Aktuell findet sich Health Impact Assessment im Arbeitsplan 2009 zur Durchführung des zweiten Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008–2013) wieder. Dort wird dessen Einsatz für gesundheitsorientierte politische Entscheidungsfindung auf europäischer, nationaler und regionaler (lokaler) Ebene genannt (Amtsblatt EU 2009a). Das Arbeitsprogramm der DG Sanco setzt 2010 den Schwerpunkt auf das Thema „Health Inequalities“ und sieht die Entwicklung einer Methodolo-

⁸ England, Deutschland, Irland und die Niederlande; vgl. www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44669

⁹ http://ec.europa.eu/health-eu/news/impact_assess/impact_assess_en.htm

gie bzw. die Implementierung eines Arbeitsprogramms zu „Health Inequality Impact Assessment“ vor (Amtsblatt EU 2009b).

Das European Observatory on Health Systems and Policies¹⁰ führte in Kooperation mit der EU und der WHO eine dreijährige Studie zur Effektivität von HIA durch, deren Ergebnisse unter dem Titel „The effectiveness of health impact assessment“ publiziert wurden (Wismar et al. 2007a). Das ENHIS-Projekt¹¹ forciert HIA vor allem in Verbindung mit ökologischen Risiken und entwickelte dafür ein „HIAir tool“, das die gesundheitlichen Auswirkungen von städtischer Luftverschmutzung beurteilen kann. Auf WHO-Ebene stellt HIA weiterhin eine relevante Methode dar, z. B. im Healthy-Cities-Netzwerk. 2005 wurde ein ausführliches „WHO Health Impact Assessment Toolkit“ inklusive Trainingsanleitungen für städtische HIA-Initiativen erstellt.¹² Auch in anderen zwischenstaatlichen Organisationen wird Health Impact Assessment angewendet. So fordern etwa die 2006 erstellten Umwelt- und Sozialstandards der International Finance Corporation, einer Unterorganisation der Weltbank, bei großen Projekten die Durchführung eines HIA.

Health Impact Assessment findet eine steigende nationale und regionale Akzeptanz; laufend werden in diesem Zusammenhang Methoden und Tools weiterentwickelt, adaptiert und professionalisiert. So wurde etwa vom London Health Observatory ein HIA-Kalkulator entwickelt, mit dessen Hilfe anfallende Kosten eines HIA abschätzbar werden.¹³ International gesehen wird HIA neben Europa besonders in Nordamerika, Australien, Neuseeland und teilweise in asiatischen Ländern (z. B. Thailand) angewendet (vgl. Gagnon/Michaud 2008).

Rückschlüsse aus den Länderprofilen für Österreich

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Erfahrungen mit HIA aus anderen Ländern geprüft (vgl. Abschnitt 1.2; Anhang B); im Folgenden sollen zentrale Ergebnisse aus der internationalen Recherche diskutiert und Rückschlüsse für eine Etablierung von HIA in Österreich gezogen werden.

¹⁰
www.euro.who.int/observatory

¹¹
www.enhis.org

¹²
www.euro.who.int/healthy-cities/PHASE/20050806_9

¹³
Download unter: www.lho.org.uk

Aus den Erfahrungen anderer Länder geht hervor, dass die zentrale **Verantwortung für HIA** festgelegt sein muss. Bei einem Großteil der untersuchten Länder ist diese Verantwortung im Gesundheitssektor angesiedelt (z. B. Verankerung von HIA im nationalen Gesundheitsministerium); dies erscheint auch für die Etablierung von HIA in Österreich empfehlenswert. Weiters bedarf es in Österreich einer gemeinsamen „ownership“ mit dem jeweils betroffenen Sektor; d. h., dass Entscheidungen zur Durchführung eines HIA (ob und in welchem Umfang ein HIA gemacht wird) jeweils vom Gesundheitssektor gemeinsam mit den betroffenen politischen Sektoren getroffen werden müssen. Um geplante politische Maßnahmen hinsichtlich ihrer Relevanz für HIA zu beurteilen, scheint nach dem Vorbild der Schweiz eine interministerielle HIA-Kommission auch für Österreich ein geeigneter Ansatz zu sein. Für die Umsetzung der Empfehlungen, die aus einem HIA hervorgegangen sind, ist in allen untersuchten Ländern ausschließlich das betroffene politische Ressort zuständig; dies gilt es auch bei einer Etablierung von HIA in Österreich zu berücksichtigen.

Für die Durchführung bzw. für die fachliche Begleitung eines HIA wird in zahlreichen Ländern eine eigens für HIA zuständige Abteilung – eine sogenannte **HIA-Support-Unit** – eingerichtet. Die HIA-Support-Unit in Wales beispielsweise bietet zahlreiche Unterstützungsleistungen für Organisationen an, die anstreben, ein HIA durchzuführen (z. B. Bereitstellen von Methoden und Instrumenten, Anbieten von Fortbildungen etc.). Pilot-HIA werden in vielen Ländern von der jeweiligen HIA-Support-Unit durchgeführt, nachfolgende HIA werden von der Unit oftmals nur mehr begleitet. Basierend auf den internationalen Erfahrungen, empfiehlt sich auch für die Etablierung von HIA in Österreich die Einrichtung einer HIA-Support-Unit.

Die Analyse der internationalen HIA-Erfahrungen macht zudem deutlich, dass eine **formale Verankerung von HIA** in irgendeiner Form notwendig ist, um die Strukturen für HIA festlegen zu können. Reine „Ermessens-Aufgaben“ werden zunehmend gestrichen und sind daher nur von kurzer Dauer. Eine rechtliche Verankerung von HIA hat den Vorteil, dass ein höherer Grad der Verpflichtung erreicht und die Durchsetzbarkeit von HIA erhöht wird. Zu bedenken ist allerdings, dass eine rechtliche Verankerung von HIA ermöglicht, den Rechtsweg zu beschreiten inklusive Einspruchsmöglichkeiten und Klagen. Da in solchen Verfahren erfahrungsgemäß quantitative Daten in der Regel mehr gelten als im HIA-Kontext relevante qualitative Daten, enden sie tendenziell zulasten von HIA. In zahlreichen Ländern sind HIA in die gesetzlich verpflichtende Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) bzw. in die Strategische Umweltverträglichkeitsprüfung (SUP) integriert. In British Columbia (Kanada) und Holland hat sich gezeigt, dass eine rechtliche Verankerung von HIA nicht ausreichend ist. HIA muss von Beginn an von anderen politischen Sektoren mitgetragen werden; dieses Erfordernis gilt es auch bei einer Etablierung von HIA in Österreich zu berücksichtigen.

Aus der internationalen Analyse geht weiters hervor, dass HIA in den untersuchten Ländern zu einem Spektrum an unterschiedlichen **Maßnahmen** durchgeführt wird (vgl.

Anhang D). Wie in allen Ländern HIA auf der Policy-Ebene als relevant erachtet wird, so liegt auch auf EU-Ebene der Fokus für die Durchführung von HIA auf dieser Ebene. Internationale Erfahrungsberichte zu HIA weisen ausdrücklich darauf hin, dass bei politischen Vorhaben immer transparent gemacht werden sollte, ob ein HIA durchgeführt worden ist (und wenn ja, ob und welche Empfehlungen berücksichtigt worden sind). Basierend auf den internationalen Erfahrungen, scheint es auch für Österreich sinnvoll zu sein, in einem ersten Schritt HIA auf der Policy-Ebene einzuführen.

Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass das eigentliche Assessment grundsätzlich so früh wie möglich begonnen werden sollte. Um das zu ermöglichen, müssen die Kernelemente eines politischen Vorhabens („Policy“) bereits ausreichend und klar definiert sein. Diesbezüglich hat es sich in Schweden, in den Niederlanden und in der Schweiz bewährt, ein sogenanntes **„Pre-Screening“** durchzuführen. Beispielsweise führt im Kanton Tessin die HIA-Kommission ein „Pre-Screening“ von politischen Themen durch, indem sie besonders HIA-relevante Themen (das sind solche mit vermutlich hohen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung) von weniger HIA-relevanten Themen (vermutlich keine bzw. geringe Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung) herausarbeitet und der Regierung vorgelegt, die in weitere Folge über die Durchführung eines HIA entscheidet. Ein Pre-Screening von politischen Themen durch eine interministerielle Kommission erscheint auch für die HIA-Etablierung in Österreich empfehlenswert.

Bei der Umsetzung eines HIA wird in allen Ländern auf gängige **HIA-Methoden und -Instrumente** zurückgegriffen. Während die methodische Vorgehensweise in allen Ländern derselben Systematik folgt (vgl. Abschnitt 2.1), gibt es länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der im Rahmen eines HIA-Prozesses verwendeten Instrumente. Sogenannte Screening-Checklisten (systematisierte Entscheidungsfindung, ob ein HIA gemacht werden soll), aber auch Assessment-Tools für die HIA-Durchführung basieren großteils auf dem HIA-Guide zu Policies auf EU-Ebene (EPHIA-Guide) bzw. auf anderen erprobten Checklisten und werden jeweils nur an die spezifischen Gegebenheiten eines Landes angepasst. Im Hinblick auf die Etablierung von HIA in Österreich scheint es daher sinnvoll, der international üblichen HIA-Methode zu folgen und basierend auf den bestehenden Tools österreichspezifische HIA-Instrumente zu entwickeln (mögliche Aufgabe der HIA-Support-Unit).

In den untersuchten Ländern stehen zwar jeweils unterschiedliche Werte und Grundsätze bei der Durchführung von HIA im Mittelpunkt. Doch in allen Ländern werden jedenfalls so **zentrale Werte und Grundsätze eines HIA** berücksichtigt wie Partizipation der betroffenen Bevölkerung oder Nachhaltigkeit der aus einem HIA abgeleiteten Empfehlungen (vgl. Abschnitt 2.1). Nachhaltigkeit ist ein wichtiges Kriterium in der Anwendung von HIA, da zwischen einer gesundheitsrelevanten Entscheidung und den damit verbundenen positiven wie negativen Gesundheitseffekten viele Jahre liegen können (z. B. Anti-Tabak-Politik). Dies muss nicht nur der betroffenen Bevölkerung

kommuniziert werden, sondern erfordert auch vonseiten der Entscheidungsträger/innen ein nachhaltiges, zukunftsorientiertes Denken. Zentrale Werte und Grundsätze eines HIA sind daher bei Durchführung von (Pilot-)HIA in Österreich jedenfalls zu berücksichtigen.

Nur wenige Länder weisen das Budget für durchgeführte HIA aus. Basierend auf drei HIA, wurden in England durchschnittliche Kosten eines HIA in Höhe von 18.000 Euro berechnet, wovon 15.000 für Personalaufwand zur Durchführung von HIA darstellten (Wismar et al. 2007c). Ein Pilot-HIA aus Schottland aus dem Jahr 1998 wurde mit angefallenen Kosten in Höhe von 11.320 Euro dokumentiert; ein weiterer HIA zum Thema Transport wurde mit 14.720 Euro abgerechnet. In Holland steht dem Intersectoral Policy Office (IPO) zur Durchführung von HIA ein jährliches Budget in Höhe von 340.000 Euro zur Verfügung. Hinsichtlich aufgewendeter **Ressourcen für HIA** zeigen die Erfahrungen auf internationaler Ebene, dass ein Großteil der angefallenen **Kosten** indirekte Kosten darstellen (etwa Kosten für Personalaufwand). Erfahrungen aus Wales, aber auch aus anderen Ländern zeigen, dass Zeitmangel bzw. fehlende Personalressourcen für HIA zu den am häufigsten dokumentierten Schwächen von HIA zählen. Um die Kosten für ein geplantes HIA abwägen zu können, wird empfohlen, auf Erfahrungswerte bereits durchgeführter HIA zurückzugreifen. Generell gilt es zu bedenken, dass die Kosten eines HIA in einem ausgewogenen Verhältnis zu den Gesamtkosten einer Maßnahme stehen sollten.

In einzelnen Ländern ist HIA in Environmental Assessment oder in **andere Formen eines Assessment** eingebettet wie z. B. „Social Impact Assessment“ in Großbritannien oder „Human Impact Assessment“ in Finnland (vgl. Anhang B). Erfahrungen zeigen, dass bereits in der Scoping-Phase von HIA erhoben werden sollte, ob an bestehende Verfahren angeknüpft werden kann, um in weiterer Folge potenzielle Konflikte und ausufernde Parallelverfahren zu vermeiden bzw. Synergien zu nutzen. Weiters zeigt sich auf internationaler Ebene, dass es im Hinblick auf das Prüfen möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung auf jeden Fall empfehlenswert ist, HIA als eigenständiges Instrument zu etablieren. In Österreich besteht derzeit nur Abstimmungsbedarf mit der SUP (vgl. Abschnitt 2.1). Gesundheit wird im österreichischen UVP-Gesetz zwar erwähnt, es liegt aber keine explizite Definition von Gesundheit vor bzw. der Bezug zu Gesundheitsdeterminanten fehlt gänzlich.

Aus den internationalen Erfahrungen geht hervor, dass es für eine Etablierung von HIA zahlreicher **Begleitmaßnahmen** bedarf. In vielen Ländern hat sich der „Learning by doing“-Ansatz bewährt, der auch für Österreich praktikabel erscheint. Bei diesem in New South Wales erprobten Ansatz wird von der zentralen Institution, der HIA-Support-Unit, Expertise bei der Durchführung von HIA unterstützend zur Seite gestellt. Von besonderem Interesse für Österreich ist der in Neuseeland erprobte Learning-by-doing-Fonds: Die neuseeländische HIA-Support-Unit hat diesen Fund eingerichtet, um politische Entscheidungsträger/innen bei der Durchführung von HIA zu unterstützen.

Erfahrungen haben gezeigt, dass es einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit sowie des Lobbying für HIA bedarf, um den Nutzen von HIA bei politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern sichtbar zu machen und in weiterer Folge Akzeptanz für HIA zu schaffen. Solche Überlegungen sind auch für die Etablierung von HIA in Österreich zentral. Neben einem Wissenstransfer mit internationalen Institutionen ist aber auch für den Aufbau einer nationalen HIA-Expertise in Österreich Sorge zu tragen.

Ausgewählte internationale HIA-Beispiele

Wie bereits ausgeführt, wird HIA in unterschiedlichen Sektoren bzw. in einem breiten Maßnahmenspektrum verwendet. Beispiele von durchgeführten Health Impact Assessments sind über die Websites verschiedener Universitäten, Organisationen und Public-Health-Institute verfügbar (vgl. Anhang C und Anhang D). Im Folgenden werden zur Veranschaulichung zwei HIA-Beispiele vorgestellt, die jeweils politische Strategien prospektiv auf potenzielle Gesundheitsauswirkungen analysiert haben.

Zwischen 2001 und 2003 wurde in Slowenien angesichts des bevorstehenden EU-Beitritts ein **HIA zur Umsetzung der europäischen Agrarrichtlinie GAP** durchgeführt. Ziel war es, noch während der Beitrittsverhandlungen die Auswirkungen dieser Adaption der nationalen Agrarpolitik auf die Gesundheit der slowenischen Bevölkerung abzuschätzen und außerdem gesundheitsrelevante Grundlagen für die Verhandlungen bereitzustellen. Das Assessment analysierte vor allem die Bereiche Produktion von Obst und Gemüse, Wein und Molkereiprodukte bzw. politische Maßnahmen zur Entwicklung des ländlichen Raums. Dieses HIA ist insofern bedeutsam, als bis zu diesem Zeitpunkt Gesundheitsaspekte im Agrarsektor kaum Relevanz hatten; sie stellten zudem keinen direkten Verhandlungsfaktor innerhalb der Gemeinsamen Agrarpolitik (GAP) dar. Das Health Impact Assessment erfolgte in einem sechsstufigen Prozess, der sich wie folgt beschreiben lässt:

1. **Analyse der (slowenischen) Agrarpolitik:** In dieser Phase stellte die zu Beginn des HIA unklare gesetzliche Situation die größte Herausforderung dar. Zum einen gab es einen nationalen Vorschlag einer Agrarpolitik bzw. zu Lebensmittel- und Ernährungsaktionsplänen, zum anderen die zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausverhandelten GAP-Anpassungen (z. B. betreffend Zeitpunkt des Beitritts, Art und Höhe der Subventionen).
2. **Identifizierung von Gesundheitseffekten:** In einer Serie von Rapid Appraisal Workshops wurden die Teilnehmenden gebeten, potenzielle positive wie negative Gesundheitsauswirkungen der vorgestellten GAP-konformen Agrarpolitik zu identifizieren und in der Folge jene Bevölkerungsgruppen zu benennen, die von diesen Effekten hauptsächlich betroffen sein könnten. Insgesamt nahmen an dieser Art der Öffentlichkeitsbeteiligung 66 nationale und regionale Interessenvertretungen teil – u. a. regionale Landwirte, Schulen, NGOs, Public-Health- und Konsumenten-

schutzorganisationen, Lebensmittelbetriebe, nationale/regionale Entwicklungsgesellschaften, Ministerien (für Landwirtschaft, Wirtschaft, Bildung, Tourismus, Gesundheit) und ein Vertreter des slowenischen Präsidenten.

3. **Review der relevanten wissenschaftlichen Evidenz** zu den im zweiten Schritt qualitativ erhobenen Gesundheitseffekten: Beispielsweise betraf ein Workshop-Thema die Hypothese, dass die Anpassung an die GAP zu größeren landwirtschaftlichen Betrieben und intensivierten Produktionsmethoden führen würde. In der Folge könnte dies wiederum einen Niedergang kleinbäuerlicher Familienbetriebe, einen Anstieg der Arbeitslosigkeit im ländlichen Raum und spezifischer Krankheitsbilder, wie z. B. Depression, hervorrufen. Es wurde daher überprüft, ob vorhandene Evidenzen diese oben genannten Gesundheitsauswirkungen untermauern. Die resultierenden Empfehlungen zielten darauf ab, jene Maßnahmen in der GAP zu identifizieren, die kleinbäuerliche Strukturen erhalten.
4. **Analyse nationaler Daten zu den gesundheitsbezogenen Schlüsselindikatoren:** Der abschließende Aspekt des HIA sammelte nationale gesundheitsbezogene wie auch soziale Indikatoren, die im Sinne von Gesundheitsdeterminanten als Maßstab für gesundheitliche Folgen herangezogen wurden. Eine präzise Quantifizierung der Folgen wurde aber durch die Unklarheit über die tatsächlichen GAP-Adaptionen unmöglich gemacht. Letztendlich konnte nur die Richtung der Auswirkungen vorhergesagt werden.
5. **Berichtslegung** an ein intersektorales Regierungskomitee zum Thema Gesundheit im Jahr 2003
6. **Evaluation**

Ein Ergebnis des slowenischen HIA ist es, dass Lebensmittelsicherheit zu einer tragenden Säule des nationalen Lebensmittel- und Ernährungsplans wurde. Die Erfahrungen unterstreichen außerdem die Wichtigkeit von Bewusstseinsbildung innerhalb des Agrarsektors für gesundheitliche Effekte der eigenen, sektoriellen Politik und die Wichtigkeit einer Identifizierung landwirtschaftsbezogener Gesundheitsdeterminanten. Langfristig gesehen ermöglichte das HIA neue Kommunikationsebenen und eine nachhaltige Zusammenarbeit zwischen dem slowenischen Agrar- und Gesundheitsministerium auf Grundlage eines gewachsenen Verständnisses für die Argumente und Positionen des jeweils anderen Sektors sowie die Identifizierung gemeinsamer Interessen (vgl. Lock et al. 2003; Lock/Gabrijeljic-Blenkus 2004).

Health Impact Assessment als Methode, um Gesundheitsaspekte in einer umfassenden politischen Strategie zu integrieren (am Beispiel Londons)

Im Jahr 2000 nahm die neu etablierte Greater London Authority (GLA) ihre Arbeit auf. Der damalige Bürgermeister hatte in diesem Zusammenhang die Aufgabe, umfassende politische Strategien für den Großraum London zu entwickeln und umzusetzen. Zur gleichen Zeit entstand eine Partnerschaft aus gesundheitsspezifischen Organisationen,

die sich zum Ziel gesetzt hat, das Thema Gesundheit in diesen groß angelegten Londoner Umstrukturierungsprozess zu integrieren. Die Zusammenarbeit der beiden führte zur Gründung der London Health Commission (LHC), und Health Impact Assessment wurde zu einem fixen Bestandteil des Begutachtungsprozesses folgender Strategien:

- Draft Older People's Strategy
- Draft Air Quality Strategy
- Draft Biodiversity Strategy
- Draft Children and Young People's Strategy
- Draft Culture Strategy
- Draft Economic Development Strategy
- Draft Energy Strategy
- Draft Ambient Noise Strategy
- Draft London Plan
- Draft Transport Strategy
- Draft Municipal Waste Management

Die Verkehrsstrategie (TR-ST) war im Jahr 2000 die erste Strategie, die in diesem Verfahren entwickelt wurde. Im Rahmen eines zweistufigen Rapid HIA wurden von der LHC die gesundheitlichen Auswirkungen des Entwurfs der Verkehrsstrategie herausgearbeitet und jene Schlüsselbereiche identifiziert, die wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Londoner Bevölkerung haben¹⁴. Durch Diskussion der Schlüsselbereiche wurden von der LHC Vorschläge zur Modifikation der Strategie erarbeitet, mit dem Ziel, die positiven Auswirkungen zu verstärken und die potentiell gesundheitsschädlichen zu verringern (vgl. Tabelle 2.3)

Lag im Entwurf der Verkehrsstrategie der gesundheitsbezogene Schwerpunkt primär im Bereich Luftverschmutzung, so stellten die Ergebnisse des HIA sicher, dass dem Fußgänger- und Radverkehr ein erhöhter Stellenwert eingeräumt wurde. Nach Beendigung des HIA wurden die Themenbereiche soziale Ausgrenzung und nachhaltige Beförderungsarten auf täglichen Wegen zum Arbeitsplatz und zur Schule, weiters die Entwicklung eines Fußgängerkonzeptes für London und die Einbeziehung der Stadtbezirke in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen in die Verkehrsstrategie integriert.

Das Gesamtprojekt beschreibt positive Erfahrungen bei der Einbeziehung von Interessenvertreterinnen und -vertretern im Rahmen des HIA-Prozesses. Die Einbeziehung von Health Impact Assessment in die gesamte Strategieentwicklung wird als nutzbringend

¹⁴
www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44242

gend beschrieben. Auf Beamtenenebene der Greater London Authority konnte der Prozess nachhaltig ein hohes Bewusstsein hinsichtlich Gesundheit und ihren Determinanten schaffen.

Tabelle 2.3:
Schematische Darstellung der Ergebnisse des HIA zum Entwurf einer Verkehrsstrategie (London 2000) am Beispiel alternativer Fortbewegungsmittel

Identifizierte gesundheitsbezogene Schlüsselthemen innerhalb der TR-ST	Gesundheitsverbessernd in folgenden Bereichen	Empfehlungen zur Modifikation der Verkehrsstrategie mit dem Ziel, die positiven Auswirkungen zu erhöhen
Förderung von alternativen Fortbewegungsmitteln (Fußgänger, Radfahrer, öffentliche Verkehrsmittel)	Steigerung von körperlichen Aktivitäten durch Förderung des Fußgängerverkehrs	Errichtung von sicheren Wegen zu Schulen; bessere Nutzbarkeit von Parkanlagen; klare Trennung von Fußgänger-, Rad- und Autoverkehr; Errichtung von Fußgängerzonen etc.
	Steigerung von körperlichen Aktivitäten durch Förderung des Radverkehrs	Ausbau von Fahrradrouten; sichere Gestaltung von Radwegen (inkl. Umbau von Straßen); Möglichkeiten einer gemeinsamen Nutzung (Fußgänger/Radfahrer) von nicht voll ausgelasteten Gehwegen; Errichtung von sicheren Fahrradabstellplätzen; günstige Versicherung für Radfahrer; Second-hand-Fahrradtauschsysteme; Fahrradleasing-Systeme; erleichterte Fahrradmitnahme in öffentlichen Zügen etc.
	Nachhaltigkeit der positiven Auswirkungen im Sinne einer langfristigen Änderung der Gewohnheiten hinsichtlich Fortbewegungsmittel	Bewerbung des öffentlichen Verkehrs als Transportmittel zu spezifischen Einrichtungen, Arbeit und Schule etc.
	Verringerung von sozialer Ausgrenzung und Isolation durch erleichterte Nutzbarkeit des öffentlichen Verkehrs	Trainings von Mitarbeitern hinsichtlich der Bedürfnisse älterer Menschen und Personen mit beeinträchtigter Mobilität; Miteinbeziehung der Betroffenen in den Planungs- und Gestaltungsprozess; Instandhaltung der vorhandenen Struktur (z. B. Reparatur von Liften); Maßnahmen zur maximalen Auslastung etc.
	Reduktion von Stressfaktoren durch ein effizienteres Transportsystem	Umgestaltung der Busrouten: direkte und kreisförmige Routen; höhere Frequenz auch außerhalb der Stoßzeiten; Einführung von übertragbaren Ticketsystemen; Reduktion des privaten Autoverkehrs etc.

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung; auf Basis von Bowen 2004 bzw. HIA Gateway 2001

2.3 Ausgangssituation in Österreich

HIA ist in Österreich weitgehend noch Neuland. Es gibt nur wenige Fachleute, die sich bereits intensiver mit HIA befassen (vgl. Sprenger 2005), und nur einige Arbeiten zum Thema im Rahmen von Public-Health- oder Fachhochschul-Lehrgängen (z. B. Mock 2007), darunter sehr vereinzelt die versuchsweise Durchführung von HIA auf lokaler Ebene (z. B. Geiger 2010). Eine Annäherung an HIA – wenn auch kein HIA im engeren Sinn, da kein spezifisches Vorhaben analysiert wurde – stellte die vom Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW) initiierte und koordinierte transnationale Studie „Transport-related health effects with a particular focus on children“ dar, die deshalb auch in der EU-Studie zu „Effectiveness of HIA“ (Wismar et al. 2007a; vgl. Abschnitt 2.1) als österreichische Fallstudie herangezogen wurde (vgl. Sprenger/Püringer 2007).

Das Interesse an HIA wächst aber rasch. In den letzten Jahren finden sich in einschlägigen Dokumenten häufiger Referenzen zu HIA, und seit einigen Monaten entstehen auch bereits erste konkrete Aktivitäten. Auf Bundesebene wurde beispielsweise im „Handbuch ÖGD“ die Veranlassung von bzw. die Mitwirkung bei HIA als eine zukünftige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Gesundheitsförderung vorgeschlagen. In den „Gesundheitszielen Steiermark“ (Land Steiermark 2007) ist HIA als Beispiel für eine mögliche Maßnahme zum Ziel „Gesundheit in alle Politikbereiche bringen“ dargestellt. Der Beginn eines Informations- und Diskussionsprozesses über das Konzept bzw. Instrument HIA wird im Gesundheitsbericht Linz 2008 (Birgmann et al. 2008) empfohlen. In den Jahren 2008 und 2009 wurden im Rahmen des FGÖ-Bildungsnetzwerkes Gesundheitsförderung eintägige Seminare zu HIA angeboten. Im Jänner 2010 fand in Linz ein vom Institut für Gesundheitsplanung organisierter Workshop zu HIA statt, der sich vor allem an Ressortleiter/innen bzw. deren Mitarbeiter/innen wendet und HIA bekanntmachen und das Verständnis dafür fördern möchte. Diese Beispiele zeigen, dass HIA auch in Österreich zunehmend zu einem Thema wird. Es ist abzusehen, dass sich dieser Prozess in nächster Zeit noch deutlich verstärken wird.

Da es aber bisher noch keine Modellprojekte gibt, aus deren Erfahrungen gelernt werden kann, erscheint es sinnvoll, als Ausgangspunkt für die Etablierung von HIA in Österreich die Erfahrungen mit den Umweltprüfungen heranzuziehen. Insbesondere die Strategische Umweltprüfung¹⁵ (SUP) erscheint geeignet, Rückschlüsse bezüglich wirksamer Strategien abzuleiten, da sie von der Grundkonzeption her – mit Schwerpunkt auf politisch-strategischen Vorhaben – HIA näher ist als die Umweltverträglichkeits-

¹⁵
vgl. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/uvpsupemas/sup/>

prüfung¹⁶ (UVP), die sich auf konkrete Umsetzungsprojekte bezieht und einen Rechtsweg bis zu den Höchstgerichten vorsieht.

Arbter (2005) analysierte die Erfahrungen der sieben in den Jahren 1997 bis 2004 durchgeführten Pilotprojekte zur SUP und kommt zum Schluss, dass die SUP zur wirksamen Integration von Umweltaspekten in strategische Planungen beitragen und damit die Planungsqualität steigern, die reibungslose Umsetzung fördern und in der Folge Zeit und Kosten für die Realisierung von Maßnahmen sparen kann. Die „Integrierte SUP“, bei der Planungsprozess und SUP-Prozess zu einem gemeinsamen Gesamtprozess integriert sind, hat sich am besten bewährt. Alle anderen Formen – „Vorgeschaltete SUP“ (Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses unsicher, Mehraufwand für zweimalige Öffentlichkeitsbeteiligung), „Parallele SUP“ (wenig Einfluss auf Rahmenkonzept) und „Nachgeschaltete SUP“ (Überarbeitungsaufwand, Widerstand gegen nachträgliche Änderungen) haben Nachteile und sind weniger effektiv.

Bezüglich Partizipation empfiehlt Arbter eine zweistufige Öffentlichkeitsbeteiligung mit aktiver Information der breiten Öffentlichkeit (Internet, Veranstaltungen etc.) und stärkerer Einbindung der organisierten Öffentlichkeit. Als Modellprojekt dafür gilt die im Zuge der SUP zum Wiener Abfallwirtschaftsplan entwickelte „SUP am runden Tisch“ (vgl. auch unten), bei der Vertreter/innen von Verwaltung und organisierter Öffentlichkeit und externe Fachleute gleichrangig (SUP-Team) am gesamten SUP-Prozess beteiligt waren. Diese Form der „mediativen Öffentlichkeitsbeteiligung“ gewährleistet größtmögliche Transparenz und fördert das Lernen voneinander und Vertrauen. Konsensuale Planungslösungen und Integration von Umweltaspekten gelingen dabei am besten, erforderlich sind allerdings auch Zeit und Bereitschaft zur ernsthaften Kooperation sowie ein ausgewogenes SUP-Team.

In einer Bestandsaufnahme zur Umsetzung der verpflichtenden EU-Richtlinie zur SUP in Österreich stellen Arbter und Platzer-Schneider (2005) aber fest, dass viele positive Erfahrungen der Pilotprojekte nicht in die Umsetzung der Richtlinie eingeflossen sind und – mit wenigen Ausnahmen wie beispielsweise der Strategischen Prüfung Verkehr (SP-V) – nur die Mindestanforderungen berücksichtigt wurden. Aus den Interviews (vgl. unten) wurde weiters deutlich, dass die modellhaften SUP häufig freiwillige und keine verpflichtenden waren; das heisst, dass eine gesetzliche Verankerung allein für eine effektive Praxis nicht ausreichend ist. Auf Basis der Anwendung der SP-V wurden in den Interviews auch einige Punkte abgeleitet, die als Empfehlungen für die Etablierung von HIA in Österreich gelten können. Maßgeblich für die Qualität solcher Verfahren ist die strikte Trennung zwischen sachlicher und politischer Bewertung. Die SP-V hat die Aufgabe, die Entscheidungsgrundlagen transparent aufzubereiten und damit zu

¹⁶
vgl. <http://www.help.gv.at/Content.Node/52/Seite.520100.html>

ermöglichen, dass die Entscheidungen von den politischen Entscheidungsträgern „informierter“ getroffen werden können; es ist nicht Aufgabe der SP-V, diesen die Entscheidung abzunehmen. Wichtig ist auch die effiziente Abwicklung und die Anwendbarkeit des Instruments, weshalb es empfehlenswerter ist, ein „flaches“ Instrument vorzugeben, das sich bei Bedarf vertiefen lässt, als ein aufwendiges bzw. kompliziertes Instrument, das sich in der Praxis nicht einhalten lässt.

Wie bereits ausgeführt, ist die UVP weniger als die SUP dazu geeignet, Rückschlüsse für HIA abzuleiten. Einige Ergebnisse der UVP-Evaluation (Umweltbundesamt 2006) könnten aber auch für HIA relevant sein: Viele UVP-Akteurinnen und -Akteure bezeichneten das Scoping als wichtigsten Verfahrensschritt und als Chance für frühzeitigen Interessenausgleich. Das Einbinden der relevanten Stakeholder schon in der Scoping-Phase gilt als Modell guter Praxis, und die frühzeitige und effektive Einbindung der Öffentlichkeit (Partizipation) erhöht die Planungssicherheit.

Rückschlüsse aus den Interviews

Im Rahmen der Erhebungen wurden leitfadengestützte Interviews mit Beamtinnen und Beamten aus relevanten Bundesministerien und mit Experten (vgl. Anhang A) durchgeführt. Dabei erfragt wurden Einschätzungen über das ressortspezifische Interesse am Thema Gesundheit bzw. HIA bezüglich notwendiger Rahmenbedingungen für die Etablierung von HIA in Österreich, aber auch hinsichtlich bestehender Strukturen und Strategien, an die man anknüpfen kann. Auch bereits vorhandene Erfahrungen mit HIA oder ähnlichen Instrumenten sowie Vorschläge für HIA-Themen waren Teil der Interviews.

Ganz allgemein zeigen die Ergebnisse nicht nur eine hohe Gesprächsbereitschaft vonseiten der kontaktierten Personen, sondern deutlich wird auch, dass der Berücksichtigung von „Gesundheit“ und von Gesundheitsauswirkungen in sämtlichen Ressorts ein zunehmender Stellenwert zukommt. So nehmen Gesundheitsaspekte beispielsweise im vom Umweltressort initiierten sektionsübergreifenden Projekt „Nationaler Masterplan Radfahren“ eine zentrale Rolle ein (BMLFUW 2006). In Zusammenarbeit mit der WHO wurde zudem ein Instrument zur volkswirtschaftlichen Kalkulation der Gesundheitseffekte durch Radfahren entwickelt¹⁷. In der vom BMUKK erstellten Broschüre „Empfehlungen für gelungene schulische Tagesbetreuung“ hat Gesundheit einen elementaren Stellenwert (BMUKK 2009).

17
www.klimaaktiv.at

Konkrete Erfahrungen mit dem Instrument Health Impact Assessment sind in den einzelnen Ministerien nicht vorhanden, sehr wohl aber im Umgang mit sektorenübergreifenden Querschnittsthematiken wie Gender-Mainstreaming und Gender-Budgeting und in der intersektoralen Zusammenarbeit durch Erstellung sektionsübergreifender Aktionspläne. Zu erwähnen sind natürlich auch Erfahrungen mit der Strategischen Umweltprüfung (SUP) bzw. der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP).

Die den zentralen HIA-Grundsätzen (vgl. Abschnitt 2.1) zugrundeliegenden Konzepte und Begriffe sind bekannt und je nach Ressort unterschiedlich anschlussfähig; betont wird eine mangelnde österreichische Tradition hinsichtlich der Umsetzung dieser Grundsätze. Die meiste Erfahrung gibt es im Bereich der Partizipation, die als ressourcen- und steuerungsintensiv beschrieben wird. Zum einen besteht das Bewusstsein, dass eine fehlende Öffentlichkeitsbeteiligung massiven Widerstand in der Bevölkerung auslösen kann, zum anderen, dass die breite Masse durch Beteiligungsprozesse nicht erreichbar ist. Oftmals beteiligen sich daran hauptsächlich jene Menschen, die negative Auswirkungen befürchten. Als umso zentraler wurde daher die Darstellung und Kommunikation der positiven und negativen Projektauswirkungen hervorgehoben. Im Bereich Öffentlichkeitsbeteiligung stellt die „Wiener SUP am runden Tisch“ ein Modellprojekt dar (Arbter 2007; siehe vorne). Die 2008 vom Ministerrat beschlossenen „Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung“ wurden als wichtiger Ansatzpunkt hinsichtlich Partizipation angeführt und deren Verwendung auch im Rahmen von HIA empfohlen (BKA/BMLFUW 2009). Betont wurde, dass die intersektorale Zusammenarbeit in den letzten Jahren zugenommen hat und vor allem auf fachlicher Ebene teilweise sehr gut etabliert ist. Erfahrungen zeigen aber auch, wie schwierig sich ein ministeriumsübergreifender Prozess gestalten kann. In den Interviews wurde beschrieben, dass das HIA-Grundprinzip der Transparenz der österreichischen Politik-Kultur nicht so sehr entspricht. Betont wird aber auch, dass Transparenz die Möglichkeit schafft, positive Ergebnisse nach außen kommunizieren zu können bzw. negative Ergebnisse die Basis dafür bieten, Lösungskompetenz zu zeigen.

Für eine Umsetzung von HIA in Österreich wird die Wichtigkeit politischer Promotoren unterstrichen. Allen voran ist das „Commitment“ des BMG wesentlich, wobei auch auf Beamtenebene Überzeugungsarbeit zu leisten ist. Die dafür wichtige Vermittlung von HIA-Nutzen und -Vorteilen sollte – laut den Interviews – sowohl auf inhaltlicher (z. B. Präsentation internationaler Best-Practice-HIA) wie auch auf finanzieller Ebene (notwendiger finanzieller Rahmen, Einsparungspotenzial) dargelegt werden. Als mögliche Foren für die Präsentation von HIA wurden beispielsweise genannt die eGovernment-Plattform Umweltinformation, die ÖROK-Enquete und der Verkehrsstammtisch. Zudem verweisen Anregungen hinsichtlich der Implementierung von HIA auf die Notwendigkeit einer fundierten fachlichen Aufbereitung, damit Anwender/innen ausreichend unterstützt werden können. Weiters bedarf es klar gewidmeter Ressourcen wie auch einer Support-Unit zur methodischen Unterstützung bzw. handhabbarer Instrumente. Konkrete HIA-Themen sollen sorgfältig ausgewählt und HIA-Inhalte sachlich

kommuniziert werden. Wichtig ist aufzuzeigen, dass HIA für Anwender/innen einen Nutzen hat. Damit wird es möglich, die Angst vor einem zusätzlichen Arbeitsaufwand zu nehmen.

Als Anknüpfungsmöglichkeiten für eine Verankerung von HIA genannt wurden beispielsweise die vom BMF ab 2013 vorgeschriebene „Wirkungsorientierte Haushaltsführung“ (BMF 2009) und die vom BKA ausgehende Ressortstrategie, die von jedem Ministerium zu erarbeiten ist.

Die Betonung des Nutzens von HIA wurde als relevant beschrieben, wobei die Interviewten aus ihrer Sicht folgende Aspekte nennen:

- » Politik braucht Daten: HIA arbeitet die benötigte Datenlage auf und stellt objektivierte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung.
- » HIA ist ein Instrument, das alternative Handlungsoptionen aufzeigt, Spielräume für gesundheitsbezogene Verbesserungen aufmacht und nicht im Entweder-oder-Dualismus gefangen bleibt.
- » Die im Rahmen von HIA aufbereitete Sachgrundlage erlaubt eine Trennung von sachlicher und politischer Bewertung. Dadurch können politische Entscheidungen besser informiert gestaltet werden.
- » Die im Rahmen von HIA aufbereitete Sachgrundlage bietet der Politik die Möglichkeit, der Öffentlichkeit die politische Entscheidung verständlich und transparent zu machen.
- » Wenn die intersektorale Zusammenarbeit gut etabliert ist, kann sie zur Effizienz beitragen und kommt der Ressourcenknappheit in den Ministerien entgegen.
- » HIA ist nicht nur ein Bemühen hinsichtlich Qualitätssicherung politischer Vorgehensweisen, sondern auch ein positives Thema, das der Öffentlichkeit kommuniziert werden kann.

Anregungen und Vorschläge zu HIA-Rahmenbedingungen aus den Interviews sind als Input in das erstellte HIA-Konzept (vgl. Kapitel 3) eingeflossen und werden anschließend beispielhaft skizziert.

Hinsichtlich einer institutionellen Verankerung wird eine Top-down-Strategie präferiert, wobei die HIA-Verantwortung primär vom BMG, BKA oder BMF getragen werden sollte. Diesbezüglich gab es kontroverse Argumentationslinien. Einig war man sich über die Notwendigkeit eines Ministerratsbeschlusses, der nur durch Überzeugungsarbeit bei den Sektionschefs und -leitenden möglich ist. Generell bestand in den Interviews Konsens darüber, dass HIA in Österreich eine Support-Unit braucht, die die eigentliche Umsetzungsarbeit übernimmt. Genannt wurde in diesem Zusammenhang oftmals die GÖG, die aufgrund ihres gesetzlichen Auftrags und ihrer etablierten Rolle als geeignet gesehen wird. Die Arbeiten der HIA-Support-Unit sollten nach Meinung der Interviewten insbesondere die Etablierung von HIA, die Öffentlichkeitsarbeit auf diversen Kommunikationsebenen und die methodische wie fachliche Unterstützung,

vor allem für die mit HIA befassten Beamtinnen und Beamten in den einzelnen Ressorts, inkludieren. Die interministerielle Verankerung von HIA benötigt das Commitment der einzelnen Ministerien. Um den aktuellen HIA-Stand zu vermitteln, ist auch im Routinebetrieb die Einbeziehung der Ministerien wesentlich. Es gab keinen konsensuellen Vorschlag zur Form dieser Zusammenarbeit, die prinzipielle Notwendigkeit eines Gremiums wurde jedoch hervorgehoben. Eventuell wäre ein jährliches Treffen der einzelnen Ressortvertretungen bzw. ein regelmäßiger E-Mail-Newsletter ausreichend. Darüber hinaus könnten HIA-spezifische Arbeitsgruppen mit relevanten Sektoren organisiert werden.

Betont wurde die Notwendigkeit einer klaren formellen Vorgabe für HIA in Österreich und einer Definition als Pflichtaufgabe. Ob eine gesetzliche Verankerung dabei Sinn macht, wird in den Interviews unterschiedlich argumentiert und bewertet. Zumindest ein Ministerratsbeschluss erscheint als Startpunkt erforderlich. Analog zu den bereits jetzt im Vorspann von Gesetzesvorlagen vorgesehenen Auswirkungen auf Gender-Aspekte bzw. auf den Wirtschaftsstandort wurde die ergänzende Aufnahme von Gesundheitsauswirkungen angeregt.

Die Wichtigkeit der finanziellen Rahmenbedingungen wurde hervorgehoben, da die Einführung von HIA nur unter der Bedingung von eindeutig budgetierten Ressourcen funktionieren kann. Die Erstellung eines Geschäftsplans, der u. a. auch die Mittel für die partizipativen Prozesse beinhaltet, unterstützt sicherlich ein solches Vorhaben. Wenn die notwendigen finanziellen Erfordernisse im Rahmen bleiben, wird in den Interviews auch die Möglichkeit gesehen, diese aus den ressortinternen verfügbaren Mitteln abzudecken. Die Idee einer Finanzierung von HIA rein aus dem Gesundheitstopf wurde nicht von allen Interviewten getragen. Eine Abstimmung mit bereits vorhandenen Assessments (Umwelt, Gender) ist auf jeden Fall wesentlich, schon allein um Bürokratie, Aufwand und Ressourcen möglichst gering zu halten.

Die Durchführung eines HIA erfolgt optimalerweise prozessbegleitend, d. h. bereits bei der Zieldefinition eines politischen Vorhabens. Demnach erscheint ein Pre-Screening der Regierungsprogramme geeignet; sobald ein Gesetz in Begutachtung ist, scheint es im Grunde schon zu spät für ein HIA zu sein (vgl. Abschnitt 2.2). Angeregt wurde die Berücksichtigung des Gesundheitsaspekts bei der Erarbeitung von nationalen Strategien bzw. Aktionsplänen.

3 HIA: Strategien und Maßnahmen für Österreich

Die Einführung und Etablierung von Health Impact Assessment als (politisches) Entscheidungsinstrument, um Gesundheit in allen Politikfeldern zu berücksichtigen, ist ein langfristiger Prozess, der gut durchdacht und geplant angegangen werden muss. Es gilt allfällige Ängste und Widerstände zu erkennen bzw. zu berücksichtigen und diesen durch den Aufbau und die Bereitstellung von unterstützenden Strukturen bei der Umsetzung von HIA zu begegnen.

Das Konzept zur Etablierung von HIA, das im Folgenden beschrieben wird, berücksichtigt zwei Modelle bzw. Konzepte: Zum einen wurde das Capacity-Building-Modell (vgl. Exkurs am Ende dieser Einleitung) mit seinen Schlüsselbereichen als Standardtool für die erfolgreiche Entwicklung und Etablierung von (Gesundheitsförderungs-)Programmen herangezogen, zum anderen wurde der Prozess der Etablierung von HIA in Österreich in Anlehnung an einen Evaluierungsbericht zu HIA in vier Phasen unterteilt (Harris/Simpson 2003). Sowohl entlang der Phasen als auch jeweils innerhalb der fünf Schlüsselbereiche wurden Ziele und Umsetzungsstrategien definiert. Für Phase 1 – Bewusstseinsbildung – werden zusätzlich konkrete Maßnahmen vorgeschlagen (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:
Überblick über den Aufbau des HIA-Konzepts für Österreich

Phase / Schlüsselbereich	Bewusstseinsbildung	Einführung	Umsetzung	Institutionalisierung
Organisationsentwicklung	Ziele Strategien Maßnahmen	Ziele Strategien	Ziele Strategien	Ziele Strategien
Personalentwicklung	Ziele Strategien Maßnahmen	Ziele Strategien	Ziele Strategien	Ziele Strategien
Ressourcen	Ziele Strategien Maßnahmen	Ziele Strategien	Ziele Strategien	Ziele Strategien
Leadership	Ziele Strategien Maßnahmen	Ziele Strategien	Ziele Strategien	Ziele Strategien
Partnerschaften	Ziele Strategien Maßnahmen	Ziele Strategien	Ziele Strategien	Ziele Strategien

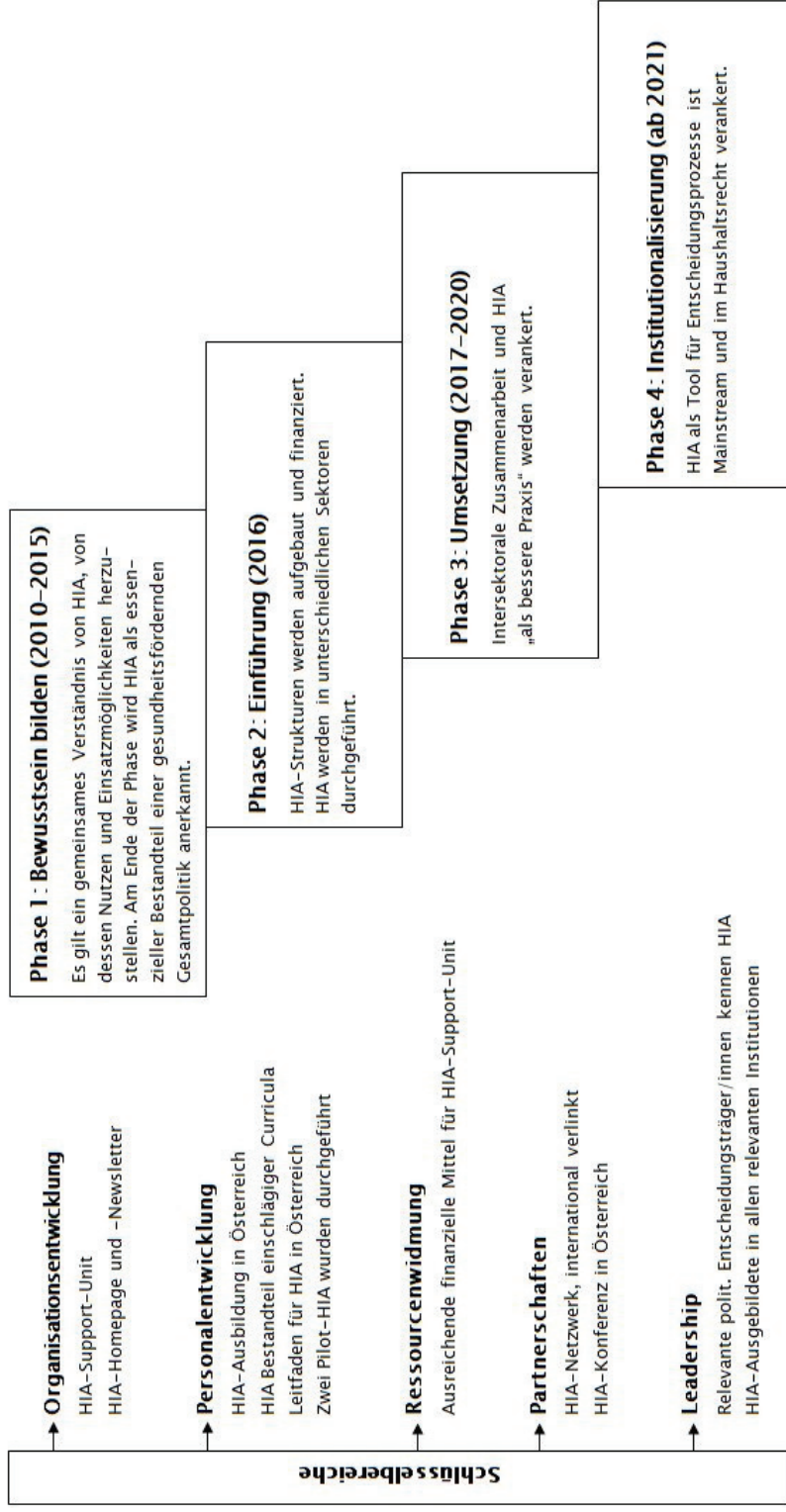
Quelle: GÖG/ÖBIG

Ziele und Strategien für die Etablierung von HIA in Österreich in den fünf Schlüsselbereichen des Capacity-Building-Modells (Organisations- und Personalentwicklung, Ressourcen, Leadership und Partnerschaften) werden in Abschnitt 3.3 beschrieben. Zuvor werden in Abschnitt 3.2 die vier Phasen zur Etablierung von HIA in Österreich (Bewusstseinsbildung, Einführung, Umsetzung, Institutionalisierung) dargestellt, die einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren umfassen. Für jede Phase wurden Ziele und Subziele sowie ein Zeitrahmen definiert. Die Entwicklung von konkreten Maßnahmen und Aktivitäten lag dabei schwerpunktmäßig auf der ersten Phase, die bereits 2010 beginnen soll und im Detail in Abschnitt 3.4 beschrieben wird.

Der Beschreibung der Ziele der einzelnen Phasen und der Ziele und Strategien in den Schlüsselbereichen vorangestellt ist in Abschnitt 3.1 die Beschreibung der wesentlichen Eckpunkte und Rahmenbedingungen für die Etablierung von HIA in Österreich.

Nachstehende Abbildung 3.1 gibt einen ersten Einblick in die Phasen und deren (Ober-)Ziel sowie die wesentlichsten Elemente in den Schlüsselbereichen für die erste Phase (Bewusstseinsbildung).

Abbildung 3.1: Überblick über Phasen, Ziele und Maßnahmen des HIA-Konzepts

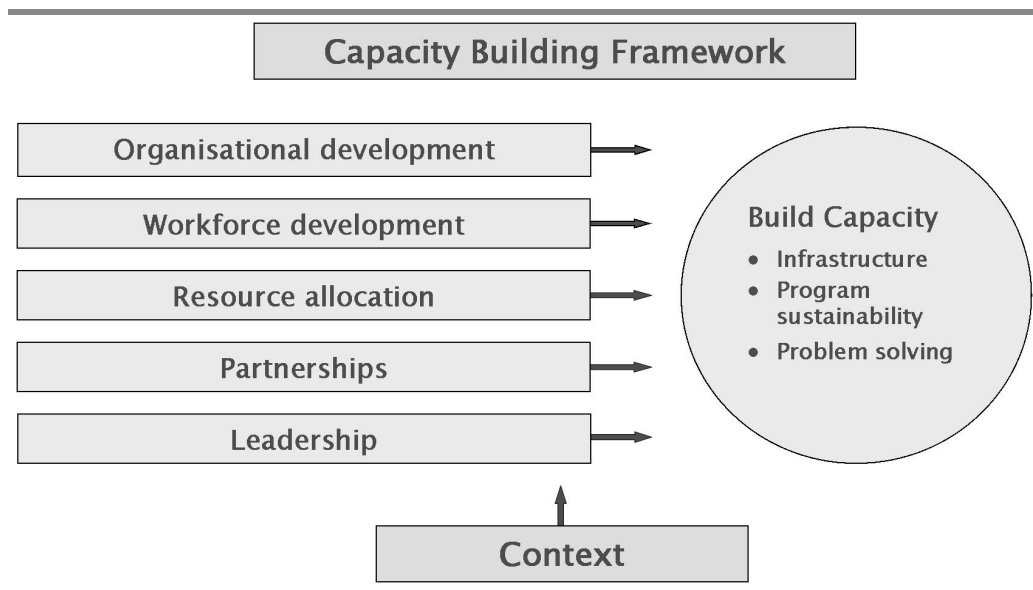


Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Exkurs: Capacity-Building-Modell

Um neue Programme oder Strategien zielgerichtet und effizient zu etablieren, wurde im Bereich der Gesundheitsförderung das „Capacity Building Framework“ entwickelt (NSW 2001). Dieses Modell definiert fünf Schlüsselgebiete, die auf die strategische Entwicklung von Leistungsfähigkeit („Capacity“) in drei Bereichen – Infrastruktur, Nachhaltigkeit und Problemlösung – abzielen (vgl. Abbildung 3.2). Der jeweilige Kontext bestimmt diese Strategien inhaltlich.

Abbildung 3.2:
Capacity-Building-Framework



Quelle: GÖG-ÖBIG-eigene Darstellung nach NSW Health Department 2001

„Capacity Building“ ist eine systematische Herangehensweise, die sowohl auf die Vergrößerung von Kapazitäten und Kompetenzen von Personen als auch von Organisationen und Gemeinschaften („Communities“) abzielt. Dabei sind folgende Prinzipien zu berücksichtigen:

- » Respekt und Wertschätzung gegenüber bereits existierenden Kapazitäten und Kompetenzen,
- » Entwicklung von Vertrauen,
- » Berücksichtigen des Kontexts
 - » in Hinblick auf das Umfeld (physisch, ökonomisch, kulturell ...), in dem ein Programm / eine Strategie implementiert werden soll,
 - » dahingehend, dass der Kontext positive oder negative Wirkungen ausüben kann;
- » Vermeiden vorgefertigter Ideen und Strategien,

- » Entwickeln gut geplanter und integrierter Strategien, d. h., Maßnahmen sind auf unterschiedlichen Ebenen (Individuen, Gruppen, Organisationen) und in allen fünf Schlüsselbereichen zu planen.

Die Anwendung des Capacity-Building-Modells hat folgenden Nutzen:

- » Capacity Building erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auch nicht unmittelbar involvierte Personen und Organisationen befähigt werden.
- » Es erhöht die Sichtbarkeit von Programmen und deren Nutzen und ermöglicht daher auch die Zurechnung des Nutzens zum Programm.
- » Es befördert gemeinsame Aktionen und Vernetzung im Gegensatz zu isolierten, parallelen Einzelaktionen.
- » Capacity Building thematisiert Ungleichheiten und erhöht durch Vernetzung und Partizipation Problemlösungsfähigkeiten (Empowerment).
- » Capacity Building hat eine universelle Sprache, ist daher ein universell anwendbarer Ansatz und fördert somit die intersektorale Zusammenarbeit.
- » Capacity Building erinnert die Gesundheitseinrichtungen an ihre Verantwortung im Gesundheitswesen.

3.1 Grundsätzlicher Rahmen

Die für dieses Konzept verbindliche Definition von Health Impact Assessment des GÖG-Projektteams wurde in Anlehnung an internationale Bestimmungen entwickelt: HIA ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. HIA dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik informierter zu gestalten.

Die internationalen Recherchen haben gezeigt, dass es notwendig ist, das HIA-Konzept an nationale Rahmenbedingungen anzupassen. Für Österreich werden folgende Eckpunkte als essenziell für die Etablierung von HIA in Österreich erachtet:

1. Inhaltlicher Schwerpunkt: Entsprechend dem Gothenburg-Konsensus zu HIA sollen sowohl Politiken und Programme als auch Projekte Gegenstand eines Health Impact Assessment sein. Für Österreich wird vorgeschlagen, sich zu Beginn der Erprobung und Einführung von HIA auf „Policies“ (= politische Maßnahmen wie Gesetzesvorlagen, Verordnungen etc; Aktionspläne, nationale Strategien; Budget/Finanzierungen/Förderungen; Koalitionsvereinbarungen, Regierungsprogramme) auf Bundesebene zu konzentrieren. Parallel stattfindende HIA-Aktivitäten in Bundesländern stehen nicht im Fokus der ersten Phasen, sollen aber auch nicht verhindert werden. Zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Erfahrungen mit dem Instrument gesammelt, notwendige Strukturen aufgebaut worden und ausreichend Wis-

sen und Können zu HIA in Österreich vorhanden ist, soll HIA so breit wie möglich angewendet werden, insbesondere regional auf den unterschiedlichen Ebenen.

2. Methodischer Schwerpunkt: Es wird vorgeschlagen, HIA in Österreich prospektiv einzusetzen, da internationale Erfahrungen zeigen, dass Health Impact Assessments, die spät (sehr kurz vor Maßnahmensetzung) oder gar erst retrospektiv durchgeführt werden, entweder nicht den gewünschten Effekt haben oder zu großen Problemen führen, da getroffene Entscheidungen revidiert werden muss(t)en. Das bedeutet, der HIA-Prozess soll so früh wie möglich starten und wird idealerweise in den Planungsprozess des Vorhabens integriert. Jedenfalls müssen aber Kernelemente und alternative Optionen eines Vorhabens ausreichend dargelegt sein, um sie bewerten zu können. Ein HIA sollte jedenfalls rechtzeitig vor einer endgültigen Entscheidung bzw. vor offiziellen Verhandlungen durchgeführt werden. Entsprechend internationalen Vorbildern wäre ein erster Schritt, ein Pre-Screening des Regierungsprogramms durchzuführen, um zu wissen, was geplant ist und in welchen Sektoren eine genaueres Screening sinnvoll wäre.
3. Health in All Policies – Intersektoralität: Die Erkenntnis, dass wichtige Einflussfaktoren für Gesundheit außerhalb der Gesundheitspolitik liegen, war einer der Gründe zur Entwicklung von Health Impact Assessment. Es ist daher notwendig, das Bewusstsein dafür in allen Politikbereichen zu schärfen und die notwendige Kooperationsbasis zwischen den einzelnen Sektoren herzustellen bzw. weiter auszubauen.
4. Werte und Grundsätze: Für die Umsetzung von HIA gibt es einige zentrale Werte und Grundsätze, deren Beachtung essenziell für den Erfolg von HIA als Instrument zur Umsetzung von Gesundheit in allen Politikbereichen sind.
 - » Demokratie: Der HIA-Prozess soll so demokratisch wie möglich ablaufen und die Interessen der betroffenen Bevölkerungsgruppen widerspiegeln – dies muss insbesondere durch Beteiligung der breiten und/oder der organisierten Öffentlichkeit (Partizipation) sichergestellt sein. Dies entspricht auch den „Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung“, die im Juli 2008 vom österreichischen Ministerrat beschlossen wurden (BKA, BMFLUW 2009).
 - » Förderung der Chancengleichheit: HIA setzt sich die Verringerung von „Health Inequalities“ zum Ziel und analysiert daher die unterschiedliche Verteilung von gesundheitlichen wie sozialen Belastungen in der Bevölkerung und leitet daraus Empfehlungen hinsichtlich möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ab.
 - » Objektivität: Die Datensammlung hat Qualitätsstandards zu folgen, die Prüfung der Evidenz für Gesundheitsauswirkungen muss objektiv erfolgen.
 - » Transparenz: Methoden und Prozesse sollen klar dargestellt werden, die Empfehlungen sowie deren Umsetzung sollen allgemein nachvollziehbar sein.
 - » Praktikabilität: Entwickelte und abgeleitete Empfehlungen sollen umsetzbar sein.

- » Nachhaltigkeit: Im Sinne einer nachhaltigen Zukunftsorientierung sollen sowohl kurz- als auch langfristige sowie direkte und indirekte Gesundheitsauswirkungen berücksichtigt werden.
5. Strukturelle Verankerung: Diese umfasst zum einen die inhaltliche(n) Verantwortlichkeit(en), zum anderen die Zuordnung der operativen Aufgaben. Dazu gehören:
- » Verankerung der politischen Verantwortlichkeit, dass HIA in Österreich eingesetzt werden soll. Aus heutiger Sicht könnte diese Verantwortung entweder im Gesundheitsressort oder im Bundeskanzleramt liegen. Für das Gesundheitsressort spricht, dass es ein fachliches Interesse an der Etablierung von Health Impact Assessment hat. Für das Bundeskanzleramt als Hauptverantwortlichen für HIA sprechen der notwendige Überblick über alle politischen Vorhaben und das Erfordernis intersektoraler Zusammenarbeit.
 - » Verankerung von HIA als Pflichtaufgabe: Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltungsbehörden muss klar kommuniziert werden, dass HIA eine Pflichtaufgabe bei der Planung von Vorhaben ist. Ein Weg dafür ist z. B. die Aufnahme von Gesundheit in die Liste all jener Auswirkungen, die bei Gesetzesvorlagen anzuführen sind (finanzielle Auswirkungen, geschlechterspezifische Auswirkungen, Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort, Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer, sozialer und nicht zuletzt in gesundheitlicher Hinsicht etc.).
 - » HIA-Beauftragte/r pro Ressort: Analog zu den Gender-Mainstreaming-Beauftragten bedarf es pro Ressort einer Person, die für das Thema HIA zuständig ist.
 - » Interministerielle Arbeitsgruppe: Alle HIA-Beauftragten sollten sich regelmäßig/routinemäßig zusammenfinden. Aufgaben dieser Zusammenkünfte sind insbesondere das Pre-Screening eines neuen Regierungsprogramms und die Abstimmung von Assessments (v. a. zwischen SUP und HIA).
 - » HIA-Support-Unit: Wesentliches Strukturelement für die operativen Aufgaben ist die Support-Unit (Aufgaben siehe Abschnitt 3.4). Die Gesundheit Österreich GmbH als Forschungs- und Planungsinstitut auf Bundesebene wurde von mehreren Seiten aufgrund ihrer Stellung im österreichischen Gesundheitssystem und ihres gesetzlichen Auftrags als am besten dafür geeignet genannt, die zentrale Anlaufstelle für HIA in Österreich zu sein (vgl. Abschnitt 2.3).
 - » Ownership: Die Verantwortung dafür, dass ein HIA durchgeführt wird und die Empfehlungen im weiteren Planungsprozess berücksichtigt werden, liegt beim jeweiligen Ressort, das für das Vorhaben zuständig ist. Die HIA-Support-Unit unterstützt die Durchführenden des jeweiligen Ressorts oder wird mit der Durchführung des HIA beauftragt.

3.2 Vier Phasen der Etablierung von HIA

Vor dem Hintergrund des Capacity-Building-Modells wurden in zwei Workshops grundlegende Zielrichtungen und Strategien für die Etablierung von HIA in vier Phasen (Harris/Simpson 2003) erarbeitet.

Für jede Phase werden im Folgenden das (Ober-)Ziel mit Sub-Zielen sowie der notwendige Zeitrahmen angegeben. Konkrete Strategien und Maßnahmen werden in Abschnitt 3.3 im Zusammenhang mit den Schlüsselbereichen und in Abschnitt 3.4 – Bewusstseinsbildungsphase im Detail – beschrieben. Diese Aufteilung ergibt sich auch daraus, dass heute noch nicht die Strategien und Maßnahmen späterer Phasen im Detail beschrieben werden können, die im Rahmen einer rollierenden Planung entwickelt werden müssen. Das bedeutet, dass am Ende jeder Phase eine Bestandsaufnahme und Überprüfung der Zielerreichung erfolgen muss, um darauf aufbauend die konkreten Maßnahmen der nächsten Phase zu planen.

Vier Phasen der Etablierung von HIA, die nicht streng voneinander abgegrenzt sind, sondern sich überlappen (können), sind im Anschluss an Harris/Simpson 2003 zu unterscheiden:

1. Bewusstseinsbildung („Awareness“),
2. Einführung („Adoption“),
3. Umsetzung („Implementation“) und
4. Institutionalisierung („Institutionalization“).

Phase 1: Bewusstseinsbildung

Ein **gemeinsames Verständnis** von HIA und die Überzeugung von Nutzen und Einsatzmöglichkeiten von HIA ist eine notwendige Voraussetzung für die Einführung von HIA. Diesem Verständnisprozess soll ausreichend Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Zeitraumen: 2010–2015 (im Sinne einer Querschnittsthematik wird Bewusstseinsbildung allerdings ein fortlaufendes Thema mit sich ändernden Zielgruppen bzw. Schwerpunkten sein.)

Ziel: Ende 2015 ist HIA in Österreich als essenzieller Bestandteil einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (Health in All Policies) anerkannt.

Sub-Ziele für Ende 2005:

- » Der Gesundheitsminister steht hinter der Etablierung von HIA und betreibt die Diskussion im Ministerrat.
- » Ein Ministerratsbeschluss zum Thema HIA ist in Vorbereitung.
- » Ein gemeinsames Verständnis von HIA wurde erzielt und Überzeugung von Nutzen und Einsatzmöglichkeiten des Instrumentariums HIA geschaffen (v. a. auf Regierungsebene, auf den höheren Ebenen der Ministerien, bei Finanziers, in der Public-Health-Community).
- » Der Auftrag zur „Bewusstseinsbildung für HIA“ (Etablierung einer HIA-Support-Unit) wurde erteilt, um die notwendigen Voraussetzungen für die Einführung von HIA zu schaffen.
- » HIA-Expertise wurde aufgebaut.
- » Ein „HIA-Netzwerk Österreich“ wurde aufgebaut und ist in internationale Netzwerke integriert.
- » Das Thema HIA ist in Institutionen, öffentlicher Verwaltung, Gesundheitspolitik, Ausbildungen, Veranstaltungen, Projekten präsent bzw. verankert.

Phase 2: Einführung

Am Ende einer (relativ kurzen) Einführungsphase steht ein klarer **Auftrag** (als „offizielles“ Startsignal) zur Umsetzung von HIA auf Bundesebene.

Zeitraumen: 2016

Ziel: Ende 2016 gibt es einen klaren Auftrag zur Implementierung von HIA auf Bundesebene (Ministerratsbeschluss).

Sub-Ziele:

- » Zuständigkeiten und Verantwortung(en) für HIA auf Bundesebene sind geklärt.
- » Entsprechende Strukturen zur Durchführung und Unterstützung von HIA wurden aufgebaut.
- » Die HIA-Support-Unit ist etabliert und deren Finanzierung gesichert.
- » Das HIA-Netzwerk Österreich wurde erweitert.

Phase 3: Umsetzung

Durch Training und Durchführung von HIA in allen Sektoren wird breite **Erfahrung** mit der Anwendung von HIA gewonnen, und HIA als „Tool“ wird auch auf regionaler Ebene eingesetzt.

Zeitraumen: Die Umsetzung beginnt mit einem Ministerratsbeschluss bzw. mit einem klaren Auftrag (siehe Ziel der Einführungsphase) für HIA auf Bundesebene. Voraussichtliche Dauer bis 2020.

Ziel: Bis 2020 sollen die intersektorale Zusammenarbeit und HIA als „bessere Praxis“ verankert sein.

Sub-Ziele:

- » Ausreichende Finanzierung von HIA ist sichergestellt.
- » HIA ist ein relevantes Forschungsthema.
- » Das österreichische HIA-Netzwerk wurde aufrechterhalten und ausgebaut.

Phase 4: Institutionalisierung

Von Institutionalisierung kann dann gesprochen werden, wenn HIA zur **Routine** („Mainstream“) im (politischen) Entscheidungsprozess geworden ist. Die in den Vorphasen etablierten Strukturen und Prozesse verfestigen sich.

Zeitraumen: ab 2021

Ziel: Ab 2021 ist die Durchführung von HIA zur Entscheidungsfindung (bzw. -optimierung) **Mainstream** und anerkanntes Querschnittsthema.

Sub-Ziele:

- » Die Hauptverantwortung für HIA ist klar verankert und eine kontinuierliche Finanzierung sichergestellt.
- » HIA ist im Haushaltsrecht verankert.
- » HIA-Support-Units wurden im Verwaltungs- und Bildungsbereich etabliert und entsprechende Expertise aufgebaut.
- » Das österreichische HIA-Netzwerk wurde aufrechterhalten.

3.3 Ziele und Strategien in den Schlüsselbereichen

Für die Erarbeitung der Strategien und Maßnahmen wurden die fünf Schlüsselbereiche des Capacity-Building-Modells herangezogen:

- » Organisationsentwicklung („Organisational development“),
- » Personalentwicklung („Workforce development“),
- » Ressourcenwidmung („Resource allocation“),
- » Partnerschaften („Partnerships“) und
- » Leadership.

Im Folgenden werden pro Schlüsselbereich Ziele und Umsetzungsstrategien entlang der vier Phasen beschrieben. Abschließend werden die Ziele und Strategien tabellarisch über alle Schlüsselbereiche und Phasen dargestellt.

3.3.1 Schlüsselbereich Organisationsentwicklung

Um HIA erfolgreich etablieren zu können, bedarf es geeigneter und ausreichender Strukturen und Prozesse, um methodisches Know-how entwickeln und in der Folge zur Verfügung stellen zu können.

Ziel ist es, dass bis Ende 2015 die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die Einführung von HIA in Österreich geschaffen wurden. Wesentliches Element ist dabei die **Einrichtung einer HIA-Support-Unit auf Bundesebene**. Diese ist die zentrale Informations- und Kommunikationsdrehscheibe für HIA, befördert die Bewusstseinsbildung durch Erarbeitung und Bereitstellung österreichspezifischer Grundlagen (HIA-Leitfaden, Informationsmaterial) sowie durch Einrichtung und Betreuung einer **HIA-Website** und der Verbreitung eines **HIA-Newsletters**. Die HIA-Support-Unit ist weiters sowohl für die Erarbeitung der Detailkonzepte für die folgenden Phasen als auch für die Umsetzung oder zumindest die Beförderung der Maßnahmen in den anderen Schlüsselbereichen (z. B. HIA-Trainings) zuständig.

Sobald HIA in Österreich offiziell eingeführt ist im Sinne eines klaren Auftrags, ist die HIA-Support-Unit die zentrale Anlaufstelle sowohl innerhalb Österreichs als auch für internationale Kontakte. Sie informiert und berät zum Thema Health Impact Assessment, stellt methodischen Support zur Durchführung von HIA zur Verfügung, insbesondere durch Beratung, Materialien und Trainings.

Ziel ist es, dass bis Ende 2016 die Supportstrukturen, die die Beamtenschaft als künftige HIA-Durchführende bzw. -Auftraggeber unterstützen sollen, bereitgestellt sind und auch nach außen entsprechend kommuniziert wurden.

In der darauffolgenden Implementierungsphase (bis 2020) sollen Supportstrukturen (HIA-Support-Units) auch auf Länderebene etabliert werden. Diese sollen ihre Unterstützung auch intersektoral anbieten.

Ab 2021 sollte HIA institutionalisiert sein. Im Bereich der Organisationsentwicklung bedeutet dies, dass dann nicht nur mehrere HIA-Support-Units etabliert sind, sondern dass die Hauptverantwortung für HIA auch auf den verschiedenen Ebenen klar verankert und abgesichert ist.

3.3.2 Schlüsselbereich Personalentwicklung

Ziel dieses Schlüsselbereichs ist der systematische Aufbau und die Weiterentwicklung von Know-how zur Durchführung von Health Impact Assessments.

In der Phase der Bewusstseinsbildung sollten sich die Maßnahmen auf die HIA-Support-Unit und wichtige Meinungsbildner konzentrieren (z. B. auf leitende Mitarbeiter/innen in Ministerien, bereits an HIA interessierte oder vorgebildete Personen).

In dieser Phase sollen zumindest zwei **Pilot-HIA** durchgeführt werden. Im Rahmen von Durchführung und Evaluierung dieser Assessments können die für die Einführung notwendigen Erfahrungen gewonnen („**Learning HIA by doing HIA**“) sowie österreichspezifische **Materialien** und **Trainingskonzepte** entwickelt werden. Zur Beförderung der Wissensvermittlung soll HIA Eingang in Ausbildungen der Verwaltungsakademien finden und in die Curricula gesundheitswissenschaftlicher **Ausbildungen** integriert werden.

Ergebnis all dieser Aktivitäten soll sein, dass es bis Ende 2015 einen deutschsprachigen Leitfaden zur Anwendung von HIA in Österreich auf Basis von zumindest zwei evaluierten Pilot-HIA gibt. Außerdem sollen bis dahin dem internationalen Standard entsprechende bedarfsorientierte nationale Trainings für HIA regelmäßig stattfinden, und HIA soll Teil des Ausbildungscurriculums einschlägiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen an Fachhochschulen und Universitäten geworden sein. Pro Ministerium soll zumindest eine Person an diesen HIA-Schulungen teilgenommen haben.

Mit der Einführung von HIA sollen Angebote zum Wissens- und Methodenerwerb (HIA-Trainings) aufgebaut werden. Dazu werden Schlüsselpersonen benötigt, die vom Thema überzeugt sind und HIA in ihrem Bereich vorantreiben. Es wird notwendig sein, Synergieeffekte bzw. Schnittstellen mit anderen Assessments (z. B. SUP/UVP) darzustellen bzw. eine Abstimmung zwischen den Assessments sicherzustellen und einen Themenfindungs- und Planungsprozess für HIA in anderen Sektoren zu unterstützen.

Mögliche Maßnahmen dafür umfassen das Einladen internationaler Expertinnen und Experten, das Bereitstellen von HIA-Tools für SUP/UVP sowie das Einrichten und Nutzbarmachen von Datenbanken und Helpdesks.

In der Implementierungsphase soll HIA sich soweit verbreiten, dass zumindest ein HIA in jedem für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Sektor durchgeführt wird. Dies sollte zum einen durch eine Learning-by-doing-Strategie (inkl. Learning-by-doing-Fonds; vgl. 3.3.3) von den HIA-Support-Units unterstützt werden, zum anderen wird ein entsprechend ausdifferenziertes Angebot an HIA-Trainings zu entwickeln und

bereitzustellen und HIA als integraler Bestandteil von relevanten Ausbildungen zu verankern sein.

Ist HIA institutionalisiert, so bedeutet dies, dass es ein standardisiertes Bildungsangebot im Verwaltungs- und Bildungsbereich gibt und die Vermittlung von Basiswissen zu HIA Teil der Grundausbildung für Mitarbeiter/innen in Ministerien und Landesregierungen sowie anderer relevanter Berufsgruppen geworden ist.

3.3.3 Schlüsselbereich Ressourcenwidmung

Unter Ressourcen werden nicht nur finanzielle und personelle Mittel, sondern auch solche des Wissens verstanden.

Bezüglich der Kosten muss zwischen externen und internen Kosten unterschieden werden. Langfristig sollten die internen Kosten gering sein, da HIA als Routineaufgabe in den Ministerien verankert werden soll. Es ist jedoch darauf zu achten, HIA tatsächlich als Aufgabe zu definieren und entsprechende Zeitressourcen vorzusehen. Die Kosten für die Durchführung von Health Impact Assessments sollten in den Vorhaben der einzelnen Ressorts bereits berücksichtigt werden. Externe Kosten werden vor allem für die HIA-Support-Unit und ggf. für externe Expertisen anfallen. Empfohlen wird die Einrichtung eines HIA-Learning-by-doing-Fonds bei Einführung und Implementierung von HIA, da zu diesem Zeitpunkt die meisten Vorhaben und Programme die Kosten für ein Health Impact Assessment noch nicht berücksichtigt haben werden.

In der Phase der Bewusstseinsbildung bedarf es ausreichender **finanzieller und personeller Ressourcen für die HIA-Support-Unit**. Um die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Ministerien voranzutreiben, sollten **HIA-Trainings in den Bereich der geförderten Ausbildungen** (Dienstfreistellung, Bezahlung der Trainingskosten) aufgenommen werden. Außerdem sollte eine **Förderschiene für HIA-Projekte** eingerichtet werden, wie zum Beispiel im Rahmen der Projektförderungen des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). In Hinblick auf den Aufbau von Wissensressourcen könnte/sollte ein **HIA-Beirat** eingerichtet werden.

Bei Einführung von HIA in Österreich (2016) sollte es für die HIA-Support-Unit einen beschlossenen **Geschäftsplan** sowie einen **Finanzierungsplan für HIA-Projekte** geben. Um den Aufbau von Know-how und die Durchführung von weiteren Pilotprojekten zu unterstützen, wird die Einrichtung eines Fonds vorgeschlagen, der die Finanzierung der Learning-by-doing-Strategie (vgl. 3.3.2) fördert. Für die Professionalisierung der Durchführung von Health Impact Assessment sollte am Ende der Einführungsphase eine **HIA-Forschungsstrategie** vorliegen. Da Health Impact Assessment ein intersekt-

orales Vorgehen erfordert, sollte auch die Finanzierung durch mehrere Sektoren und Institutionen angestrebt werden.

Nach Einführung von HIA sollten für die Implementierungsphase ausreichend finanzielle Mittel für die Umsetzung von HIA zur Verfügung stehen (HIA-Forschungsstrategie). Um die Verbreitung von HIA auf regionaler Ebene zu befördern, sollte Health in All Policies als Strategie, HIA als anzuwendendes Instrument und die Finanzierung der Durchführung beider Konzepte in einer Artikel-15a-Vereinbarung festgehalten werden.

Die Phase der Institutionalisierung ist erreicht, wenn die kontinuierliche Finanzierung von Health Impact Assessments sichergestellt ist.

3.3.4 Schlüsselbereich Leadership

Im Bereich „Leadership“ geht es darum, ausreichend viele Personen zu finden, die bereit sind, für das Thema Health Impact Assessment Verantwortung zu übernehmen.

In Hinblick auf den notwendigen **klaren Auftrag** (z. B. einen Ministerratsbeschluss) zur Implementierung von HIA und die dazugehörige Entscheidung über die Verantwortlichkeit(en) auf Bundesebene sind die **relevanten Entscheidungsträger/innen** auf Bundesebene **mit HIA vertraut zu machen** und vom Nutzen von HIA zu überzeugen. Dieser Nutzen soll durch die Aufbereitung internationaler Erfahrungen und der Pilotprojekte fassbar gemacht werden. Die Koppelung von HIA mit aktuellen politischen Themen (z. B. Entwicklung von Gesundheitszielen, Klimaschutz, demografische Entwicklung, Europäisches Jahr zur Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung) soll ebenfalls der Bewusstseinsbildung bei den angestrebten „Leadership“-Personen dienen.

In Hinblick auf Beauftragung und Durchführung von HIA gilt es, pro relevanter Institution (zu Beginn auf Bundesebene, später auch auf Landesebene) zumindest eine Person zu finden, zu schulen und mit der Zuständigkeit „HIA“ zu betrauen („HIA-Beauftragte/r“). Diese HIA-Beauftragten sollten – wie z. B. in der Schweiz – eine interministerielle Arbeitsgruppe bilden, um die intersektorale Zusammenarbeit im Themenbereich HIA zu entwickeln und zu befördern. Wie die Interviews gezeigt haben (vgl. Abschnitt 2.3), ist die intersektorale Zusammenarbeit zwar noch nicht durchgängiger Standard, wird aber in einzelnen Bereichen bereits praktiziert (Beispiele: Erarbeitung der Standards für die Öffentlichkeitsbeteiligung, Entwicklung eines Aktionsplans zur Nanotechnologie, Kinder-Umwelt-Gesundheitsplan Österreich).

Nach Einführung soll sich HIA als „bessere“ Praxis der Entscheidungsfindung nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf regionaler Ebene etablieren. Dazu muss bei allen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik relevanten Entscheidungsträgerinnen und -trägern auf Landesebene der Begriff HIA bekannt gemacht und positiv verankert werden. So wie auf Bundesebene sind dann auch auf Landesebene „HIA-Beauftragte“ vonnöten.

3.3.5 Schlüsselbereich Partnerschaften

Im Schlüsselbereich Partnerschaften geht es zum einen darum, bereits bestehende HIA-„Kapazitäten“ zusammenzubringen und zu vernetzen, zum anderen ein gemeinsames Bild und gemeinsame Zielvorstellungen zur Etablierung von HIA in Österreich zu entwickeln.

Am Ende der ersten Phase „Bewusstseinsbildung“ soll daher ein österreichisches HIA-Netzwerk bestehen mit gemeinsam formulierten Zielen und einer gemeinsam beschlossenen Definition von HIA für Österreich. Dieses Netzwerk soll in bestehende internationale HIA-Netzwerke eingebunden sein und bis Ende 2015 zumindest eine Konferenz zum Thema HIA durchgeführt haben. Bei Einführung von HIA in Österreich sollte das Netzwerk Statuten und Kooperationsvereinbarungen erarbeitet und abgestimmt haben. Universitäten und Fachhochschulen sollten in Hinblick auf Erfahrungsaustausch sowie bei der Erforschung von HIA eingebunden sein. Während der Implementierung von HIA bis zur Institutionalisierung gilt es, das Netzwerk auszubauen und zu stabilisieren.

Zusammenfassend werden in Tabelle 3.2 Ziele und Strategien nach Schlüsselbereichen und Phasen dargestellt. Pfeile symbolisieren die Fortführung und Vertiefung von Strategien.

Tabelle 3.2: Etablierung von HIA in Österreich – Ziele nach Phasen („Stages of organisational change“) und Schlüsselgebieten (Übersicht)

Phase / Schlüsselbereiche	Bewusstseinsbildung (Awareness) Ende 2015 gibt es ...	Einführung (Adoption) Ende 2016 ...	Umsetzung (Implementation) Ende 2020 gibt es ...	Institutionalisierung (Institutionalization) Ab 2021 ...
Ziel der Phase	Ein gemeinsames Verständnis von HIA und Einsicht in Nutzen und Einsatzmöglichkeiten von HIA ist eine notwendige Voraussetzung für die Einführung von HIA. Beides wird bei den unterschiedlichen Beteiligten und auf den verschiedenen Ebenen in unterschiedlicher Intensität und Dauer zu entwickeln sein, wobei zu Beginn der Fokus auf die Bundesebene zu legen ist. Bewusstseinsbildung für HIA ist in allen Phasen fortzuführen.	Am Ende einer (relativ kurzen) Einführungsphase (die idealerweise bereits während der ersten Phase beginnt) steht ein klarer Auftrag zur Umsetzung von HIA.	In der Implementierungsphase soll sich der Einsatz von HIA von der Bundes- auf (zumindest) die Länderebene ausweiten. Durch Training und Durchführung von HIA in allen Sektoren wird breite Erfahrung mit der Anwendung von HIA gewonnen.	In dieser Phase etabliert sich HIA in Österreich als Routineinstrument („HIA mainstreaming“). Die in den Vorphasen etablierten Strukturen und Prozesse verfestigen sich.
Organisationsentwicklung (Organisational development)	<ul style="list-style-type: none"> » eine HIA-Support-Unit bei der GÖG » eine HIA-Homepage » einen HIA-Newsletter (4x/Jahr) » ein Detailkonzept für die Einführungsphase 	<ul style="list-style-type: none"> » ist die GÖG-HIA-Support-Unit als zentrale Anlaufstelle installiert » gibt es ein Detailkonzept für die Implementierung 	<ul style="list-style-type: none"> » HIA-Support-Units auf Länderebene » ein Detailkonzept für die Institutionalisierung 	<ul style="list-style-type: none"> » gibt es HIA-Support-Units auch im Verwaltungs- und Bildungsbereich » Ist die Hauptverantwortung für HIA auf Bundesebene abgesichert » Ist HIA im Haushaltsrecht verankert

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2

Phase / Schlüsselbereiche	Bewusstseinsbildung (Awareness) Ende 2015 gibt es ...	Einführung (Adoption) Ende 2016 ...	Umsetzung (Implementation) Ende 2020 gibt es ...	Institutionalisierung (Institutionalization) Ab 2021 ...
Personalentwicklung (Workforce development)	<ul style="list-style-type: none"> » regelmäßige HIA-Trainings (veranstaltet durch die HIA-Support-Unit) einen deutschsprachigen HIA-Leitfaden » zumindest zwei durchgeführte und evaluierte Pilot-HIA » die Integration von HIA in Curricula verschiedener gesundheitswissenschaftlicher Ausbildungen » eine/n HIA-Geschulte/n pro Bundesministerium 	<ul style="list-style-type: none"> » wurden die HIA-Trainings ausgeweitet » wurde der HIA-Leitfaden adaptiert » wurde die Durchführung von HIA in anderen Sektoren geprüft (im Sinne eines Screening) » ist deren Anzahl gestiegen 	<ul style="list-style-type: none"> » gibt es eine Vielfalt/Ausdifferenzierung der HIA-Trainings » ausdifferenzierte HIA-Leitfäden (auf Basis des erhobenen Bedarfs) » (zumindest ein) durchgeführtes HIA in jedem relevanten Sektor » HIA als fixen Bestandteil relevanter Curricula » HIA-Geschulte auch auf regionaler Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> » » » » »
Ressourcenwidmung (Resource allocation) Ressourcen sind: Geld, Personal – mit entsprechend gewidmeten Zeiträumen – , aber auch Wissen <i>(dies zu kommunizieren ist Aufgabe der Support-Unit)</i>	<ul style="list-style-type: none"> » gibt es ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen für die HIA-Support-Unit und die Einführung von HIA » HIA-Trainings im Bereich der geförderten Ausbildungen der Ministerien » eine Förderschiene für HIA-Projekte 	<ul style="list-style-type: none"> » HIA-Trainings werden Teil der Grundausbildung der Ministerien » wurde ein „Learning-by-doing“-Fonds eingerichtet » wurden Wissensressourcen (HIA-Forschung) auf- und ausgebaut 	<ul style="list-style-type: none"> » HIA-Trainings im Bereich der geförderten Ausbildungen der Länder » daraus eine Finanzierung für HIA-Projekte 	<ul style="list-style-type: none"> » » »

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2

Phase / Schlüsselbereiche	Bewusstseinsbildung (Awareness) Ende 2015 gibt es ...	Einführung (Adoption) Ende 2016 ...	Umsetzung (Implementation) Ende 2020 gibt es ...	Institutionalisierung (Institutionalization) Ab 2021 ...
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> » auf Bundesebene keine politischen Entscheidungsträger/innen, denen HIA unbekannt ist » eine positive Verankerung/Konnotation des Begriffs HIA bei möglichst vielen relevanten politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern (auf Bundesebene) » gibt es eine/n HIA-Beauftragte/n pro relevanter Institution (auf Bundesebene) » die Vorbereitung eines Ministerratsbeschlusses zur Einführung von HIA in Österreich 	<ul style="list-style-type: none"> » beteiligen sich (relevante) politische Entscheidungsträger/innen (der Bundesebene) aktiv an der HIA-Einführung (Mitarbeit in Lenkungsausschüssen, Teilnahme an Konferenzen) » sind diese HIA-Beauftragten vernetzt; z. B. in interministeriellen Arbeitsgruppen, HIA-„Forum“ » gibt es einen Ministerratsbeschluss zu HIA 	<ul style="list-style-type: none"> » eine positive Verankerung/Konnotation des Begriffs HIA bei möglichst vielen politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern auf Landesebene » gibt es eine/n HIA-Beauftragte/n pro relevanter Institution auf Länderebene » gibt es entsprechende Beschlüsse auf Länderebene (z. B. i. R. einer Art.-15a-Vereinbarung) 	<ul style="list-style-type: none"> » eine positive Verankerung/Konnotation des Begriffs HIA bei möglichst vielen politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern auf Landesebene » gibt es eine/n HIA-Beauftragte/n pro relevanter Institution auf Länderebene » gibt es entsprechende Beschlüsse auf Länderebene (z. B. i. R. einer Art.-15a-Vereinbarung) » eine österreichische HIA-Gesellschaft
Partnerschaften	<ul style="list-style-type: none"> » ein österreichisches HIA-Netzwerk » eine international aktive HIA-Support-Unit » mindestens eine HIA-Konferenz » ein einheitliches Bild von HIA in Österreich 	<ul style="list-style-type: none"> » hat das Netzwerk klare, formalisierte Strukturen, ein Prozedere, z. B. durch Kooperationsvereinbarungen » etablieren sich jährliche HIA-Konferenzen 	<ul style="list-style-type: none"> » eine österreichische HIA-Gesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> » eine österreichische HIA-Gesellschaft

Quelle: CÖG-ÖBIG-eigene Darstellung

3.4 Phase der Bewusstseinsbildung im Detail

Wie bereits ausgeführt, konnten im Zuge der Konzeptentwicklung nicht alle Phasen detailliert geplant werden, da die Strategien und Maßnahmen der Folgephasen von den Ergebnissen und Ereignissen der Vor-Phase abhängen. Im Folgenden wird daher auf die erste Phase (2010–2015) näher eingegangen, insbesondere auf die Aufgaben der HIA-Support-Unit. Da sich deren Aufgaben über alle fünf Schlüsselbereiche erstrecken, erfolgt bei der Darstellung der Maßnahmen dieser Phase keine Unterscheidung mehr nach Schlüsselbereichen (vgl. Tabelle 3.3).

Bewusstseinsbildung zu Ziel und Nutzen von Health Impact Assessment als wesentlicher Bestandteil einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (Health in All Policies) ist das Ziel dieser Phase, um HIA erfolgreich einführen zu können.

Zielgruppen in der ersten Phase sind die politischen Entscheidungsträger/innen auf Bundesebene, (leitende) Mitarbeiter/innen in den Ministerien sowie die Public-Health-Community und andere bereits an HIA interessierte Personen oder Organisationen.

Zentrales Element für die Planung und Durchführung aller notwendigen Maßnahmen ist die HIA-Support-Unit. Die Aufgaben dieser Phase umfassen:

(a) Pilotprojekte durchführen, dokumentieren und evaluieren (2010–2015)

Sämtliche internationalen Erfahrungen zeigen, dass man HIA nicht in der Theorie, sondern nur in der Praxis „lernen“ kann. Eine weitere Empfehlung für Pilotprojekte lautet: „Think big, start small.“ Deshalb wurde auch als eine Rahmenbedingung formuliert, dass man sich bei der Einführung von HIA in Österreich einerseits auf die Bundesebene, andererseits auf politische Vorhaben (keine Projekt-HIA) beschränken soll. Das heißt z. B., dass eine nationale Beschäftigungsstrategie ein potenzielles HIA-Thema zu Beginn wäre, ein konkretes Arbeitsintegrationsprojekt aber nicht.

Bei der Festlegung der Themen für die Pilotprojekte sollten folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- » Das Thema sollte (auf Bundesebene) aktuell, aber nicht zu kontroversiell und nicht zu komplex sein.
- » Das Thema soll die Möglichkeit bieten, HIA exemplarisch „durchzuspielen“, das heißt, es soll sich nicht nur um desk-top-basierte Health Impact Assessments handeln, sondern es sollte auch die Möglichkeit bieten, Öffentlichkeitsbeteiligung zu erproben.

- » Das Thema sollte intersektoral (d. h. außerhalb des Gesundheitswesens) angesiedelt sein und sich im Planungsstadium befinden (prospektives HIA).
- » Es sollte genügend Zeit vorhanden sein, um die positiven und negativen Gesundheitseffekte abzuschätzen und darzustellen. Gleiches gilt für die Identifikation von davon betroffenen Bevölkerungsgruppen.
- » Teil dieser ersten exemplarischen HIA sollte auch eine ökonomische Evaluierung sein. Zum einen, um sich in der Methodik zu üben, zum anderen aber auch, um die damit verbundenen Kosten sichtbar zu machen.
- » Ebenfalls inkludiert werden sollte eine breite Diskussion über Alternativszenarios und gegebenenfalls Opportunitätskosten.

Die Erfahrungen während und aus den Pilotprojekten sind die Basis für alle Maßnahmen der Bewusstseinsbildung. Zu den Aufgaben der HIA-Support-Unit gehören dabei die Auswahl, Initiierung, (Begleitung der) Durchführung und Evaluierung von mindestens zwei Pilotprojekten in Kooperation mit dem relevanten Sektor (das ist jener, in dessen Bereich das HIA-Thema gehört). Das Gesundheitsministerium ist das maßgebliche Ressort in der Phase der Bewusstseinsbildung, es muss Motor der Einführung von HIA sein. Empfohlen wird allerdings, für die Pilot-HIA Themen aus anderen Sektoren auszuwählen, um die intersektorale Zusammenarbeit erproben zu können.

(b) Informationsmaterial erstellen (2010/2011)

Zu den ersten Maßnahmen gehört es, Informationsmaterial zielgruppenspezifisch zu erstellen und zu verbreiten. Dazu zählt vorab eine gemeinsame Definition von HIA auf Basis der in diesem Konzept vorgestellten Definition (vgl. Abschnitt 3.1). Im Informationsmaterial müssen Ziel und Nutzen von HIA (sowohl in politischer als auch in ökonomischer Hinsicht) beschrieben werden – zu Beginn auf Basis internationaler Erfahrungen, nach Durchführung der Pilotprojekte können auch österreichische Erfahrungen einfließen.

Ergebnis der Pilotprojekte soll auch ein österreichischer HIA-Leitfaden sein, in dem Theorie und Anwendung von HIA in Österreich beschrieben und erläutert werden („HIA-Guide“ für Österreich).

(c) Kommunikation zum Thema HIA

Ein wesentliches Element der Bewusstseinsbildung ist die Kommunikation zum Thema HIA. Dazu bedarf es zu Beginn einer Umfeldanalyse, auf deren Basis ein Kommunikationskonzept zu erstellen ist (2010). Ebenfalls bereits 2010 soll eine HIA-Website installiert sein. Spätestens ab 2011 soll es einen regelmäßig erscheinenden HIA-

Newsletter geben. Die Website in den definierten Zielgruppen bekannt zu machen und den Verteiler für den HIA-Newsletter zu erstellen und laufend zu erweitern, gehört ebenfalls zu den Aufgaben der HIA-Support-Unit.

Zur effizienten Gestaltung der Kommunikationsarbeit wird es notwendig sein, Expertise bezüglich Marketing, Lobbying und PR in der HIA-Support-Unit zu erarbeiten oder in die Unit zu holen.

Ein besonderer Aspekt der Kommunikationsarbeit ist die strategische Kommunikation auf politischer Ebene und der Ebene der Ministerien. Dazu werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- » Einrichtung eines HIA-Lenkungsausschusses: In diesen sollten die wesentlichen Entscheidungsträger/innen für die Einführung von HIA eingebunden sein, und dort sollen die grundsätzlichen Weichenstellungen zur Etablierung von HIA getroffen werden.
- » Aktuelle politische Themen, die zur Kopplung mit HIA geeignet sind, sollen identifiziert und der Dialog mit deren Proponenten gesucht werden (2010): Z. B. sollte der Gesundheitsziele-dialog als Vehikel für HIA genutzt werden (2010/11); Diskussionen/Maßnahmen/Berichte zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sind ebenfalls für das Thema HIA nutzbar (Armutbericht, Sozialbericht, Armuts-konferenz ...).
- » Lobbying für HIA bei Schlüsselpersonen (in BMG, SVT, AK, Medien ...) (laufend).
- » Existierende Foren für Kommunikation und Lobbying nutzen (AGSV, BGK, OSR, Landessanitätsdirektorenkonferenz, ÖROK ...).
- » Anhand internationaler und in der Folge österreichischer Fallbeispiele (insbeson-dere Pilot-HIA) ist der Nutzen von HIA für politische Entscheidungsträger/innen zu vermitteln.
- » Impact der Awarenessphase messen (Evaluierung): Um zu wissen, wie erfolgreich die Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung sind, soll laufend der Impact gemessen werden. Zu Beginn der Phase ist ein entsprechendes Konzept zu entwickeln.

(d) Schulungs- und Trainingsaktivitäten

Entsprechend den Zielen, dass es bis Ende 2015 dem internationalen Standard ent-sprechende bedarfsorientierte, regelmäßig stattfindende nationale Trainings für HIA geben soll und HIA Teil des Ausbildungscurriculums einschlägiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen an Fachhochschulen und Universitäten sein soll, sind von der HIA-Support-Unit geeignete Maßnahmen zu setzen. Dazu gehören:

- » Entwickeln eines Trainingsprogramms für HIA, das über existierende Bildungs-netzwerke angeboten werden soll (z. B. FGÖ-Bildungsnetzwerk, Verwaltungs-akademie),

- » Identifizieren relevanter Ausbildungen und ihrer Anbieter, Erheben des Ist-Stands bezüglich HIA-Berücksichtigung, Erarbeiten von Rahmencurricula für HIA und Einbringen von HIA in Curricula (insb. FH- und Universitätslehrgänge),
- » Internship von mindestens zwei Personen aus der HIA-Support-Unit in etablierten HIA-Units im Ausland.

(e) Entwicklung von HIA-Strukturen in den Ministerien

Bereits zum Zeitpunkt der Einführung von HIA sollte es in allen Ministerien zumindest eine Person geben, die für HIA im eigenen Ressort zuständig ist („HIA-Beauftragte/r“) und entsprechende Trainings und Schulungen absolviert hat. Die HIA-Beauftragten sollten Vorhaben und Pläne des eigenen Ressorts auf „HIA-Tauglichkeit“ sichten und beurteilen sowie die intersektorale Zusammenarbeit unterstützen und befördern. Aufgabe der HIA-Support-Unit ist es, den Prozess des Findens von HIA-Beauftragten zu unterstützen und geeignete Trainings- und Ausbildungsmöglichkeiten anzubieten.

(f) Aktivitäten zur Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene

Zu den Aufgaben der HIA-Support-Unit gehört es auch, ab 2010 auf Basis der Umfeldanalyse ein österreichisches HIA-Netzwerk aufzubauen und sich auch international zu vernetzen. Diese Aktivitäten sind laufend über alle Phasen fortzusetzen. Konkrete Aufgaben der Unit in diesem Zusammenhang sind:

- » Etablieren eines wissenschaftlichen HIA-Beirats,
- » Definition verschiedener Typen von Partnerschaften/Netzwerkpartnern (Kooperation, Information, potenzielle HIA-Auftraggeber, Multiplikatoren fürs Thema, z. B. Medien ...) und Identifikation dazu notwendiger Gruppen (z. B. ÖGPH, civil society, öffentliche Verwaltung in- und außerhalb des Gesundheitswesens, potenzielle HIA-Durchführende und Auftraggeber),
- » Sichtbarmachen und Kommunizieren der Prinzipien und Methoden von HIA für die verschiedenen Typen und Gruppen von Partnern,
- » Konsensbildung mit Gesundheitsbehörden in Hinblick auf Einführung von HIA,
- » An-Bord-Holen von Public-Health- und Gesundheitsförderungs-Community (2010),
- » Durchführen eines GÖG-Symposiums (gemeinsam mit ÖGPH und internationalem Key Speaker) (Ende 2010/Anfang 2011),
- » Durchführen von Veranstaltungen gemeinsam mit Partnern außerhalb des Gesundheitssektors (z. B. ÖROK),
- » Suchen von Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Verwaltungsbereichen,
- » Einklinken in internationale Netzwerke, um diese für die Etablierung von HIA in Österreich zu nutzen.

(g) Langfristiger Entwicklungsplan (inkl. Geschäftsplan) der HIA-Support-Unit und Finanzierungsplan für HIA-Projekte

2012 soll ein langfristiger Entwicklungsplan für die HIA-Support-Unit erarbeitet und in der Folge mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmt werden (spätestens 2014). Im Rahmen dessen ist auch ein Finanzierungsplan für HIA-Projekte zu erstellen.

(h) Detailkonzept (inkl. Ressourcen) für Einführungsphase

Aufgrund einer Bestandsanalyse und laufenden Evaluierung der ersten Phase ist gegen Ende der ersten Phase das Detailkonzept für die Einführung zu erarbeiten und abzustimmen. Bei Einführung von HIA sollten auch potenzielle Finanziers außerhalb des BMG gefunden und angesprochen werden.

Nachstehend werden die vorgeschlagenen Maßnahmen der ersten Phase tabellarisch zusammengefasst und mit einer ersten zeitlichen Positionierung bzw. Ausdehnung schematisch dargestellt. Wann genau welche Maßnahme in Angriff genommen werden kann bzw. soll, ist mit dem Auftraggeber noch abzuklären. Es können sich daher Änderungen in der zeitlichen Abfolge ergeben.

Tabelle 3.3:
Übersicht über die Aufgaben der HIA-Support-Unit in der Phase
der Bewusstseinsbildung

Aufgaben	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pilotprojekte	[Bar chart showing continuous activity from 2010 to 2015]					
<ul style="list-style-type: none"> • Themenauswahl • Durchführung • Aufarbeitung • Evaluierung 	[Detailed bar chart for Pilotprojekte tasks]					
Informationsmaterial erstellen	[Bar chart showing activity from 2010 to 2013]					
<ul style="list-style-type: none"> • Auf Basis internationaler Erfahrungen • Integration der Erkenntnisse aus Pilotprojekten • HIA-Leitfaden 	[Detailed bar chart for Informationsmaterial erstellen tasks]					
Kommunikation	[Bar chart showing activity from 2010 to 2015]					
<ul style="list-style-type: none"> • Umfeldanalyse und Kommunikationskonzept • HIA-Website • HIA-Newsletter • HIA-Lenkungsausschuss • Veranstaltungen, Konferenzen etc. 	[Detailed bar chart for Kommunikation tasks]					
Schulung und HIA-Trainings	[Bar chart showing activity from 2010 to 2015]					
<ul style="list-style-type: none"> • Konzept erstellen • Trainings in unterschiedlichen Bildungseinrichtungen bzw. -netzwerken anbieten 	[Detailed bar chart for Schulung und HIA-Trainings tasks]					
Integration von HIA in Ausbildungen/Curricula	[Bar chart showing activity from 2011 to 2013]					
<ul style="list-style-type: none"> • Ist-Analyse • Rahmencurricula erarbeiten • In Curricula einbringen 	[Detailed bar chart for Integration von HIA in Ausbildungen/Curricula tasks]					
HIA-Strukturen in Ministerien etablieren und vernetzen	[Bar chart showing activity from 2011 to 2015]					
Vernetzung national und international	[Bar chart showing activity from 2010 to 2015]					
Langfristiger Entwicklungsplan	[Bar chart showing activity from 2012 to 2014]					
<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung • Abstimmung mit BMG 	[Detailed bar chart for Langfristiger Entwicklungsplan tasks]					
Detaillkonzepte	[Bar chart showing activity from 2010 to 2015]					
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplan für Folgejahr • für Einführungsphase 	[Detailed bar chart for Detaillkonzepte tasks]					
Impact der Awarenessphase messen	[Bar chart showing activity from 2010 to 2015]					
<ul style="list-style-type: none"> • Konzept • Messungen • Bericht 	[Detailed bar chart for Impact der Awarenessphase messen tasks]					

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

4 HIA: Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Health Impact Assessment ist ein wesentliches Werkzeug zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Die Einführung dieses komplexen Instrumentes bedarf einer ausgiebigen Phase der Bewusstseinsbildung, um alle relevanten Akteure (politische Entscheidungsträger/innen, potenzielle Auftraggeber und Durchführende) von dessen Sinn und Nutzen zu überzeugen. Dabei soll der Fokus zuerst auf den Gesundheitsbereich als dem „impulsgebenden“ Fachbereich der Bundespolitik gelegt werden. Andere Sektoren sollen sukzessive – je nach Anschlussfähigkeit, Bereitschaft und/oder vorhandenen Vorerfahrungen – in die Einführung und Etablierung von HIA mit einbezogen werden.

Sollte eine frühere Einführung von HIA gewünscht oder erforderlich sein, so ist auf jeden Fall darauf zu achten, dass die Maßnahmen der Bewusstseinsbildung parallel zur Einführung weitergeführt werden, da diese unbedingt notwendig sind, um HIA breit zu verankern und zu institutionalisieren.

Um den Nutzen von HIA anhand konkreter Beispiele auch aus Österreich aufzeigen zu können, ist die Durchführung von Pilotprojekten ein wichtiger erster Schritt. Bezüglich erster Pilot-HIA wird empfohlen, dass Vorhaben gewählt werden, die nicht zu komplex und/oder zu kontroversiell sind, bei denen aber die Eckpunkte von HIA (Ablaufphasen, Partizipation, prospektiv, intersektoral etc.) strikt eingehalten und somit erprobt werden können. Deshalb wird vorgeschlagen, dass die Erprobung und Einführung des Instrumentes HIA sich auf „Policies“ und auf die Bundesebene beschränkt. Erst bei Implementierung von Health Impact Assessment soll die Ausweitung auf die regionale Ebene gezielt gefördert und ein möglicher Einsatz von HIA über die Policy-Ebene hinaus bei Programmen oder Projekten geprüft werden.

Health Impact Assessment verlangt u. a. intersektorale Zusammenarbeit, Transparenz und Partizipation. Diese Erfordernisse sind in manchen Fachbereichen mehr oder weniger gelebte Praxis (z. B. im Bildungs- und Umweltbereich oder im Arbeitnehmerschutz), in anderen Fachbereichen auf Bundesebene jedoch noch nicht. Es wird empfohlen, HIA „von oben“ einzuführen, das heißt, es bedarf eines klaren Bekenntnisses und Auftrages zur Einführung von Health Impact Assessment, z. B. in Form eines Ministerratsbeschlusses. Gleichzeitig ist bei den (leitenden) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Ministerien Bewusstsein für Ziel und Nutzen des Instrumentes herzustellen. Die Einführung von HIA ist außerdem strukturell abzusichern, z. B. in Form von „HIA-Beauftragten“, analog zu Gender-Mainstreaming-Beauftragten. Durch die fachliche Aufbereitung von Materialien und die Unterstützung durch die HIA-Support-Unit soll die Akzeptanz „von unten“ gesichert werden. Zudem ist eine Abstimmung mit

anderen Assessments, insbesondere der Strategischen Umweltprüfung (SUP), vorzusehen, um Synergien zu nutzen bzw. Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

Die Etablierung von Health Impact Assessment muss gezielt und in Phasen erfolgen: Auf die Phase der Bewusstseinsbildung, für die fünf Jahre veranschlagt werden, soll die „offizielle“ Einführung, z. B. durch einen Ministerratsbeschluss, erfolgen. Die darauffolgende Implementierungsphase dient der Absicherung und Verbreitung des Instruments (sowohl thematisch als auch regional). Spätestens ab 2021 sollte HIA institutionalisiert, d. h. zum Routineinstrument geworden sein. In allen vier Phasen sind Maßnahmen in den fünf Schlüsselbereichen zu setzen: Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Ressourcenwidmung (finanziell, personell, Wissen), Partnerschaften und Leadership.

Zentrales erstes Element ist die Gründung einer HIA-Support-Unit. Diese Einheit soll die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen bündeln und die erforderlichen Maßnahmen der Bewusstseinsbildung planen, initiieren und teilweise durchführen. Aufgrund ihrer Stellung im österreichischen Gesundheitssystem, ihres gesetzlichen Auftrags und der vielfältig vorhandenen Kompetenzen ist die Gesundheit Österreich GmbH als nationales Forschungs- und Planungsinstitut gut dafür geeignet, diese zentrale Anlaufstelle für HIA in Österreich zu sein.

Bezüglich der Kosten muss zwischen externen und internen Kosten unterschieden werden. Langfristig sollten die internen Kosten gering sein, da HIA als Routineaufgabe in den Ministerien verankert werden soll. Es ist jedoch darauf zu achten, HIA tatsächlich als Aufgabe zu definieren und entsprechende Zeitressourcen vorzusehen. Die Kosten für die Durchführung eines Health Impact Assessments sollten in den einzelnen Vorhaben bereits berücksichtigt werden. Externe Kosten werden vor allem für die HIA-Support-Unit und ggf. für externe Expertisen anfallen. Empfohlen wird die Einrichtung eines HIA-Learning-by-doing-Fonds bei Einführung und Implementierung von HIA, da zu diesem Zeitpunkt die meisten Vorhaben und Programme die Kosten für ein Health Impact Assessment noch nicht berücksichtigt haben werden.

Für den politischen Diskurs zur Einführung von HIA sollten aktuelle politische Themen und Anliegen genutzt werden. So könnten beispielsweise absehbare Ressortstrategien wie die Arbeitsschutzstrategie 2007–2012 als „window of opportunity“ für die Bewusstseinsbildung genutzt werden. Ein weiterer Ansatzpunkt für die Einführung von HIA stellt die im Rahmen des Haushaltsrechts zukünftig geforderte Wirkungsorientierung dar. Gesundheit der Bevölkerung bzw. spezieller Bevölkerungsgruppen sollte sich – neben den gendermäßigen Auswirkungen von Gesetzen – ebenfalls als zu betrachtender Wirkungsfaktor etablieren. Umgekehrt kann die Erprobung von HIA ein Anwendungsbeispiel für die 2008 per Ministerratsbeschluss eingeführten „Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung“ darstellen.

Bibliografie

Abrahams, Debbie; den Broeder, Lea; Doyle, Cathal; Fehr, Rainer; Haigh, Fiona; Mekel, Odile; Metcalfe, Owen; Pennington, Andy; Scott-Samuel, Alex (2004): Policy Health Impact Assessment for the European Union: Final Projekt Report. www.publichealth.ie/files/file/EPHIA_final_project_report.pdf (15. 12. 2009)

Abrahams, Debbie; Pennington, Andy; Scott-Samuel, Alex (2004): Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in the United Kingdom. O. O.

Amtsblatt EU (2009a): Amtsblatt der Europäischen Union L53/41, 52. Jahrgang, 26. Februar 2009

Amtsblatt EU (2009b): Amtsblatt der Europäischen Union L340/1, 52. Jahrgang, 22. Dezember 2009

Arbter, Kerstin (2005): SUP-Erfahrungen aus der österreichischen Praxis. Paper für den ARGE Alpen-Adria Workshop zur SUP am 7. Juni 2005 in Pörtschach am Wörthersee. http://www.arbter.at/pdf/Arbter_SUP_Erfahrungen_A_Praxis_publi.pdf (15. 12. 2009)

Arbter, Kerstin; Platzer-Schneider, Ursula (2005): Nicht überall ganz pünktlich, vielfältig und zurückhaltend – die Umsetzung der SUP-Richtlinie in Österreich. The Austrian Transposition of the SEA Directive. UVP-report 19 (1), 2005, 20-22

Arbter, Kerstin (2007): Fact Sheet „SUP am runden Tisch“. http://www.arbter.at/pdf/arbter_at_fact_sheet_SUP_Erfolgsfaktoren_1001.pdf (15. 12. 2009) Banken, Reiner (2001): Strategies for institutionalizing HIA. ECHP Health Impact Assessment Discussion Papers, Nr. 1. WHO European Centre for Health Policy. Brüssel. <http://www.euro.who.int/Document/E75552.pdf> (15. 12. 2009)

Banken, Reiner (2006): HIA of policy in Canada. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 165-175

Barnes, Ruth; Scott-Samuel, Alex (2000). Health Impact Assessment. A ten minute guide. www.southeast-ra.gov.uk/documents/committees/healthy_region_forum/2001/200601/Agenda_item_6.PDF (15. 12. 2009)

Birgmann, Richard; Peböck, Markus; Reif, Martin (2008): Gesundheitsbericht Linz 2008. Institut für Gesundheitsplanung. Linz

BKA; BMFLUW (Hg.) (2009): Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis. Bundeskanzleramt und Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Wien

Blau, Julia; Ernst, Kelly; Wismar, Matthias; Baro, Franz; Gabrijelcic Blenkus, Mojca; von Bremen, Konrade; Fehr, Rainer; Gulis, Gabriel; Kauppinen, Tapani; Mekel, Odile; Nelimarkka, Kirsi; Pertillä, Kerttu; Scagnetti, Nina; Sprenger, Martin; Stegeman, Ingrid; Welteke, Rudolf (2007): The use of HIA across Europe. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 37–55

BMsSG (Hg.) (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien; http://www.goeg.at/media/download/berichte/Soziale_Ungleichheit.pdf (15. 12. 2009)

BMF (2009): Diskussionspapier Wirkungsorientierte Haushaltsführung. Handbuch, Stand April 2009. Bundesministerium für Finanzen. Wien

BMFLUW (2006): Masterplan Radfahren – Strategien zur Förderung des Radverkehrs in Österreich. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Wien

BMUKK (2009): Empfehlungen für gelungene schulische Tagesbetreuung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien

Bowen, Caron (2004): HIA and the policy development in London: using HIA as a tool to integrate health considerations into strategy. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 235–242

Breeze, Ceri; Kemm, John (2000): The health potential of the Objective 1 Programme for West Wales and the Valleys. A preliminary health impact assessment. Health Promotion Division, The National Assembly for Wales

Breeze, Ceri (2004): The experience of HIA in Wales. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 201–211

den Broeder, Lea; Penris, Manon; Put, Gerard Varela (2003). Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment – an example from the Netherlands. In: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6), 404–407

den Broeder, Lea (2004): Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in the Netherlands. O. O.

CSDH (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva

Commission of the European Communities (1997): Consolidated version of the Treaty establishing the European Community. In: Official Journal, C340, Commission of the European Community, Brussels, 173–308

Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies. Stockholm

Dannenberg, Andrew L.M; Bhatia, Rajiv; Cole, Brian L.; Heaton, Sarah K.; Feldman; Jason D.; Rutt, Candace D. (2008): Use of Health Impact Assessment in the U.S., 27 Case Studies, 1999–2007. In: Am J Prev Med 2008; 34 (3); 241–256

Donker, Marianne; Keverling, Marjolein; Voorham, Toon (2009): Dealing with the devil? From single issue to comprehensive impact assessment. HIA-Conference On the move!, 14. bis 16. Oktober 2009, Rotterdam

Douglas, Margaret; Muirie, Jill (2004): HIA in Scotland. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 191–199

Doyle, Cathal; Metcalfe, Owen (2004): Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in Ireland. O. O.

ECHP (1999): Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. WHO Regional Office for Europe. Brussels

EPHIA (2004): European Policy Health Impact Assessment. A Guide.
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf (15. 12. 2009)

European Centre for Health Policy (1999): Gothenburg Consensus Paper. World Health Organisation & European Centre for Health Policy. December 1999

European Commission (2009): Impact Assessment Guidelines. January 2009.
http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key_docs/iag_2009_en.pdf
(15. 12. 2009)

Francis, S.; Elliott, Eva (2004): Health Impact Assessment in Wales. Its impacts on skills, knowledge and action. Cardiff University and National Assembly for Wales. Cardiff

Gabrijelcic–Blenkus, Mojca; Scagnetti, Nina (2007): Using intersectoral networks towards the adoption of the Common Agricultural Policy: an HIA on the Food and Nutrition Action Plan in Slovenia. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision–making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 137–146

Gagnon, France; Michaud, Mélanie (2008): Health Impact Assessment und Public Policy Formulation. Series Transfer of Knowledge. Groupe d' étude sur les politiques publiques e la santé. November 2008. Québec

Geiger, Harald (2010): Health Impact Assessment „Kindergärten als Familientreffpunkte“. Der Versuch einer Bewertung der Gesundheitseffekte des Sozialprojektes „Kindergärten als Familientreffpunkte“ der Stadt Dornbirn in Form eines Health Impact Assessments (HIA). Gesundheitswissenschaften Papers 23. OÖ Gebietskrankenkasse. Linz

GEPPS (2008): Health Impact Assessment and Public Policy Formulation. Québec

Green, Geoff; Cromar, Peter; Whittle, Sue; Greig, Sue (2004): Health Impact Assessment in Yorkshire and the Humber Region. Yorkshire and Humber Public Health Observatory. Sheffield

greenspace scotland (2008): Health Impact Assessment of greenspace. A Guide. Health Scotland, greenspace Scotland, Scottish Natural Heritage and Institute of Occupational Medicine. Stirling

Haigh, Fiona; Mekel, Odile (2004): Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in Germany. O. O.

Harris, Elizabeth; Simpson, Sarah (2003): NSW Health Impact Assessment Project, Phase 1 Report. Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE), University of NSW. Sydney

Harris, Elizabeth; Harris-Roxas, Ben (2008): HIA at the Crossroads. Are we ready for the unanticipated impacts of success? An Australian Perspective. 10th International Health Impact Assessment Conference, 9–10 October 2008, Liverpool, England

Harris, Patrick; Harris-Roxas, Ben; Kemp, Lynn (2007): Health Impact Assessment: A Practical Guide, Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE), Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW, Sydney

Health Canada (2004): Canadian Handbook on Health Impact Assessment. Volume 1: The Basics. November 2004. Ottawa

Hilding-Rydevik, Tuija; Vohra, Salim; Ruotsalainen, A. rto Pettersson Åsa; Pearce, Nicola; Breeze, Ceri; Hrnarova, Maria; Lieskovska, Zuzana; Paluchova, Katarina; Thomas, Lynnette, Kemm, John (o.J.): Health Aspects in EIA. IMProving the IMPLementation of Environmental IMPact Assessment (IMP)3. D 2.2 Report WP 2. Österreichisches Institut für Raumplanung. Wien

Hyssälä, Liisa (2006): Preface. In: Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, xv–xvi

Kauppinen, Tapani; Nelimarkka, Kirsi (2004): Human Impact Assessment (HUIA) as a tool of welfare management. Helsinki

Kemm, John (2006): Health Impact Assessment and Health in All Policies. In: Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 189–207

Kemm, John (2007): What is HIA and why might it be useful? In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 3–13

Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephan (Ed.) (2004). Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford

Klimont, Jeannette; Ihle, Petra; Baldaszti, Erika; Kytir, Josef (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07. Statistik Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

Knutsson, Ida; Linell, Anita (2007): HIA speeding up the decision-making process: the reconstruction of route 73 in Sweden. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 161–175

Kwiatkowski, Roy E. (2004): Impact Assessment in Canada: an evolutionary process. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 309–316

Land Steiermark (2007): Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Steirischen Gesundheitsfonds. Durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer. Graz

Lock, Karen; Gabrijelcic-Blenkus, Mojca; Martuzzi, Marco; Otorepec, Peter; Wallace, Paul; Dora, Carlos; Robertson, Aileen; Zakotnic, Jozica M. (2003): Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. In: Bulletin of the World Health Organization 2003/8, 391–398

Lock, Karen; Gabrijelcic-Blenkus, Mojca (2004): HIA of agricultural and food policies. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 375–387

Lock, Karen; McKee, Martin (2005): Health Impact Assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 59, 356–360

Madelin, Robert (2007): Foreword. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, xiii–xiv

Mahoney, Mary; Simpson, Sarah; Harris, Elizabeth; Aldrich, Rosemary; Stewart Williams, Jenny (2004): Equity-Focussed Health Impact Assessment Framework. Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment. August 2004

Mannheimer, Luise Nilunger; Gulis, Gabriel; Letho, Juhani; Östlin, Pirsoka (2007): Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. In: European Journal of Public Health, 17, 526–531

Mindell, Jennifer S.; Boltong, Anna; Forde, I. (2007): A review of health impact assessment frameworks. Public Health, 2008/122, 1177–1187

Metcalfe, Owen; Higgins, Claire (2009): Healthy public policy – is health impact assessment the cornerstone? *Public Health* 123 (2009), 296–301

Mock, Silvia (2007): Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Wie werden Gesundheitseffekte berücksichtigt? *Gesundheitswissenschaften papers* 21. OÖ Gebietskrankenkasse. Linz

National Institute for Health and Welfare (2007): Human Impact Assessment. <http://info.stakes.fi/iva/EN/publications/index.htm> (9. 3. 2009)

NHS London (2000): A Short Guide to Health Impact Assessment. Informing Healthy Decisions. www.londonhealth.gov.uk (15. 12. 2009)

North American HIA Practice Standards Group (2009): Practice Standards for Health Impact Assessment. Version 1. www.sfphes.org (15. 12. 2009)

NSW Health Department (2001): A Framework for Building Capacity to Improve Health. http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/framework_improve.pdf (15. 12. 2009)

O'Reilly, Jacqueline; Trueman, Paul; Redmond, Sarah; Yi, Yunni; Wright, Dianne (2006): Cost Benefit Analysis of Health Impact Assessment. Final Report. York Health Economics Consortium, Department of Health. York

Partnership for Prevention/UCLA School of Public Health (2003): Health Impact Assessment of California's Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002. http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/docs/AfterschoolProp49_HIA_02-27-03.pdf (15. 12. 2009)

Public Health Advisory Board (Ed.) (2005): A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand. 2nd Edition. Wellington

Public Health Advisory Board (Ed.) (2007): An idea whose time has come. New opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand public policy and planning. Wellington

Public Health Institute of Scotland (o.J.): Health Impact Assessment: a guide for local authorities. www.healthscotland.com/documents/1283.aspx (15. 12. 2009)

Put, Gerard Varela; den Broeder, Lea; Penris, Manon; Roscam Abbing, Ernst W. (2001): Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study. ECHP Policy Learning Curve Series, Nr. 4

Ritsatakis, Anna (2006): HIA at the international policy-making level. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 153–164

Roscam Abbing, Ernst; van Zoest, Franz F.; Put, Gerard Varela (1999): Health Impact Assessment and Intersectoral Policy at National Level in the Netherlands. WHO–Europe and the Nordic School of Public Health, Gothenburg: “Health Impact Assessment – from Theory to Practice”, Gothenburg, 28–30 Oct., 1999

San Francisco Department of Public Health (2009): Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment. www.sfphes.org/ENCHIA.htm (23. 9. 2009)

Scanlon, Thomas J.; Lawrence, Lydie; Blair–Stevens, Terry; Nicols, Sarah (2006): A programme for Health Impact Assessment in Brighton and Hove. In: Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine 51 (3), 145–150

Scott–Samuel, Alex; Birly, Martin; Ardern, Kate (2001): The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition, May 2001. International Health Impact Assessment Consortium. Liverpool

Simon, Paul; Jarosz, Christopher J.; Kuo, Tony; Fielding, Jonathan E. (2008): Menu Labeling as a Potential Strategy for Combating the Obesity Epidemic. A Health Impact Assessment. Los Angeles County Department of Public Health. Los Angeles

SNAP (o.J.): Health Impact Assessment: Piloting the Process in Scotland. Scottish Needs Assessment Programme. www.healthscotland.com/uploads/documents/8764-HIA%20piloting%20the%20process%20in%20Scotland.pdf (15. 12. 2009)

Sprenger, Martin (2005): Health Impact Assessment. Österreichische Krankenhauszeitung, 44. Jg. (2005), 09, 18–21

Sprenger, Martin; Püringer, Ursula (2007): Pushing the agenda among decision-makers: an international assessment of transport-related health effects in six countries. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 237–245

Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland

Swedish National Institute of Public Health (2001): Consideration of health aspects in EIA for roads. Stockholm

Swedish National Institute of Public Health (2004): The need for HIA. Screening the terms of reference of Swedish official government reports. Stockholm

Swedish National Institute of Public Health (2005a): A guide to HIAs. Focusing on social and environmental sustainability. Stockholm

Swedish National Institute of Public Health (2005b): HIA of a road traffic project. Case study: Route 73. Stockholm

Swedish National Institute of Public Health (2008): A Guide to Quantitative Methods in HIA. Stockholm

Swedish National Institute of Public Health (2008): HIA in physical planning. In-depth comprehensive plan for the Fyrvalla–Remonthagen area, Östersund. Stockholm

The Institute of Public Health in Ireland (2001): Health Impact Assessment – an introductory paper. The Institute of Public Health in Ireland. Dublin

The Institute of Public Health in Ireland (2006): Health Impact Assessment Guidance. The Institute of Public Health in Ireland. Dublin

The Welsh Assembly Government (2003): Health impact assessment and government policymaking in European countries: a position report. The Welsh Assembly Government and the European Network of Health Promotion Agencies. <http://wales.gov.uk/dphhp/publication/improvement/health-impact-assessment/1682573/policymaking?lang=en> (15. 12. 2009)

Umweltbundesamt (2006): UVP–Evaluation. Evaluation der Umweltverträglichkeitsprüfung in Österreich. Umweltbundesamt. Wien

Welteke, Rudolf; Fehr, Rainer (Hg.) (2001): Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – Health Impact Assessment. Iögd NRW. Bielefeld

WHIASU (2004): Improving Health and Reducing Inequalities. A practical guide to health impact assessment. Welsh Health Impact Assessment Support Unit. www.wales.nhs.uk/sites3/docmetadata.cfm?orgid=522&id=44711 (15. 12. 2009)

WHO (1982): Regional Strategy for Attaining Health for all by the Year 2000. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (15. 12. 2009)

WHO (1999): Health 21 – Health for All in the 21th Century. European Health for All serie No. 6. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

WHO (2005a): Das Rahmenkonzept “Gesundheit für alle” für die Europäische Region der WHO. Aktualisierung 2005. Europäische Schriftenreihe “Gesundheit für alle”, Nr. 7, 2005, 19–21

WHO (2005b): HIA Toolkit for cities. Document 4. Introducing HIA in Trnava, Slovakia: a case study. Copenhagen

WHO (2008): Internet resources for health impact assessment. Background Working Paper, WHO European Healthy Cities Health Impact Assessment Subnetwork. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

Wismar, Matthias (2004): The effectiveness of health impact assessment. In: eurohealth, Vol 10, No 3–4, 41–43

Wismar, Matthias; Lahtinen, Eero; Ståhl, Timo; Ollila, Eeva; Leppo, Kimmo (2006): Introduction. In: Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, xvii–xxx

Wismar, Matthias (2007): Why research HIA? An introduction to the volume. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, xix–xxvii

Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.) (2007a): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen

Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly (2007b): Is HIA effective? A synthesis of concepts, methodologies and results. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 15–33

Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Elliott, Eva; Golby, Alison; van Herten, Loes; Lavin, Teresa; Stricka, Marius; Williams, Gareth (2007c): Implementing and institutionalizing HIA in Europe. In: Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Ed.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Copenhagen, 57–78

Wright, John SF (2004): HIA in Australia. In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques, and applications. Oxford, 223–233

Abkürzungsverzeichnis

BKA	Bundeskanzleramt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation
DG Sanco	Directorate General for Health and Consumer Affairs (European Commission)
ECHP	WHO European Centre for Health Policy
EPHIA	European Policy Health Impact Assessment
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GAP	Gemeinsame Agrarpolitik der EU
GLA	Greater London Authority
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HFA	Health for All (Resolution der Weltgesundheitsversammlung)
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in All Policies, <i>dt.: Gesundheit in allen Politikfeldern</i>
LHC	London Health Commission
NHS	Nationale Health Service (das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien), <i>dt.: nationaler Gesundheitsdienst</i>
SP-V	Strategische Prüfung Verkehr
SUP	Strategische Umweltprüfung
TR_ST	Transport Strategy (London)
UBA	Umweltbundesamt
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
WHA	World Health Assembly, <i>dt.: Weltgesundheitsversammlung</i>
WHO	World Health Organisation, <i>dt.: Weltgesundheitsorganisation</i>

Glossar

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
Appraisal	„Bewertung“; Phase eines HIA, in dem das Prüfverfahren im engeren Sinn durchgeführt wird, d. h. Datenerhebung/-sammlung, -aufbereitung und -analyse sowie Folgenabschätzung und -bewertung (⇒ <i>Assessment</i>)
Assessment	„Abschätzung“, „Prüfung“, „Bewertung“; bezieht sich im Zusammenhang mit HIA sowohl auf das gesamte Verfahren (⇒ <i>Health Impact Assessment</i>) als auch spezifisch auf die Phase eines HIA, in dem das Prüfverfahren im engeren Sinn durchgeführt wird (⇒ <i>Appraisal</i>)
Capacity Building	„Aufbau von Kapazitäten“, „Entwicklung von Kompetenzen“; international verbreiteter Begriff für Prozesse bzw. unterschiedliche Modelle des Aufbaus von Wissen, Können und Strukturen in verschiedensten Bereichen. Im vorliegenden Bericht wurde auf das aus dem Public-Health- bzw. Gesundheitsförderungsbereich stammende Capacity-Building-Modell zur zielgerichteten und effizienten Etablierung neuer Programme und Strategien zurückgegriffen, das Maßnahmen in fünf Bereichen vorsieht (Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, ⇒ <i>Leadership</i> , Mittelverwendung und Partnerschaften).
ENHIS	„European Environmental and Health Information System“; internationales Projekt, finanziert vom WHO-Regionalbüro Europa und der Europäischen Kommission, mit dem Ziel, ein umfassendes Informationssystem zur Identifizierung, Priorisierung und Thematisierung von weitverbreiteten umweltbedingten Gesundheitsproblemen zu erstellen. Weiters soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Auswirkungen von gesetzten Maßnahmen wissenschaftlich zu beobachten.
EPHIA	„European Policy Health Impact Assessment“; im Auftrag der Europäischen Kommission entwickelte Methode für HIA von politischen Maßnahmen auf EU-Ebene, abgeschlossen 2004
Environmental (Impact) Assessment	„Umweltprüfung“; sowohl Umweltverträglichkeitsprüfung (⇒ <i>UVP</i>) als auch Strategische Umweltprüfung (⇒ <i>SUP</i>)
Evaluation	Systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes. Solche Evaluationsgegenstände können z. B. Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologien oder Forschung sein. Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen

	nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen. (vgl. DeGEval-Standards)
GAP	Gemeinsame Agrarpolitik; ein Politikbereich der Europäischen Union. Sie beruht auf zwei Säulen: den gemeinsamen Marktordnungen und der Entwicklung des ländlichen Raums. (<i>engl.: Common Agriculture Policy – CAP</i>)
Gesundheitsdeterminanten	Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen
Gesundheitsförderung	zielt laut Ottawa Charta der WHO auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Konkret werden darunter Maßnahmen und Programme verstanden, die Menschen dabei unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern.
Health Impact Assessment (HIA)	HIA ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. HIA dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik informierter zu gestalten.
Health in All Policies (HiAP)	„Gesundheit in allen Politikfeldern“; Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (<i>engl.: „healthy public policies“</i>)
Health Inequalities	„Gesundheitliche Ungleichheiten“; steht für die ungerechte und vermeidbare Kluft bei der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen und befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit.
Health Inequalities Impact Assessment	Variante des Health Impact Assessment (\Rightarrow <i>Health Impact Assessment</i>) zur spezifischen Prüfung der Auswirkungen von (politischen) Vorhaben in Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten (\Rightarrow <i>Health Inequalities</i>)
Health System Impact Assessment (HSIA)	Prüfung hinsichtlich der Auswirkungen von politischen Vorgaben (auch von nicht gesundheitsbezogenen) auf das Gesundheitssystem (Inanspruchnahme von Leistungen, Mitarbeiter/innen im Gesundheitsbereich, Infrastruktur, Kommunikation etc.)
Health Technology Assessment (HTA)	Systematischer Prozess zur Analyse, Evaluierung und Bewertung wissenschaftlicher Informationen über Auswirkungen bereits eingeführter und neuer medizinischer Verfahren, Leistungen, Technologien und Prozeduren auf die Gesundheit bzw. die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Impact Assessment (IA)	Prozess zur Identifizierung der möglichen Auswirkungen von (politischen) Entscheidungen, Programmen und Projekten
Integrated Impact Assessment (IIA)	Prozess, bei dem verschiedene Typen von \Rightarrow <i>Impact Assessments</i> in einem einzigen Verfahren integriert werden
Leadership	„Führung“; einer von fünf Schlüsselbereichen des Capacity-Building-Modells (\Rightarrow <i>Capacity Building</i>), der darauf abzielt, dass maßgebliche Personen (insb. Entscheidungsträger/innen) Verantwortung für eine Aufgabe (im konkreten Fall: Etablierung von \Rightarrow <i>Health Impact Assessment</i>) übernehmen
Monitoring	Überbegriff für alle Arten der kontinuierlichen systematischen Erfassung, Beobachtung oder Überwachung von Vorgängen oder Prozessen mittels technischer oder anderer Beobachtungssysteme
Partizipation	Öffentlichkeitsbeteiligung, Einbeziehung; bedeutet die Möglichkeit aller betroffenen bzw. interessierten Personen, ihre Interessen oder Anliegen bei der Entwicklung von Plänen, Programmen, Politiken oder Rechtsakten zu vertreten bzw. vorzubringen (Standards für Öffentlichkeitsbeteiligung)
Policy	umfasst die Inhalte der Politik (Maßnahmen, Programme, Strategien etc.) und grenzt sich ab von <i>polity</i> (Regeln, die dem Prozess zugrunde liegen, wie Gremien, Institutionen, Staatskonstruktion ...) und <i>politics</i> (Prozesse, mit denen <i>policy</i> beschlossen wird, politisches Tagesgeschäft)
prospektiv	„vorausschauend“; bezieht sich im Zusammenhang mit \Rightarrow <i>Health Impact Assessment</i> auf die Durchführung des HIA in der Planungsphase eines Vorhabens; im Unterschied zu begleitendem HIA (Durchführung während der Umsetzung einer Maßnahme) und retrospektivem HIA (Durchführung nach Umsetzung einer Maßnahme)
Scoping	„Abgrenzung“; Phase eines HIA, in der die Rahmenbedingungen (Tiefe, Zeitplan, Budget etc.) festgelegt und die Steuerungsgruppe eingesetzt wird
Screening	„Auswahlprüfung“; erste Phase eines HIA zur systematischen Prüfung hinsichtlich der Entscheidung, ob ein HIA erforderlich/sinnvoll ist
Social Impact Assessment (SIA)	Instrument zur Prüfung von (politischen) Vorhaben verschiedenster Sektoren hinsichtlich ihrer sozialen Auswirkungen auf die Bevölkerung
Strategische Umweltprüfung (SUP)	Prüfverfahren hinsichtlich der Umweltauswirkungen von politisch-strategischen Entscheidungen (z. B. nationale Müllentsorgungsstrategie, Verkehrskonzepte), auf Basis einer EU-Richtlinie für Entscheidungen in bestimmten Bereichen (z. B. Abfallwirtschaft, Verkehr, Energiewirtschaft) verpflichtend vorgeschrieben

Support Unit	Organisationseinheit, deren Aufgabe in der Unterstützung anderer besteht; spezifisch HIA-Support-Unit: Organisationseinheit, die andere Institutionen bei der Durchführung von ⇒ <i>Health Impact Assessments</i> durch methodische Beratung, Bereitstellung von Anwendungsinstrumenten (Guidelines, Checklisten etc.), Training/ Fortbildung etc. unterstützt
SWOT-Analyse	gebräuchliches Instrument zur Strategie-Entwicklung; beruht auf der systematischen Analyse von Stärken/Schwächen und Chancen/Risiken (<i>engl.: strengths/weaknesses, opportunities/threats</i>) hinsichtlich der bestehenden Situation bzw. Ausgangssituation und der zukünftigen Ausrichtung einer Organisation, eines Plans, eines Konzepts etc.
Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)	Prüfverfahren hinsichtlich der Umweltauswirkungen von Umsetzungsprojekten (z. B. Müllverbrennungsanlage, Flughafen, Autobahn), EU-weit verpflichtend für spezifische Umsetzungsprojekte (insbesondere größere Infrastruktur- und Verkehrsprojekte) vorgeschrieben
Verhältnisprävention	Maßnahmen, die auf eine gesundheitsförderliche (⇒ <i>Gesundheitsförderung</i>) Veränderung der Lebensverhältnisse abzielen
WHA	Die Weltgesundheitsversammlung (<i>engl.: World Health Assembly</i>) ist das höchste Entscheidungsorgan der WHO. Alle WHO-Mitglieder treten jährlich in Genf zusammen, um die künftigen Programme festzulegen.
WHO	Die Weltgesundheitsorganisation (<i>engl.: World Health Organization</i>) ist eine der UN-Spezialorganisationen mit Sitz in Genf. Sie wurde am 7. April 1948 gegründet und zählt 193 Mitgliedstaaten. Sie ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen.

Anhang

Anhang A: Liste der interviewten Personen

in alphabetischer Reihenfolge:

Mag. Gernot Antes, MPH	Public Health Experte
Dr. Elisabeth Dearing	Bundeskanzleramt Österreich
Dr. Beatrix Haller	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
Dr. Elisabeth Huber	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Dr. Fritz Kroiss	Umweltbundesamt
Ing. Rudolf Legat	Umweltbundesamt
DI Ernst Lung	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
DI Florian Matiasek	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
DI Robert Thaler	Bundesministerium für und Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft

Anhang B: Länderprofile

Australien

HIA ist in Australien in die Umweltverträglichkeitsprüfung (Environmental Impact Assessment, EIA) integriert. Klare gesetzliche Regelungen für EIA gibt es auf Bundesebene, für die einzelnen Staaten sowie auf regionaler Ebene. Im Rahmen von EIA haben mittlerweile alle australischen Staaten und „Territories“ die Bedeutung von HIA für den Prozess der Entwicklung neuer Politiken anerkannt und entsprechende Projekte umgesetzt. North South Wales übernimmt hinsichtlich HIA eine Vorreiterrolle in Australien ein.

Verantwortlichkeiten:

Das Umweltministerium entscheidet über die Notwendigkeit eines EIA. Das enHealth-Komitee (nationale „Leadership“ für umweltbezogene Gesundheitsthemen) ist für die Erarbeitung und Implementierung der HIA-Guideline zuständig. Auf Basis dieser Guideline ist ein Projekt- bzw. Programmentwickler für das sogenannte „Health Impact Statement“ verantwortlich, die Gesundheitsbehörde berät bezüglich der Durchführung des HIA. Wesentliche Stakeholder des Prozesses sollen Input bezüglich Optionen für Risikomanagement geben, eine sogenannte „Decision Making Party“ informiert die Gesundheitsbehörde bezüglich der Ergebnisse. Die Finanzierung von HIA in Australien ist unklar.

Umsetzung:

EIA bezieht sich nur auf Projekte mit Umweltauswirkungen und legt seinen Schwerpunkt auf den Risikoansatz; zentrale Werte von HIA wie z. B. Chancengleichheit werden nicht berücksichtigt. Es wurden aber bereits Grundlagen zu HIA erarbeitet, die dem europäischen HIA-Modell folgen. Dem „Practical Guide“ für Projekte und politische Maßnahmen aus North South Wales liegt beispielsweise ein umfassender Gesundheitsbegriff zugrunde, der über den Blickwinkel der Umwelt hinausgeht und Partizipation und Chancengleichheit berücksichtigt. Die Australian Association for Health Equity Assessment (ACHEIA) hat ein Konzept erarbeitet, das den Schwerpunkt auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit bzw. auf die Gewährleistung von Chancengleichheit legt.

Weiterführende Informationen:

HIA Connect
<http://hiaconnect.edu.au/>

North South Wales Department of Health
<http://www.health.nsw.gov.au/publichealth/environment/general/hia.asp>

Deutschland

Health Impact Assessment (HIA) wird in Deutschland vorwiegend im Sinne einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) betrieben. Dies führt dazu, dass Gesundheit vorwiegend im Kontext eines Umweltthemas Betrachtung findet. Zuständigkeit und Umsetzung liegen dabei auf Bundesländerebene. Lokale Initiativen hinsichtlich HIA resultieren auch aus dem Healthy-Cities-Netzwerk und der stadtteilbezogenen Agenda 21. Ein konkretes Health Impact Assessment wurde in Deutschland im Zusammenhang mit einem EU-Projekt durchgeführt: Von 2002 bis 2003 wurde die European Employment Strategy und ihre Umsetzung in Deutschland im Sinne eines HIA analysiert.

Verantwortlichkeiten:

Auf Bundesebene wurden bereits 1992 und 1994 Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz zur GVP im Rahmen der UVP gefasst. Aus diesen resultierte ein Konzept zu Ablauf und Inhalt der GVP. Zuständig ist demnach laut Landes-Gesundheitsdienstgesetzen auf Landesebene der Öffentliche Gesundheitsdienst, der die gesundheitliche Lage und die Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit zu beobachten und zu bewerten hat. Unterstützung bekommt der ÖGD dabei von den unteren Gesundheitsbehörden. Auch die Gesundheitsministerkonferenz bzw. die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten (AGLMB) können eine GVP beschließen.

Umsetzung:

Da die Umsetzung der GVP im Rahmen der UVP auf Länderebene geregelt ist, ergeben sich unterschiedliche thematische Schwerpunktsetzungen (z. B. Hamburg: Lärm, Luftschadstoffe; Sachsen: Städtebau, Intensivtierhaltung, Windfarmen, Müllverbrennungsanlagen), aber auch die Abwicklung einer UVP und die konkreten Zuständigkeiten hinsichtlich UVP sind uneinheitlich. Die Einbeziehung der Behörde (z. B. BAGS) ist gesetzlich nicht deutlich festgeschrieben, was die Umsetzung einer GVP immer wieder behindert.

Weiterführende Informationen:

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
(jetzt Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW)
www.loegd.nrw.de

The Association of Public Health Observatories (UK)
www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44669

England

In England wurde bereits 1997 vom damaligen Liverpool Health Observatory (jetzt International Health Impact Assessment Consortium – IMPACT) das Thema HIA aufgegriffen, und erste Guidelines dazu wurden entwickelt. Diese „Merseyside Guidelines“ sind international in Verwendung. England hat sich durch die große Anzahl an durchgeführten HIA und deren thematische Bandbreite (z. B. Transport, Wohnen, Umwelt) eine anerkannte Expertise aufgebaut. Vor allem die Organisation IMPACT ist auf EU- wie auch auf WHO-Ebene inhaltlich aktiv und beteiligt sich an der Entwicklung von HIA-Strukturen in den USA, in Australien und Neuseeland.

Verantwortlichkeiten:

Der Einsatz von HIA in England ist zwar nicht gesetzlich verankert, er wird aber im Rahmen des Government White Paper „Saving Lives: Our Healthier Nation“ gefördert. Die strukturelle Umsetzung der HIA erfolgt durch eine Vielzahl von Public Health Observatories, die sich regional für die Verbreitung von HIA einsetzen. Eine übergeordnete verantwortungstragende Stelle gibt es nicht, wohl aber eine Vereinigung, die Informationen, Daten und Wissen hinsichtlich HIA verteilt („HIA Gateway“).

Umsetzung:

HIA werden in England mit regionalem Blickwinkel sowohl hinsichtlich politischer Strategien und Maßnahmen als auch auf Projektebene durchgeführt. In London wurde HIA als Teil des Begutachtungsprozesses wesentlicher politischer Strategien verankert; generell sind die meisten HIA prospektiv ausgerichtet. Es gibt eine Reihe von Gemeinsamkeiten mit Environmental Impact Assessments (EIA), wobei HIA als eigenes Verfahren einen großen Stellenwert hat.

Weiterführende Informationen:

HIA Gateway
www.apho.org.uk

IMPACT
www.liv.ac.uk/ihia

North East Public Health Observatory
www.nepho.org.uk

London Health Observatory
www.lho.org.uk

Finnland

Es gibt in Finnland unterschiedliche Arten von Impact Assessment; HIA ist in die Umweltverträglichkeitsprüfung integriert. Derzeit wird in Finnland das Human Impact Assessment (HulA) durchgeführt, das eine Kombination von Social Impact Assessment (SIA) und HIA darstellt. Durch die Zusammenführung beider Assessments wird gewährleistet, dass die Auswirkungen geplanter Maßnahmen auf Gesundheit und Soziales in einer integrierten Weise betrachtet und mögliche wechselseitige Zusammenhänge erkannt werden. Gender Impact Assessment und Health Inequalities Impact Assessment sind oftmals in HulA eingegliedert. Während HIA und SIA gesetzlich verpflichtend sind, werden HulAs auf freiwilliger Basis durchgeführt. Das nationale Public-Health-Programm „Health 2015“ sieht eine Ausweitung von HIA auf „Policies“ und Aktivitäten vor.

Verantwortlichkeiten:

Das Ministry of Social Affairs and Health entwickelt und führt unterschiedliche Arten von Impact Assessments durch. Das National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) entwickelt gemeinsam mit dem finnischen WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk Methoden des HulAs. HulAs werden vorwiegend vom Umweltministerium, vom Ministerium für Transport und Kommunikation und dem Ministry of Social Affairs and Health durchgeführt. Es gibt auf nationaler Ebene kein Budget für HIA.

Umsetzung:

Seit 1994 wurden rund 200 Umweltverträglichkeitsprüfungen (einschließlich HIA und SIA) durchgeführt; in Kooperation mit dem WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk wurden bereits vereinzelt HulAs umgesetzt. HulA wird grundsätzlich in unterschiedlichen Bereichen angewendet (z. B. im Bereich Verkehr) und als Schlüsselinstrument im Bereich „Welfare Management“ angesehen.

Weiterführende Informationen:

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)
<http://info.stakes.fi/iva/EN/publications/index.htm>

Irland

Die Entwicklung von HIA-Strukturen in Irland unterliegt zwar keiner gesetzlichen Regelung, argumentiert wird aber im gesetzlichen Kontext der EU im Rahmen der Verträge von Maastricht und Amsterdam bzw. der WHO-Empfehlung. Das Institute for Public Health Ireland (IPH) koordiniert ein nationales HIA-Netzwerk, das sowohl die Republik Irland als auch Nordirland umfasst.

Verantwortlichkeiten:

In der Republik Irland proklamieren mehrere nationale Papiere („Quality and Fairness: A health system for you“, 2001) den Einsatz von HIA auf nationaler Ebene. 2002 wurde in Nordirland von der Ministerial Group on Public Health eine HIA-Strategie entwickelt („Investing for Health“). Dem IPH kommt dabei hinsichtlich Förderung und Unterstützung bei der Umsetzung von HIA eine zentrale Rolle zu. Finanzielle Unterstützung erfährt es vom Irish Department of Health and Children bzw. vom Northern Ireland Department of Health Social Services and Public Safety.

Umsetzung:

Vom IPH wurde 2006 ein HIA Guidance entwickelt, in dem sich u. a. unterschiedliche Checklisten, Arbeitshilfen und Vorlagen befinden. Methodisch wird in Irland ein HIA-Ansatz bevorzugt, der mehrere Modelle verbindet. Die Merseyside Guidelines werden oftmals als Grundlage für den HIA-Prozess verwendet. Häufig wird HIA in Zusammenhang mit einem Environmental Impact Assessment (EIA) durchgeführt.

Weiterführende Informationen:

Institute of Public Health Ireland
www.publichealth.ie

Health Service Executive
www.hse.ie

Belfast Healthy Cities
www.belfasthealthycities.com

HIA Gateway
www.apho.org.uk

Kanada

HIA ist in Kanada in die Umweltverträglichkeitsprüfung integriert (Environmental Impact Assessment; auch: Environmental Assessment). Die Rahmenbedingungen sowie der Grad der Umsetzung von HIA variiert in den einzelnen Bundesstaaten. HIA im Rahmen von EA bezieht sich in erster Linie auf Projekte, selten auf Policies oder Programme. Die Partizipation der betroffenen Bevölkerung spielt aber – zumindest auf dem Papier – eine große Rolle. Daneben etablierte sich HIA vorrangig in British Columbia und Quebec als eigenständiges Instrument.

Verantwortlichkeiten:

Die Umweltverträglichkeitsprüfung ist auf Bundesebene und in allen Provinces/Territories gesetzlich verankert. Auf Bundesebene erfolgt HIA im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung in Form eines „Self Assessment“, d. h., die jeweils für eine Maßnahme verantwortliche Abteilung führt eine „Prüfung“ durch. Die Entscheidung, ob eine Maßnahme durchgeführt wird, obliegt dem zuständigen Minister bzw. der zuständigen Ministerin bzw. dem Kabinet. In Quebec ist im „Public Health Act“ eine gesetzliche Basis für die Durchführung von HIA geschaffen. In British Columbia gab es keine gesetzliche Verankerung; in den Richtlinien für Regierungsvorlagen war HIA als Erfordernis definiert.

Umsetzung:

Environmental Assessments werden meist nur Projekte unterzogen. In den Provinces/Territories Nova Scotia, Newfoundland and Labrador wird EA auch auf Politikebene umgesetzt. Spezifische HIA-Strukturen in einzelnen Bundesstaaten beziehen sich vorwiegend auf die Politikebene. In British Columbia war HIA ein zentrales Element der Gesundheitsreform mit Schwerpunkt auf „Empowerment“ der Bevölkerung, verlor allerdings im Zuge eines Regierungswechsels und geänderter Schwerpunkte stark an Relevanz. In Quebec muss das Gesundheitsministerium zu allen politischen Maßnahmen, die eine relevante Gesundheitsauswirkung haben könnten, konsultiert werden. Das kanadische Handbuch zu HIA gibt Aufschluss über die verwendeten HIA-Methoden.

Weiterführende Informationen:

Health Canada

<http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/index-eng.php>

Public Policy and Health Portal (Quebec)

<http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/en/index.html>

Neuseeland

Die neuseeländische Regierung befürwortet die Durchführung von HIA und definiert die routinemäßige Durchführung von HIA als eines der Ziele in der nationalen Gesundheitsstrategie. Das HIA-Konzept in Neuseeland folgt grundsätzlich einem umfassenden Gesundheitsbegriff. Gesundheitliche Chancengleichheit und Partizipation der Bevölkerung – insbesondere auch der Maori – stellen zentrale Werte im neuseeländischen HIA-Modell dar.

Verantwortlichkeiten:

Eine gesetzlich verpflichtende Einführung von HIA ist in Neuseeland nicht vorgesehen. Stattdessen ist geplant (basierend auf der überarbeiteten „Public Health Bill“), Ministerien zu Durchführung eines HIA zu „ermutigen“. Die zentrale Verantwortung für HIA liegt bei den Entscheidungsträger in den einzelnen politischen Sektoren; idealerweise wird bereits in der Eingangsphase von HIA (Screeningphase) ein Public-Health-Spezialist und ein Maori in den HIA-Prozess miteingebunden.

Umsetzung:

Im Jahr 2006 wurde eine eigene HIA-Support-Unit im Gesundheitsressort eingerichtet, die auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene tätig ist. Ziel dieser Support-Unit ist es, HIA in politischen Entwicklungsprozessen zu verankern und damit eine bessere Entscheidungsfindung zu erreichen. Die HIA-Support-Unit hat einen „Learning by doing“-Fonds eingerichtet, um politische Entscheidungsträger bei der Durchführung von HIA unterstützen zu können.

Der neuseeländische HIA-Guide legt seinen Fokus auf politische Maßnahmen. Ergänzend wurden ein eigenes Tool und ein Guide für HIA in Bezug auf Maori publiziert.

Weiterführende Informationen:

HIA Support Unit

<http://www.moh.govt.nz/hiasupportunit>

Public Health Advisory Committee:

<http://www.phac.health.govt.nz/>

Niederlande

In den Niederlanden wurde 1996 mit der Gründung des Intersectoral Policy Office (IPO) in der Netherlands School of Public Health (NSPH) begonnen, HIA national zu implementieren. Es wurden Rahmenbedingungen geschaffen, um HIA bereits in der Planungsphase jeweiliger Policies einzusetzen. Ab 2003 wurde HIA im Centre for Health Impact Assessment of Disasters (CGOR) institutionell verankert; inhaltlich fokussieren HIA vorwiegend das Thema Katastrophen. Zudem reduzierte sich das HIA-Spektrum in Richtung Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) und UVP.

Verantwortlichkeiten:

Der Einsatz von HIA war von Beginn an weder gesetzlich verankert, noch gab es eine strikte Verbindlichkeit von Seiten des Gesundheitsministeriums, HIA-Empfehlungen aufzunehmen. Dennoch hatte das IPO zwischen 1996 und 2003 die Aufgabe, nationale Regierungsprogramme, Koalitionsabkommen, Budgets, Gesetzesvorlagen bzw. parlamentarische Dokumentationen sämtlicher Ressorts nach potenziellen HIA-Themen durchzusehen. Des Weiteren wurde es beauftragt, HIA-Methoden zu entwickeln und ein Netzwerk relevanter HIA-Organisationen im öffentlichen Sektor zu etablieren. Seit 2003 liegt die HIA-Verantwortung beim Centre for Health Impact Assessment of Disasters (CGOR), das als Teil des National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) gegründet wurde.

Umsetzung:

Die Implementierung von HIA wurde in den Niederlanden bis 2003 umfassend vorangetrieben. HIA wurden u. a. zu den Themen Energiesteuer, Tabakpolitik, Alkoholgesetz, Wohnungspolitik, Arbeitssicherheitsgesetz, aber auch zu nationalen Haushalten sowie zu einer Koalitionsvereinbarung bzw. zu den Wahlprogrammen der Parteien durchgeführt. Seit 2003 konzentriert sich das CGOR in seinen Assessments auf Katastrophen-Prävention. Im Gegensatz zum rückläufigen nationalen Trend haben sich HIA auf regionaler Ebene etabliert (vor allem im Zusammenhang mit Stadterneuerungsprogrammen). Dies basiert auf einem gemeinsamen Vorgehen zwischen Gesundheitsministerium und kommunalen Gesundheitsdiensten. Hinsichtlich der Finanzierung von HIA sind nur Informationen über die jährlichen Budgets des IPO vorhanden (2003: 340.000 Euro).

Weiterführende Informationen:

Centre for Health Impact Assessment of Disasters
www.cgor.nl

National Institute for Public Health and the Environment
www.rivm.nl

Schottland

In Schottland folgte einem „green paper“, das die Durchführung von HIA befürwortete („Working together for a healthier Scotland“, 1998), 1999 ein „white paper“ („Towards a healthier Scotland“), das HIA als einen wichtigen Schritt beim Formulieren von „policies“ definierte. Diese Zustimmung war Anstoß für eine strukturelle Verankerung von HIA, für den Aufbau eines nationalen Netzwerkes und für die Entwicklung von Leitlinien. Weiters wurden zwei Pilotstudien in Auftrag gegeben. Auffällig ist, dass trotz des politischen Willens weniger HIA in Schottland umgesetzt werden konnten als in den anderen UK-Ländern.

Verantwortlichkeiten:

HIA ist zwar nicht gesetzlich vorgeschrieben, doch ist die schottische Politik angehalten, HIA als Routineinstrument einzusetzen bzw. politische Entscheidungen darauf aufzubauen. HIA zählte von 1998 an zum Aufgabenbereich des Public Health Institute of Scotland (PHIS), das ab 2001 auch das Scottish HIA Network koordinierte. Seit 2005 sind diese Agenden an das Health Scotland Local Government Programme übergegangen. Themenvorschläge für HIA kommen auf nationaler Ebene von der Public Health Strategy Group, wobei kein eigenes HIA-Budget zur Verfügung steht. Entscheidungen über Finanzierung und Durchführung von HIA auf lokaler Ebene werden zwischen Gesundheitsbehörden und Partnerorganisationen getroffen.

Umsetzung:

Auf regionaler Ebene führte vor allem der National Health Service NHS Lothian zwischen 2002 und 2006 viele HIA mit unterschiedlichen methodischen Zugängen aus (Health Impact Screenings, Rapid HIA und detailed HIA). Diese fokussieren politische Strategien zu den Themenbereichen Wohnen, städtischer Verkehr und Straßensicherheit, psychische Gesundheit, Diabetes u. v. m. Der NHS Lothian entwickelte auch eine Screening-Checkliste. Auch die private Organisation Greenspace Scotland steht für HIA ein und entwickelte ihren eigenen Guide. HIA wird in Schottland oftmals auch in Verbindung mit Environmental Impact Assessment (EIA) durchgeführt.

Weiterführende Informationen:

National Health Scotland
www.healthscotland.com

NHS Lothian
www.nhsllothian.scot.nhs.uk/hia

Schweden

HIA ist in Schweden in die gesetzlich vorgesehene Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) integriert. Basierend auf den schwedischen Gesundheitszielen, wurde eine Checkliste entwickelt, mittels der vorab beurteilt wird, ob für eine geplante politische Maßnahme bzw. ein Programm ein HIA durchgeführt werden soll. Laut der schwedischen „Public Health Policy“ ist HIA ein zentrales Instrument, um die Verantwortung für die Gesundheit multisektoral (d. h. in allen Ministerien) tragen zu können.

Verantwortlichkeiten:

Das nationale Public-Health-Institut entwickelt HIA-Methoden und bietet Unterstützung bei der Durchführung von HIA an. Finanzielle Mittel für HIA müssen auf lokaler Ebene bereitgestellt werden; auf nationaler Ebene gibt es kein gesondertes Budget für HIA.

Umsetzung:

In den 1990er Jahren wurden HIA vorwiegend auf lokaler und regionaler Ebene umgesetzt. Die ersten HIA auf nationaler Ebene wurden Mitte der 1990er Jahre durchgeführt, als Schweden der Europäischen Union beigetreten war. Um den Bedarf und das Potenzial von HIA hinsichtlich nationaler „Policies“ zu evaluieren, wurde 2001 und 2002 ein HIA zu den Regierungsvorlagen einzelner Ministerien durchgeführt. Potenzielle Auswirkungen der EU-Richtlinien hinsichtlich des Handels von alkoholischen Getränken sowie mögliche Auswirkungen der EU-Agrarpolitik auf die Gesundheit der Bevölkerung wurden jeweils im Rahmen eines HIA untersucht (mit der HIA-Durchführung wurde das nationale Public Health Institut beauftragt).

Weiterführende Informationen:

Swedish National Institute of Public Health
<http://www.fhi.se/en/>

Schweiz

In der Schweiz ist es grundsätzlich die Aufgabe der Kantone, die Rahmenbedingungen für HIA zu schaffen. HIA ist derzeit in den Kantonen Genf, Tessin und Jura verankert. Im Rahmen von suprakantonalen Organisationsstrukturen wird versucht, Kooperationen und Abstimmungen zwischen den Kantonen zu fördern, die aber im Bereich HIA nicht immer gelingen. Die primäre Zielsetzung von HIA in der Schweiz ist die Verbesserung des politischen Handelns durch Empfehlungen, basierend auf HIA. Der HIA-Grundsatz Partizipation hat in den Schweizer Ansätzen vergleichsweise geringen Stellenwert, da sich die operative Ebene oftmals als verwaltungsdominiert erweist.

Verantwortlichkeiten:

Zwischen 2005 und 2007 wurde HIA unabhängig voneinander in drei Kantonen durch Erlässe (Tessin) bzw. per Gesundheitsgesetz (Genf) implementiert. Seit Herbst 2008 ist ein nationales Schweizer Präventionsgesetz in Begutachtung, das auch HIA beinhaltet. Auch das Ressortforschungskonzept 2008–2011 des Bundesamtes für Gesundheit enthält u. a. das Thema „Voraussetzungen für die Einführung von HIA“. Die Entscheidung zur Durchführung eines HIA liegt in den Kantonen Tessin und Genf klar bei der jeweiligen Regierung, wobei im Kanton Tessin eine interdepartmentale Kommission für das Pre-Screening verantwortlich ist. Im Kanton Jura besteht eine interdepartmentale Arbeitsgruppe zu HIA, die ihre Wurzeln in der Agenda 21 hat.

Umsetzung:

Auf kantonaler Ebene sind bis dato acht HIA und sieben rapidHIA durchgeführt worden. Thematisch beziehen sich diese auf regionale Politik und Gesetze (z. B. Rauchverbot am Arbeitsplatz, Alkoholverbot für Jugendliche), des Weiteren aber auch auf Projekte bezüglich Verkehr und Raumplanung. Grundsätzlich ist zu sagen, dass sich die Schweizer HIA-Ansätze hinsichtlich Methoden und Instrumenten vorwiegend an den Ländern des UK und an den Niederlanden orientiert. Es wird zudem Wert auf die Weiterentwicklung der UVP in Richtung Gesundheitsdeterminanten gelegt.

Weiterführende Informationen:

HIA-Plattform Schweiz
www.impactsante.ch

Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM)
www.ispm.ch

Slowakei

Im Zuge des EU-Projektes „Promoting and Supporting Integrated Approaches for Health and Sustainable Development at the Local Level Accross Europe“ (PHASE) wurde im Jahr 2004 ein HIA zum Thema Bau eines Kinderspielplatzes in der Stadt Trnava durchgeführt (Mitglied des WHO-Gesunde-Städte-Netzwerkes).

Verantwortlichkeiten:

HIA ist in der Slowakei nicht institutionalisiert. Bislang wurde die Notwendigkeit von HIA in zwei nationalen Policies erwähnt. Das HIA im Rahmen von PHASE ist bislang das einzige, das auf nationaler Ebene durchgeführt worden ist.

Umsetzung (Pilotprojekt in Trnava):

Eingangs wurde eine Literaturrecherche zum politisch ausführenden System durchgeführt. Um ein „Commitment“ für HIA von der Politik zu erlangen, wurden insgesamt drei Treffen organisiert. Für öffentlich Bedienstete wurde ein HIA-Training angeboten; der gesamte HIA-Prozess wurde evaluiert.

Weiterführende Informationen:

WHO (2005): HIA Toolkit for cities. Document 4. Introducing HIA in Trnava, Slovakia: a case study.

Slowenien

Im Jahr 2001 wurde angesichts des bevorstehenden EU-Beitritts von Slowenien ein Pilot-HIA zur Umsetzung der europäischen Agrarrichtlinie GAP durchgeführt. Im Rahmen dieses Pilotversuches wurden HIA-Methoden entwickelt und wissenschaftliche Evidenz zu HIA geliefert. Dieser HIA-Pilot führte zu einer besseren Kooperation zwischen dem Gesundheits- und dem Landwirtschaftssektor. Lebensmittelsicherheit wurde als eine zentrale Säule in den nationalen Lebensmittel- und Ernährungsplan aufgenommen.

Verantwortlichkeiten:

HIA ist in Slowenien nicht institutionalisiert (Informationsstand von 2004). In die Durchführung des HIA zur CAP-Richtlinie waren das Gesundheitsministerium, die WHO (Regionalbüro Europa), das nationale Public-Health-Institut sowie weitere universitäre Organisationen des Landes eingebunden. Das Gesundheitsministerium hat für die Durchführung des CAP-HIA finanzielle Mittel bereitgestellt, deren Höhe allerdings unbekannt ist.

Umsetzung:

Es liegen keine Informationen über weitere HIA auf nationaler Ebene vor. Auf regionaler Ebene wurden weitere HIA (vorwiegend zum Thema Umwelt) durchgeführt (z. B. zu Richtlinien der Abfallwirtschaft, Luftverschmutzung und Trinkwasserversorgung).

Weiterführende Informationen:

Lock, Karen; Gabrijelcic-Blenkus, Mojca (2004). HIA of agricultural and food policies.
In: Kemm, John; Parry, Jayne; Palmer, Stephen (Hg.): Health impact assessment.

Ungarn

In Ungarn wurde 2002/03 eine Analyse bezüglich der Möglichkeiten und Barrieren einer Routine-Implementierung von HIA auf nationaler Ebene, vorrangig für politische Maßnahmen, durchgeführt. Ein vom Gesundheitsminister unterstütztes Pilotprojekt zur Implementierung setzte 2004 diesen Prozess fort, allerdings ohne nachhaltige Wirkung. Anlässlich einer HIA-Konferenz in Ungarn wurde 2008 erneut die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von HIA als Teil von Planung und Entscheidungsfindung auf Regierungsebene unterstrichen. Eine konkrete Umsetzung steht aber bis dato aus.

Verantwortlichkeiten:

Auf Basis des Pilotprojekts wurden Empfehlungen für eine Routine-Implementierung ausgearbeitet. Diese fordern einen klaren gesetzlichen Rahmen und ein zur Verfügung stehendes Budget für HIA. Weiters sollte die zentrale Verantwortung für die Implementierung von HIA im Gesundheitsministerium liegen, darüber hinaus war eine gemeinsame „Ownership“ von Gesundheitsbereich und jeweils zuständigem Sektor vorgesehen. Die Verantwortung für die fachliche Begleitung der Umsetzung von HIA sollte von einer externen Institution übernommen werden, die in Beziehung zum Gesundheits- oder Finanzministerium bzw. zum Büro des Premierministers steht.

Umsetzung:

Umgesetzt wurde in Ungarn ausschließlich ein Pilotprojekt zum Thema „Barrierefreier Zugang zu öffentlichen Gebäuden“. Bezüglich der Umsetzung von HIA wurde prinzipiell empfohlen, dass HIA je nach Themenstellung als Teil eines anderen Assessments oder als eigenständiges Health Impact Assessment durchgeführt werden sollte.

Weiterführende Informationen:

Health Impact Assessment Projekt
www.policy.hu/ohr

USA

HIA ist in den USA nicht gesetzlich verankert, sondern wird auf einzelstaatlicher Ebene, und zwar meistens auf Initiative der Public Health Offices oder der Gesundheitsministerien durchgeführt. Partizipation und „Equity“ sind grundlegende Prinzipien bei der Durchführung von HIA in den USA.

Verantwortlichkeiten:

In einzelnen Staaten wurde HIA themenspezifisch von diversen Ministerien gefordert. In Kalifornien soll ein HIA-Programm begründet werden, um Städte und „Counties“ bei der Durchführung von HIA zu unterstützen.

Umsetzung:

Einem HIA-Review zufolge wurden in den USA zwischen 1999 und 2007 27 HIA durchgeführt. Gegenstand der durchgeführten HIA waren sowohl Gesetzesinitiativen als auch Planungsvorhaben (sozialpolitische Maßnahmen wie z. B. Mindestlohn für Mitarbeiter/innen oder Projekte und/oder Pläne für Bauvorhaben).

Weiterführende Informationen:

Design for Health (USA)

<http://www.designforhealth.net/resources/healthimpact.html>

Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment

<http://www.sfpbes.org/ENCHIA.htm>

UCLA School of Public Health

<http://www.ph.ucla.edu/hs/hiacliv/index.htm>

Human Impact Partners

www.humanimpact.org

Wales

In Wales gibt es seit 1999 von Seiten der Politik ein klares Bekenntnis zu HIA. Zwar besteht keine gesetzliche Verankerung von HIA per se, doch bietet zum einen ein strategischer Plan hinsichtlich bewusster Polit-Entscheidungen eine gute Basis für HIA, zum anderen finanziert das Welsh Assembly Government eine Support-Unit (WHIASU), die für die Entwicklung und Unterstützung auf operationaler Ebene zuständig ist. Die Durchführung von HIA erfolgt auf Ebene einzelner Institutionen und Organisationen. Auf nationaler wie auch regionaler Ebene wurden in Wales bereits viele HIA unterschiedlicher Dimension durchgeführt.

Verantwortlichkeiten:

Die National Assembly for Wales hat 1999 im Rahmen einer Strategie zu bewussteren Politik-Entscheidungen die Entwicklung und Verankerung von HIA begonnen. Dieses politische Bekenntnis zu HIA basiert auf dem *green paper* „Better Health Better Wales“ bzw. „Better Health Better Wales Strategic Framework“. Gegründet wurde in diesem Zusammenhang die Welsh Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU), die durch das Assembly Government finanziert wird und im Wales Centre of Health angesiedelt ist. Die WHIASU hilft auf operationaler Seite den Organisationen in Wales bei der Umsetzung von HIA und stellt ihnen spezifische Informationen zur Verfügung. Für die Umsetzung eines HIA sind die Organisationen selbst verantwortlich.

Umsetzung:

Zentrales umsetzungsrelevantes Material stellt in Wales der Bericht „Improving Health and Reducing Inequalities“ der WHIASU dar. Dieser Bericht enthält im Anhang Checklisten und Formulare für einzelne HIA-Phasen, die von den Organisationen verwendet werden können. Der Ablauf des HIA-Prozesses basiert auf den Merseyside Guidelines. Das Ziel ist, HIA prospektiv (noch während der Antragsentwicklung) anzuwenden.

Weiterführende Informationen:

Welsh Health Impact Assessment Support Unit
www.whiasu.wales.nhs.uk

National Assembly for Wales
<http://wales.gov.uk>

HIA Gateway
www.apho.org.uk

Anhang C: Relevante Links

International

WHO-Website zu HIA / HIA-Guidelines

<http://www.who.int/hia/en/>

<http://www.who.int/hia/about/guides/en/index.html>

International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT)

<http://www.liv.ac.uk/ihia/>

International Association for Impact Assessment

<http://www.iaia.org/>

International HIA Blog

<http://healthimpactassessment.blogspot.com/>

HIA Gateway

http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA

National Research and Development Centre for Welfare and Health (Finland)

<http://info.stakes.fi/iva/EN/publications/index.htm>

HIA Connect (Australien)

<http://hiaconnect.edu.au/>

HIA Support Unit (Neuseeland)

<http://www.moh.govt.nz/hiasupportunit>

Design for Health (USA)

<http://www.designforhealth.net/resources/healthimpact.html>

Österreich

Dr. Martin Sprenger

<http://www.martinsprenger.at/hia/index.htm>

Land Steiermark Gesundheitsserver

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10472334/9586209>

Guidelines / Reviews

European Policy HIA Guide (EPHIA)

<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44882>

Effectiveness of HIA

<http://www.euro.who.int/document/E90794.pdf>

Anhang D: Ausgewählte Überblicks- arbeiten zu „Health Impact“

Die vorliegende Evidenz zu Gesundheitsauswirkungen stellt eine wichtige Grundlage für die Durchführung von Health Impact Assessments dar. Im Folgenden werden ausgewählte Überblicksarbeiten zu „Health Impact“ (Reviews, Evidence Summaries) präsentiert. Diese beziehen sich auf Gesundheitsauswirkungen von Maßnahmen in bestimmten Sektoren (wie Bildung, Beschäftigung, Energie, Landwirtschaft), auf Gesundheitsauswirkungen spezifischer Probleme (wie Lärm, Ungleichheit) und auf die Evidenz zu spezifischen Zielgruppen (wie Gender, Kinder).

Abfallwirtschaft

Waste management, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Wastewater and sludge management, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

The Evidence on Recycling and Health, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=78806>

Beschäftigung und Einkommen

Evidence Summary „Employment and Income“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Overview of Health Impacts of Employment, in: Health Impact Assessment Guidance, Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/publications/healthimpactsassessmentguidance2009>

Health Impact of Employment – A Review, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=52668>

Bergbau

Mining, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Bildung

Evidence Summary „Education“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Health Impact of Education: a review, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=65160>

Energie

Evidence Summary „Energy“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Energy, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Windenergie, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=83200>

Forstwirtschaft

Forestry, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Gebaute Umgebung

Evidence Summary „Built Environment“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Health Impact of the Built Environment – A Review, HIA gateway, siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=52669>

Gender

Evidence Summary „Gender “ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Gesundheitsdienste

Evidence Summary „Health Services“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Großprojekte

Evidence Summary „Major Projects“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Industrie

Manufacturing industries, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Kinder

Evidence Summary „Children“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Kriminalität

Evidence Summary „Crime“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Kultur

Evidence Summary „Culture“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Landwirtschaft

Evidence Summary „Agriculture“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Agriculture, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Lärm

Evidence Summary „Noise“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Raumplanung/Stadtentwicklung

Health Impact of Spatial Planning Decisions, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=77518>

Health Impact of Urban Development, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44272>

Transport/Verkehr/Kommunikation

Evidence Summary „Transport“ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Overview of Health Impacts of Transport policies and Projects, in: Health Impact Assessment Guidance, Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/publications/healthimpactsassessmentguidance2009>

Transportation and communications, in: Canadian Handbook on Health Impact Assessment, Volume 4: Health Impacts by Industry Sector – siehe <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/index-eng.php>

Health Impact of Transport – A Review, HIA Gateway – siehe <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=52667>

Ungleichheit

Evidence Summary „Inequality “ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Wasser

Evidence Summary „Water “ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Wohnen

Evidence Summary „Housing “ von HIA Connect – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au>

Overview of Health Impacts of Housing, in: Health Impact Assessment Guidance, Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/publications/healthimpactsassessmentguidance2009>

Anhang E: Ausgewählte HIA-Tools

Es steht im Internet sowie in HIA-Guides und -Manuals eine Vielfalt an konkreten Tools zur Verfügung, die das systematische Vorgehen in den verschiedenen Phasen der Durchführung eines Health Impact Assessments unterstützen. Im Folgenden finden sich Verweise zu einigen solchen Tools.

Screening Tools

Health Impact Assessment – Screening for Health Impacts (Irland), Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/eventsandresources/hiatools>

Basic screening record sheet (Wales), in: Improving Health and Reducing Inequalities. A practical guide to health impact assessment, Appendix 4a – siehe <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/improvinghealthenglish.pdf>

Screening Tool for Health Impact Assessment (Australien), in: Health Impact Assessment: A Practical Guide, Appendix 1 – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au/>

Screening Checklist (Neuseeland), in: A Guide to Health Impact Assessment – siehe <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>

Scoping Tools

Scoping Tool (Irland), Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/eventsandresources/hiatools>

Scoping Checklist – choosing the appropriate level of HIA (Neuseeland), in: A Guide to Health Impact Assessment – siehe <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>

Checklist for level of depth of HIA (Australien), in Health Impact Assessment: A Practical Guide, Appendix 2 – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au/>

Assessment Tools

Collating Information (Irland), Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/eventsandresources/hiatools>

Prioritising health impacts tool (Irland), Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/eventsandresources/hiatools>

Identification of potential health impacts, in: The Merseyside guidelines for HIA. IMPACT – siehe http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT%20Reports/2001_merseyside_guidelines_31.pdf

Health Inequalities Impact Assessment Rapid Appraisal (Wales) – siehe <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/ega%20RA%20Form.pdf>

The Health Lens (Neuseeland), in: A Guide to Health Impact Assessment – siehe <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>

The Health Appraisal Tool (Neuseeland), in: A Guide to Health Impact Assessment – siehe <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>

Health inequalities matrix (Neuseeland), in: A Guide to Health Impact Assessment – siehe <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>

Impact assessment matrix (Neuseeland), in: A Guide to Health Impact Assessment – siehe <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>

Comprehensive Assessment Matrix (Australien), in: Health Impact Assessment: A Practical Guide, Appendix 3 – siehe <http://www.hiaconnect.edu.au/>

Sonstige Tools

Tool for Forming Recommendations (Irland), Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/eventsandresources/hiatools>

Reviewing the implementation of HIA recommendations (Irland), Institute of Public Health in Irland – siehe <http://www.publichealth.ie/eventsandresources/hiatools>

HIA Cost Calculator (England), London Health Observatory – siehe <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=9735>

Health and well-being determinants checklist (Wales), in: Improving Health and Reducing Inequalities. A practical guide to health impact assessment, Appendix 1 – siehe <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/improvinghealthenglish.pdf>

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●