

**HEALTH IMPACT ASSESSMENT
ALS INSTRUMENT ZUR
FÖRDERUNG DER MULTISEKTORALEN
VERANTWORTUNG FÜR DIE
GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG
IN ÖSTERREICH**

Masterarbeit

eingereicht an der

IMC Fachhochschule Krems

Fachhochschul-Masterstudiengang

„GESUNDHEITSMANAGEMENT“

von

Margit PACHSCHWÖLL

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Business (MA)

Begutachter: Prof. (FH) Dr. Tom Schmid

Eingereicht am: 16.04.2012

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit (Diplomarbeit) selbstständig verfasst, und in der Bearbeitung und Abfassung keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Die vorliegende Masterarbeit wurde noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt.“

Datum: 16.04.2012

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich einigen Personen meinen Dank aussprechen, die durch ihre Unterstützung zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen haben.

Bei Herrn Prof. (FH) Dr. Tom Schmid möchte ich mich für die fachliche Betreuung bedanken. Des Weiteren danke ich allen ExpertInnen und Stakeholdern, die als InterviewpartnerInnen zur Verfügung standen und durch deren Hilfsbereitschaft und Auskunftsfreudigkeit sowohl die Erhebung als auch die Auswertung sämtlicher Daten möglich wurde.

Meinen FreundInnen und ArbeitskollegInnen möchte ich ebenso meinen aufrichtigen Dank aussprechen, die aufgrund der moralischen Unterstützung während der Zeit meines berufsbegleitenden Studiums stets eine hilfreiche und ermunternde Stütze waren.

Herzlichen Dank!

Abstract

Das Health Impact Assessment (HIA) ist ein Instrument, welches die politisch Verantwortlichen eines Landes bei der Entscheidungsfindung im Sinne der Strategie von „Health in All Policies“ (HiAP) unterstützen soll. Auf internationaler Ebene wurden in den vergangenen zehn Jahren Programme und Initiativen betrieben, die auf die Entwicklung, Evaluierung und Implementierung dieses Instrumentes abzielten. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die in Österreich noch junge Entwicklung von HiAP zu beleuchten. Die grundsätzliche Eignung und die Potentiale von HIA zur Unterstützung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und die dafür notwendigen Maßnahmen und Rahmenbedingungen wurden mittels teilstrukturierter Interviews erhoben. Die daraus abgeleiteten Hypothesen beinhalten, dass die Weiterentwicklung der österreichischen Politik sowohl in inhaltlicher als auch in struktureller Hinsicht eine Grundvoraussetzung für das Gelingen der HiAP-Strategie ist. HIA kann in Österreich ein unterstützendes Instrument sein, um einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zum Durchbruch zu verhelfen.

Health Impact Assessment (HIA) is instrumental in helping those with political responsibilities to make decisions geared towards the strategy “Health in All Policies” (HiAP). Over the past decade there have been various programs and initiatives aiming to further develop, evaluate and implement HIA on an international scale. The goal of this paper is to illuminate the fledgling development of HiAP in Austria. Overall feasibility and the potential for HIA in establishing a set of policies focused on health and the necessary measures to achieve this were assessed through semi-structured interviews. The deduced hypotheses include that the evolution of Austrian politics, both in structure and content, is a pre-requisite for a successful HiAP strategy. HIA can be a supportive means to help Austria achieve an overall health-focused set of policies.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	2
1.1.1 Intersektorale politische Willensbildung in Österreich	2
1.1.2 HiAP und HIA im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit	4
1.2 Problemstellung.....	7
1.3 Zielsetzung und Relevanz der Arbeit.....	8
2 Methodik	10
2.1 Forschungsfragen	10
2.2 Untersuchungsdesign.....	11
2.2.1 Methode der Datenerhebung	11
2.2.2 Methode der Datenauswertung.....	13
2.2.3 Methode der Darstellung.....	15
3 Begriffsglossar	16
4 Gesundheitspolitische Entscheidungen in Österreich.....	18
4.1 Handlungsempfehlungen für die Etablierung von HIA.....	19
4.1.1 Empfehlungen für die Gesundheitspolitik Österreichs	19
4.1.2 Handlungsempfehlungen für alle Politikbereiche	23
4.2 Grundlagen für HiAP und HIA	26
4.2.1 Allgemeine Werte und Grundsätze	26
4.2.2 Kernkonzepte der Gesundheitsförderung	30
4.3 Umsetzung von HiAP in Österreich	32
4.3.1 Die wichtigsten Maßnahmen zur Umsetzung von HiAP	33
4.3.2 Voraussetzende Erfolgsfaktoren für HiAP	35
4.4 Aktivitäten in der österreichischen Gesundheitspolitik.....	36
4.4.1 Aktuelle Aktivitäten zur Etablierung von HIA in Österreich.....	37
4.4.2 Bemühungen zur Umsetzung von HiAP.....	39

4.5	Politische Rahmenbedingungen in Österreich.....	41
4.5.1	Allgemeine Bedingungen in österreichischen Politikbereichen	42
4.5.2	Spezifische Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor	45
4.6	Beteiligte AkteurInnen	48
4.7	Genannte Referenzen	48
4.7.1	Best Practice-Beispiele	49
4.7.2	Internationale Erfolgsfaktoren	50
4.8	Dargestellte Ausgangslage in Österreich	52
5	Health in All Policies als globale Strategie	54
5.1	Neuorientierung im Gesundheitswesen.....	55
5.2	Anforderungen an Gesundheit in allen Politikbereichen.....	58
5.2.1	Neue Aufgabenbereiche in der Gesundheitsversorgung.....	59
5.2.2	Internationale Initiativen gesundheitsförderlicher Gesamtpolitik	60
6	Health Impact Assessment	62
6.1	Definition von HIA und Begriffsbestimmung	63
6.1.1	Ziele und Nutzen.....	65
6.1.2	Werte und Grundsätze.....	68
6.2	Einführung in die Methodik von HIA	68
6.2.1	Typen von Bewertungsverfahren	69
6.2.2	Der HIA Prozess im Detail	70
6.3	Der internationale Stellenwert von HIA.....	74
6.3.1	Entwicklungen auf Ebene der WHO und EU.....	74
6.3.2	Genannte Best Practice Beispiele zur Umsetzung von HIA	75
7	Hypothesen zu HiaP und HIA in Österreich	78
7.1	Hypothesen zu Fragestellung 1	78
7.2	Hypothesen zu Fragestellung 2.....	79
7.3	Hypothesen zu Fragestellung 3.....	79
8	Zusammenfassung und Empfehlungen	80
8.1	Status Quo in Österreich	81
8.2	Empfehlungen zur Umsetzung von HiAP in Österreich	83
8.3	Empfehlungen zu HIA in Österreich	86

Literaturverzeichnis	89
Anhang	96
Anlagenverzeichnis	97
Anhang 1: Nähere Informationen über die Datenerhebung.....	98
Anhang 2: Determinanten der Gesundheit.....	100

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse	14
Abbildung 2: Kategorien und Anzahl der Nennungen (Codes) in Prozent.....	18
Abbildung 3: Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik Österreich.....	19
Abbildung 4: Handlungsempfehlungen für alle Politikbereiche	23
Abbildung 5: Allgemeine Werte und Grundsätze für HiAP und HIA	27
Abbildung 6: Kernkonzepte der Gesundheitsförderung.....	30
Abbildung 7: Allgemeine Bedingungen in österreichischen Politikbereichen	42
Abbildung 8: HIA in Bezug auf HiAP, GF und Health Inequalities	63
Abbildung 9: Schematische Darstellung von HIA	70
Abbildung 10: PDCA Zyklus Gesundheitsziele für Österreich	84
Abbildung 11: Modell der Gesundheitsdeterminanten.....	101
Tabelle 1: Nutzen von HIA	67

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
DG Sanco	Directorate-General for Health and Consumers
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EG	Europäische Gemeinschaft
EPHIA	European Policy Health Impact Assessment
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GF	Gesundheitsförderung
GFA	Gesundheitliche Folgenabschätzung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GVP	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
GWB	Gesundheitliche Wirkungsbilanz
HFA	Health for All
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in All Policies
I	InterviewpartnerIn
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PH	Public Health
TEC	Treaty Establishing the European Community
UK	United Kingdom
UNO	United Nations Organization
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Die gesundheitspolitische Strategie „Health in All Policies“ (HiAP) verfolgt das Ziel, Gesundheit als Querschnittsmaterie in sämtlichen politischen Entscheidungen hinsichtlich der gesundheitsspezifischen Auswirkungen zu berücksichtigen und intersektoral zu verankern. Grundlage dieser Strategie ist die Erkenntnis, dass eine nachhaltige Gesundheitsförderung speziell durch die gemeinsame Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten und -effekten in allen politischen Ressorts erreicht werden kann (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006, S. 4-15). Im Jahr 2006 widmete sich die finnische EU-Ratspräsidentschaft dem Thema der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Dieses Strategiekonzept basiert auf den Werten und Prinzipien der aus dem Jahr 1986 stammenden Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung und dem Rahmenkonzept für die Europäische Region mit dem Titel „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“, welches 1998 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt wurde.

„The Treaty Establishing the European Community (TEC) provides a strong mandate for the European institutions to support Health in All Policies actively. [...] a high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all community policies and activities“ (Ståhl et al., 2006, S. 27).

International werden unterschiedliche Strategien und Ansätze zur Umsetzung von HiAP verfolgt. Das Health Impact Assessment (HIA), welches sich auf zentrale Werte und Grundsätze bei der Durchführung stützt, ist eines der möglichen Anwendungsinstrumente zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Politikbereichen (World Health Organization, 2012a). Durch den Einsatz von HIA wird die Entscheidungsfindung unterstützt, indem die Auswirkungen politischer Vorhaben besser abschätzbar, positive Gesundheitseffekte maximiert und negative gleichzeitig minimiert werden. Das HIA zugrunde liegende Konzept erhebt den Anspruch, dass politische Entscheidungen das Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik verfolgen (Birley, 2011, S. 2-3).

1.1 Ausgangslage

Die Strategie einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zur Sicherstellung der Berücksichtigung von gesundheitlichen Aspekten und möglichen Auswirkungen von Entscheidungen aller Politikbereiche auf die Gesundheit wird seit 2010 verstärkt auf österreichischer Bundesebene diskutiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2011a). Gesundheitsminister Alois Stöger bekennt sich zu HiAP und betont in seinen Stellungnahmen die gemeinsamen Anstrengungen aller Politikfelder zur gesünderen Gestaltung der Lebensbedingungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011b). Das Bildungsniveau, die Qualität der Arbeitsplätze, die Möglichkeit am Arbeitsmarkt teilzunehmen und die Höhe des Einkommens seien bedeutende Faktoren außerhalb des österreichischen Gesundheitswesens, die die Gesundheit der Menschen maßgeblich beeinflussen. Die Erarbeitung von konkreten Gesundheitszielen unter breiter Beteiligung verschiedener Gesellschaftsbereiche und die politische Unterstützung im Prozess zur Erarbeitung dieser Gesundheitsziele sind laut Aussagen des Bundesministers Beispiele für die gemeinsame Übernahme von Verantwortung für die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung (Bundesministerium für Gesundheit, 2011a).

1.1.1 Intersektorale politische Willensbildung in Österreich

Die Initiative „Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich“ ist ein von der österreichischen Bundesregierung verfolgter Ansatz, den Forderungen der WHO zur breiten Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik nachzukommen. Wie eingangs erwähnt, verabschiedete die WHO bereits 1998 ein Strategiekonzept, auf dessen Grundlage in einigen europäischen Staaten, wie beispielsweise Finnland, Maßnahmen zur Errichtung von Gesundheitszielprogrammen umgesetzt wurden (World Health Organization, 1999, S. 8-10).

Im Mai 2011 wurde der ressortübergreifende Prozess zur Erarbeitung von mindestens zehn österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen gestartet, welche im Frühsommer 2012 bei einer Bundesgesundheitskonferenz beschlossen und präsentiert werden sollen. Handlungsschwerpunkte für die kommenden 20 Jahre sollen zur

Verbesserung der Gesundheit in Österreich aufgezeigt, Synergien effizienter genutzt und gemeinsam die Verantwortung für die bessere Gesundheit in der österreichischen Bevölkerung übernommen werden. Ziel dieses Prozesses ist die Bündelung vorhandener Anstrengungen für mehr Gesundheit in Österreich und der zielgerichtete, wirksame Einsatz der Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention (Bundesministerium für Gesundheit, 2011c). Die Vorgaben sollen dabei ausdrücklich nicht auf die Pathogenese¹, sondern auf die Förderung und Stärkung von Gesundheit (Salutogenese) ausgerichtet sein. Als Rahmen für die Erarbeitung der österreichischen Gesundheitsziele wurden bis 2030 sechs Themenfelder festgelegt (im Folgenden nach: Bundesministerium für Gesundheit, 2011d):

- Gesunde Lebensbedingungen: Gesundheit in allen Politikfeldern, Gesunde Lebenswelten wie Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde und Umwelt
- Gesundes Verhalten: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung
- Gesundheitliche Chancengleichheit: Bildung, Einkommen, Zugang zu Gesundheitssystem und Gesundheitsdienstleistungen
- Gestaltung des Versorgungssystems: Qualität, PatientInnenorientierung, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit
- Spezielle Zielgruppen: Kinder, ältere Menschen, Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- Volkskrankheiten: Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen, psychische Gesundheit

Aufgrund der formulierten Ziele sollen verbindliche Vereinbarungen zwischen den verantwortlichen AkteurlInnen möglich gemacht, Transparenz, Partizipation sowie planmäßiges Handeln unterstützt und eine gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen geschaffen werden.

¹ Pathogenetische Ansätze befassen sich mit der Entstehung von Krankheiten und dem Verständnis von pathogenetischen Prozessen. Im Gegensatz dazu beschäftigt sich die Salutogenese mit der Erhaltung der Gesundheit trotz alltäglicher Belastungen und krankheitserregender Risikokonstellationen (Franke, 2011, S. 487).

Die Umsetzung der Strategie HiAP sollte auch durch einen im Juni 2011 initiierten intersektoralen Politikdialog angestoßen werden. Gesundheitsminister Alois Stöger, Claudia Schmied (Ministerin für Unterricht, Kunst und Kultur) und Rudolf Hundstorfer (Minister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) nahmen als VertreterInnen ihrer Ressorts an der Veranstaltung zum Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“² teil. Unter der Leitung von Matthias Wismar (Senior Health Policy Analyst, European Observatory on Health Systems and Policies in Brüssel) wurde erörtert, welche Bereiche außerhalb des österreichischen Gesundheitssektors einen Beitrag zur verbesserten Gesundheit der Bevölkerung in Österreich leisten können. Als vorrangiges Ziel wurde von den ExpertInnen eine im Einklang mit der Idee von HiAP stehende und durch die Kooperation aller Politikbereiche unterstützte Gestaltung der Lebensbedingungen genannt (Bundesministerium für Gesundheit, 2011a).

1.1.2 HiAP und HIA im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit

Das Thema Kinder- und Jugendgesundheit wurde im Frühjahr 2010 mit Start des sogenannten „Kindergesundheitsdialogs“, einer Initiative des Gesundheitsministers Alois Stöger, aufgegriffen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012a). Dabei wurden Ziele und Handlungsempfehlungen zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Kinder in Österreich von ExpertInnen aus Wissenschaft, Praxis und Politik ausgearbeitet. Die Kindergesundheitsstrategie soll nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die medizinische und soziale Versorgungsqualität von Kindern und Jugendlichen optimieren und Defizite aufzeigen, welche konkret durch die Zusammenarbeit aller Politikbereiche verbessert werden sollen. Primär wurde das Ziel verfolgt, eine neue Kindergesundheitsstrategie mit Fokus auf Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention im Sinne einer

² Im Zuge der Recherche für die vorliegende Arbeit wurde offensichtlich, dass konkrete Anordnungen zur Umsetzung der gewünschten Umgestaltung von Lebensbedingungen bislang ausständig blieben und Sportminister Norbert Darabos, Wirtschaftsminister Reinhold Mitterlehner und Landwirtschaftsminister Nikolaus Berlakovich der Einladung zum intersektoralen Politikdialog nicht gefolgt sind.

HiAP-Strategie zu erarbeiten. Möglichst alle daran beteiligten Interessensgruppen und Politikbereiche sollten dabei eingebunden werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2012a).

Die ersten Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kindergesundheit in verschiedenen Themenbereichen wurden im September 2011 veröffentlicht. Bereits Anfang 2012 sollen einzelne Maßnahmen daraus in die Praxis umgesetzt werden. Die vielfältigen Bedürfnisse und Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien werden laut BMG in einem Gesamtzusammenhang betrachtet, wodurch ein gemeinsames Verständnis für die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik hergestellt und eine neue Ausrichtung im österreichischen Gesundheitswesen erkennbar werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2011b, S. 6-7).

Entsprechend dem Ziel, die Gesamtpolitik in Österreich gesundheitsförderlicher zu gestalten, werden seit Juni 2011 Praktikabilität und Eignung von HIA als Instrument zur Umsetzung von HiAP in Form eines Pilotprojektes zur Kindergesundheit auf Bundesebene erprobt. Das BMG, der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und das Land Steiermark haben die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) beauftragt, ein Pilot-HIA mit Unterstützung der genannten Auftraggeber durchzuführen. Die möglichen mittelbaren Auswirkungen der 15a-Vereinbarung des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ auf die Gesundheit der Kinder, PädagogInnen und Eltern sollen dabei von einem HIA-Projektteam, VertreterInnen der politischen Ressorts auf Bundes- und Länderebene sowie von Berufsgruppen- und Interessensvertretungen identifiziert und Möglichkeiten zur Optimierung der gesundheitlichen Auswirkungen aufgezeigt werden (Gesundheit Österreich GmbH, 2012a).

Die zwischen Bund und Ländern getroffene 15a-Vereinbarung zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ sieht die Einführung einer halbtägigen, kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen vor. Sie wurde im Juni 2009 im Nationalrat beschlossen und trat mit

1. September 2009 in Kraft (Bundeskanzleramt Österreich, 2012). Die Kindergartenpflicht gemäß Art.15a B-VG betrifft seit diesem Zeitpunkt alle in Österreich lebenden Kinder, die vor dem 1. September des jeweiligen Kalenderjahres fünf Jahre alt sind. Ziel dieser Vereinbarung ist es, allen Kindern beste Bildungsmöglichkeiten und gute Chancen für das spätere Berufsleben zu bieten, ungeachtet ihrer sozioökonomischen Herkunft (Bundeskanzleramt Österreich, 2012).

Der Lebensraum Kindergarten wirkt sich als zentrale Lebenswelt der Kinder und erste Ebene im Bildungssystem auf die körperliche, seelische und soziale Gesundheit aller darin befindlichen Menschen aus (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2009, S. 45-47). Das Setting Kindergarten ist ein Ansatzpunkt, bestehende Rahmenbedingungen dahingehend zu optimieren, innerhalb dieses Wirkungsbereiches nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen und Abläufe zu schaffen (Naidoo & Wills, 2010, S. 314). Verinnerlichte Wertehaltungen und soziokulturelle Gegebenheiten prägen das Gesundheitsverständnis und können bereits im Kindergarten, speziell seit Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahres, den selbstbestimmten und verantwortungsvollen Umgang mit Wohlbefinden, aber auch mit gesundheitlichen Problemen ermöglichen (Schiffer, 2009, S. 38).

Da Bildungsabschlüsse einen direkten Einfluss auf eine bessere Gesundheit und die Fähigkeit zur Teilnahme an einer produktiven Gesellschaft haben, wurde dieses Thema bewusst zur Durchführung des ersten nationalen Pilot-HIA in Österreich aufgegriffen (Gesundheit Österreich GmbH, 2012b). Die im Pilot-HIA erarbeiteten Ergebnisse der Screening-Phase (siehe Kapitel 6.2) weisen auf eine Vielzahl von positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder durch Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahres hin. Potentiell negative Auswirkungen konnten aus Sicht der ExpertInnen im Rahmen des Projektes nicht eindeutig identifiziert werden. Unter Umständen könne die Anzahl verfügbarer Kindergartenplätze durch die gestiegene Inanspruchnahme in einem Ausmaß reduziert werden, das zu einer Unterversorgung von Betreuungsplätzen für jüngere Kinder unter fünf Jahren führt (Gesundheit Österreich GmbH, 2012c).

1.2 Problemstellung

Laut Aussagen von internationalen ExpertInnen auf der 1. Österreichischen HIA-Fachtagung, welche im Juni 2011 in Wien stattfand, steht in Österreich die Etablierung des Instrumentes HIA zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik noch am Anfang (Gesundheit Österreich GmbH, 2012a).

Der vom BMG in Auftrag gegebene Bericht „Health Impact Assessment – Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich“ ist eine der ersten konkreten Maßnahmen, um unterstützende Strukturen für die Implementierung des Instrumentes in Österreich aufzubauen. Bewusstseinsbildung, Einführung, Umsetzung und Institutionalisierung sind jene vier Phasen der Etablierung von HIA, die zur Entwicklung von Umsetzungsmaßnahmen innerhalb der nächsten zehn Jahre Berücksichtigung finden sollen (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2010, S. 31-32).

Die Entscheidungen zur strukturellen Verankerung des Instrumentes HIA, politische Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Bereitstellung erforderlicher Ressourcen unterliegen in Österreich zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit keiner klaren Regelung. Die einzelnen Einrichtungen auf Bundes- und Länderebene, mit Ausnahme des BMG, haben keine konkreten Erfahrungen mit HIA und der interdisziplinäre und intersektorale Zugang politischer Entscheidungsbildung findet im politischen Alltag wenig Anwendung. Nach Einschätzung der im Zuge dieser Arbeit interviewten Stakeholder, welche an der Konzepterstellung zur Etablierung von HIA in Österreich beteiligt waren, wird die institutionelle Verankerung des Instrumentes durch einen Ministerratsbeschluss empfohlen und mit konkreten Vorgaben für die Durchführung ergänzt (siehe Kapitel 4.1). Bislang gibt es keine an die speziellen nationalen Rahmenbedingungen und Anforderungen in Österreich angepassten HIA-Instrumente. Die Auswahl geeigneter Tools erfolgt nach dem Ermessen weniger Fachleute, die bereits im Jahr 2010 im Zuge der Entwicklung des HIA-Konzeptes den Einsatz entsprechender Instrumente befürworteten (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2010, S. 25-30).

1.3 Zielsetzung und Relevanz der Arbeit

In Österreich besteht das politische Bekenntnis, Gesundheit in allen Politikbereichen zu positionieren, wie durch aktuelle Initiativen, wie beispielsweise der Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich oder der Kindergesundheitsstrategie, deutlich wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2011c). Zur Etablierung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ist die HiAP-Strategie meiner Ansicht nach ein vielversprechender Ansatz. Fraglich ist, in welchem Ausmaß die österreichische Gesundheitspolitik künftig in der Lage sein wird, Kohärenz, Intersektoralität und Kooperation zwischen unterschiedlichen politischen Kernbereichen zu verbessern bzw. überhaupt erst herzustellen, um ganzheitliche Entscheidungsgrundlagen im Sinne der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu schaffen.

Deshalb wollte ich mit dieser Arbeit klären, ob in Österreich die Voraussetzungen für die Umsetzung von HiAP grundsätzlich gegeben sind. Andernfalls galt es zu untersuchen, welche Voraussetzungen notwendig wären, um eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik effektiv in Österreich etablieren zu können. In diesem Zusammenhang propagiert das HiAP-Strategiekonzept den Nutzen von intersektoralen, transparenten und partizipativen Entscheidungen. Für die Schaffung von hierfür geeigneten Entscheidungsgrundlagen ist HIA ein mögliches Instrument, das bereits international Anwendung findet, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen und mit unterschiedlichem Erfolg (Birley, 2011, S. 80-83).

In Österreich wurde im vergangenen Jahr das erste Pilot-HIA auf Bundesebene zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ initiiert, welches auf eine Evaluierung der Möglichkeiten von HIA zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen politischen Zusammenhängen abzielt. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit waren noch keine abschließenden Ergebnisse aus diesem Projekt bekannt (Gesundheit Österreich GmbH, 2012c). Ich wollte daher unabhängig davon untersuchen, ob und wenn ja, in welcher Art und Weise, das Instrument HIA Anwendung finden kann, um Entwicklungen im Bereich der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich zu unterstützen.

Über die Beantwortung der inhaltlichen Fragestellung hinaus war ein weiteres Ziel meiner Arbeit, ein grundlegendes Verständnis für die HiAP und HIA zugrundeliegenden Konzepte und Prinzipien zu schaffen, die entsprechenden Zusammenhänge zu illustrieren und speziell im österreichischen Kontext zu beleuchten. Damit wollte ich einen Beitrag zu einer weiterführenden Auseinandersetzung und Diskussion in diesem Themenfeld leisten und einen Anhaltspunkt für die Weiterentwicklung im österreichischen Gesundheitswesen bieten.

2 Methodik

Die wissenschaftliche Bearbeitung dieser Masterarbeit ist hypothesengenerierend angelegt, wobei die Gewinnung von Hypothesen keine ausformulierten Grundannahmen erfordert. Ziel war es, theoretische Aussagen und Ansätze, die aufgrund der forschungsleitenden Fragen vorzufinden sind, aus empirischen Daten zu entwickeln (Schmid, 2006, S. 41-47). Relevante Daten wurden mithilfe von teilstrukturierten ExpertInnen- und Stakeholderinterviews erhoben, anschließend wurden Annahmen und theoretische Zusammenhänge in Bezug auf die in Kapitel 2.1 genannten Fragestellungen formuliert. Diese können in einer folgenden Untersuchung, die im Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt werden konnte, hypothesengeleitet überprüft und verifiziert bzw. falsifiziert werden (Schmid, 2006, S. 43-44).

2.1 Forschungsfragen

Die forschungsleitenden Fragen zur Formulierung von Grundannahmen über den Zusammenhang von HIA und der möglichen Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich lauten wie folgt:

1. Sind in Österreich die Voraussetzungen für die Verankerung der Prinzipien bereichsübergreifender Zusammenarbeit und interdisziplinärer Kooperation in politischen Entscheidungen mit maßgeblichem Einfluss auf die Gesundheit vorhanden? Wenn nein, welche Voraussetzungen wären zu schaffen?
2. Ist der Einsatz des Instruments Health Impact Assessment in Österreich geeignet, um Strategien und Maßnahmen im Sinne des Konzeptes „Health in All Policies“ zum Wohl der Gesundheit der Bevölkerung umzusetzen?
3. Sind für die Durchführung von Health Impact Assessments spezifische, auf die österreichischen Rahmenbedingungen abgestimmte, Instrumente und Methoden zu entwickeln?

2.2 Untersuchungsdesign

Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Gewinnung von Hypothesen erfolgte mithilfe von qualitativen Erhebungs- und Auswertungsverfahren. Die zur Informationsgewinnung genutzten Literatur- und Datenquellen sind recherchierter Herkunft, teilweise durch die empirische Herangehensweise explizit ausgewählt, und wurden sowohl im hermeneutischen als auch im empirischen Teil dieser Arbeit herangezogen. Nach einer strukturierten Literaturanalyse wurden im theoretischen Teil die erforderlichen Voraussetzungen für die gesundheitspolitische Strategie HiAP beleuchtet. Ebenso wurde das Potential des Instrumentes HIA, durch Zusammenarbeit unterschiedlicher Politikbereiche die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich zu verbessern, hinterfragt.

Neben relevanter Fachliteratur, Online-Medien, Gesetzestexten und Veröffentlichungen von Organisationen zur Verankerung von HiAP, Analyse publizierter Daten und Dokumente auf HIA-assoziierten Websites wurden im Forschungsprozess die Datenbanken des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Medline, PubMed und The Cochrane Library als Informationsquellen herangezogen. Die recherchierten Literaturquellen wurden einer Relevanzprüfung nach den Kriterien Wissenschaftsanspruch, Aussagekraft und Aktualität der Erkenntnisse unterzogen und entsprechend den Forschungsfragen und Ergebnissen der Interviews ausgewählt.

2.2.1 Methode der Datenerhebung

Aufgrund des definierten Forschungsdesigns wurde zur Gewinnung authentischer Informationen, welche intersubjektiv nachvollzogen und beliebig reproduziert werden können, das teilstrukturierte ExpertInnen- bzw. Stakeholderinterview gewählt (Lamnek, 2005, S. 329-330). Für die Bestandsaufnahme, in welchem Ausmaß HiAP und HIA in Österreich derzeit umgesetzt werden, welche Bedeutung dem Instrument beigemessen wird und zur Feststellung der Umsetzungsmöglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich wurden neun teilstrukturierte Interviews durchgeführt. Diese erfolgten im Zeitraum von Dezember 2011

bis März 2012, dauerten durchschnittlich 45 Minuten und wurden mit dem Einverständnis der befragten Personen aufgezeichnet.

Folgende **Mitglieder des Lenkungsausschusses für das HIA-Pilotprojekt zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“** wurden zur Erfassung des gegenwärtigen Wissensstandes über den Stellenwert von HiAP und HIA in Österreich befragt:

- Dr.med Thomas Amegah, MAS(ÖGD), MPH (Land Steiermark Gesundheitsressort, Fachabteilung 8B, Auftraggeber)
- Dr.ⁱⁿ Sabine Haas (GÖG, ABV Prävention, zuständig für den Partizipations- und Kommunikationsprozess im HIA-Pilotprojekt)
- Mag.^a (FH) Christine Knaller (GÖG, zuständig für Studien, Website und Evaluation im HIA-Pilotprojekt)
- Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Auftraggeber)
- Dr.med Martin Sprenger, MPH (Leiter des Universitätslehrganges Public Health der Medizinischen Universität Graz, Public Health Expertise)
- Dr.ⁱⁿ Veronika Wolschlager, MPH (Bundesministerium für Gesundheit, Auftraggeberin)

Um die Sichtweise über die gesundheitsförderliche Gesamtpolitik als nationale Strategie mit einfließen zu lassen und Rückschlüsse zur Etablierung von HIA ziehen zu können, wurden zusätzlich **Fachleute des österreichischen und deutschen HIA-Netzwerkes** interviewt:

- Mag. Gernot Antes, MPH (Selbständiger Gesundheitswissenschaftler und Anbieter von HIA-Einführungsseminaren, Durchführung von HIA in Wien)
- Dr.med Harald Geiger, MPH (Kinder- und Jugendfacharzt, Fachlicher Leiter aks-Gesundheitsvorsorge Vorarlberg, Durchführung von HIA in Dornbirn)
- Dr.ⁱⁿ Odile Mekel, MPH, MSc. (Gesundheitswissenschaftlerin im Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, WHO Kooperationszentrum für Regionale Gesundheitspolitik und Öffentliche Gesundheit)

Zur Strukturierung der Interviews hinsichtlich Gesprächsinhalt und Ablauf wurden im Vorfeld zwei Interviewleitfäden erstellt, deren Inhalte im Anhang dieser Masterarbeit nachzulesen sind. Diese wurden den jeweiligen ExpertInnen und Stakeholdern per E-Mail übermittelt, um ihnen die Möglichkeit zu einer Vorbereitung auf das Gespräch zu geben. Im Sinne der Methode des teilstrukturierten Interviews wurden die Gesprächsleitfäden in Hinblick auf die Bildung eines thematischen Rahmens entwickelt, der Ablauf zur Beantwortung der Fragen wurde hingegen offen gelassen (Lamnek, 2005, S. 340-342). Die Themenschwerpunkte wurden dabei wie folgt gesetzt:

- Voraussetzungen für die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich
- Rahmenbedingungen von HIA in Österreich unter Berücksichtigung länderspezifischer Unterschiede
- Eignung, Einsatzmöglichkeiten und Praktikabilität des Instrumentes HIA
- Akzeptanz unter politischen EntscheidungsträgerInnen in Österreich
- Nutzen, Erfahrungen und gewonnene Erkenntnisse im HIA-Pilotprojekt zur Kindergesundheit „Verpflichtendes Kindergartenjahr“

2.2.2 Methode der Datenauswertung

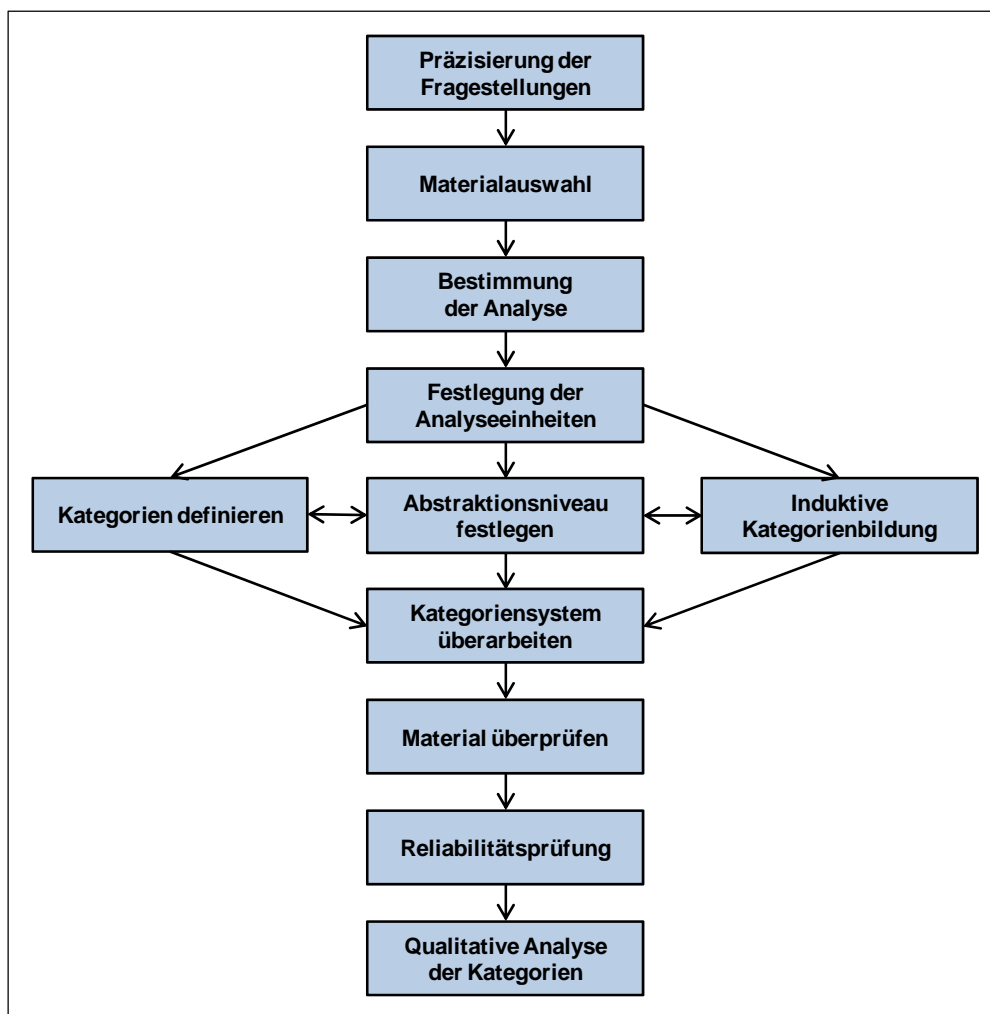
Die Auswertung der teilstrukturierten Interviews wurde in Absprache mit den InterviewpartnerInnen anonym durchgeführt, weshalb keine namentlichen Belege im Literaturverzeichnis zu finden sind. Die systematische Auswertung der Interviews orientierte sich zur Darstellung aussagekräftiger Fakten an den gestellten Forschungsfragen und erfolgte in vier Stufen (Bobens, 2006, S. 328-329):

- **Transkription:** Abschrift und Zusammenfassung
- **Einzelanalyse:** Codierung, Zuordnung zu einem Kategoriensystem und inhaltlich gültige Interpretation
- **Generalisierende Analyse:** Verallgemeinerung
- **Kontrollphase:** Prüfung auf Repräsentativität

Zur Gewährleistung der Anonymität wurden den InterviewpartnerInnen (I) die Abkürzungen I-1 bis I-9 nach dem Zufallsprinzip zugeordnet. Als Grundlage für die Interpretation der Zusammenhänge, die Aufstellung von Klassifikationen und die Generierung von Hypothesen wurden sämtliche Interviews wortwörtlich transkribiert und ein System thematischer Codes entwickelt. Die Codes wurden Textsegmenten zugeordnet und nach abgefragten Themenbereichen gruppiert, um anschließend die Aussagen verdichten zu können (Breuer, 2010, S. 74-79).

Den Prozessschritten der qualitativen Inhaltsanalyse folgend (siehe Abbildung 1) konnten die Aussagen der ExpertInnen und Stakeholder generalisiert werden.

Abbildung 1: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse
Abbildungsquelle modifiziert nach: Mayring & Brunner, 2006, S. 456



2.2.3 Methode der Darstellung

Da die vorliegende Masterarbeit hypothesengenerierend angelegt ist, erfolgte die inhaltliche Gliederung in Abhängigkeit von der Gewichtung der gebildeten Kategorien. Dem folgend hatte die Kategorie „Handlungsempfehlungen für die Etablierung von HIA“ aufgrund der höchsten Anzahl genannter Codes die wesentlichste Bedeutung für die Beantwortung der Forschungsfragen (siehe Abbildung 2). Die Kategorie „Dargestellte Ausgangslage in Österreich“ hatte in Bezug auf alle anderen Nennungen, die zur Bildung von Kategorien in dieser Arbeit herangezogen wurden, die geringste Bedeutung.

Die Kategorien, die aus den Gesprächen mit den ExpertInnen und Stakeholdern identifiziert werden konnten, sind in Kapitel 4 nach Anzahl der Nennungen in absteigender Reihenfolge dargestellt. Dadurch zu bildende Aussagen dienten der Ableitung und Formulierung von Hypothesen (siehe Kapitel 6).

3 Begriffsglossar

Zur Schaffung einer allgemeinen Informations- und Wissensbasis als Grundlage für das Verständnis der in Kapitel 4 genannten Aspekte dient die Erklärung folgender Begrifflichkeiten:

Determinanten von Gesundheit: Die sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen stehen für die Herstellung von Gesundheit im Mittelpunkt einer ganzheitlich orientierten Gesundheitsförderungsstrategie. Neben Alter, Geschlecht und Erbanlagen nehmen sowohl die Faktoren individueller Lebensweise als auch soziale und kommunale Netzwerke sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt Einfluss auf die Gesundheit (Richter & Hurrelmann, 2011, S. 45).

Gesundheitsberichterstattung: Als Grundlage für gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen stellt die Gesundheitsberichterstattung verständlich aufbereitete und maßnahmenorientierte Informationen über gesundheitsrelevante Themen (z.B. gesundheitliche Lage eines Landes, Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention) zur Verfügung (Trojan & Ziese, 2011, S. 118).

Gesundheitsförderung: Laut Definition der Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert wird Gesundheitsförderung als Prozess verstanden, welcher durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit die Menschen dazu befähigt, mehr Kontrolle über die Gesundheit zu erlangen und diese zu verbessern (World Health Organization, 1999).

Gesundheitsziele: Die Entwicklung und Umsetzung von vereinbarten Gesundheitszielen, die innerhalb eines definierten Zeitrahmens zu erreichen sind, dienen der Verbesserung gesundheitsrelevanter Strukturen, der Priorisierung von Gesundheitsproblemen und -risiken und der Weiterentwicklung von Prävention, Ge-

sundheitsförderung, Kuration und Rehabilitation (Gerlich, Wismar, Schwartz, & Walter, 2011, S. 321-322).

Health Impact Assessment: Durch den Einsatz dieses Instruments wird die Entscheidungsfindung insofern unterstützt, als die Auswirkungen politischer Vorhaben besser abschätzbar, positive Gesundheitseffekte maximiert und negative gleichzeitig minimiert werden. Das HIA zugrunde liegende Konzept fordert, dass politische Entscheidungen das Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik verfolgen (Birley, 2011, S. 2-3).

Health in All Policies: Die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik verfolgt das Ziel, Gesundheit als Querschnittsmaterie in sämtlichen politischen Entscheidungen hinsichtlich der gesundheitsspezifischen Auswirkungen zu berücksichtigen und intersektoral zu verankern. Mithilfe dieses Strategiekonzepts sollen Lebenswelten (primär kleinräumige Ebenen von Settings) von allen wichtigen Politikbereichen aktiv gesundheitsförderlicher gestaltet werden (Trojan & Süß, 2011, S. 133-134).

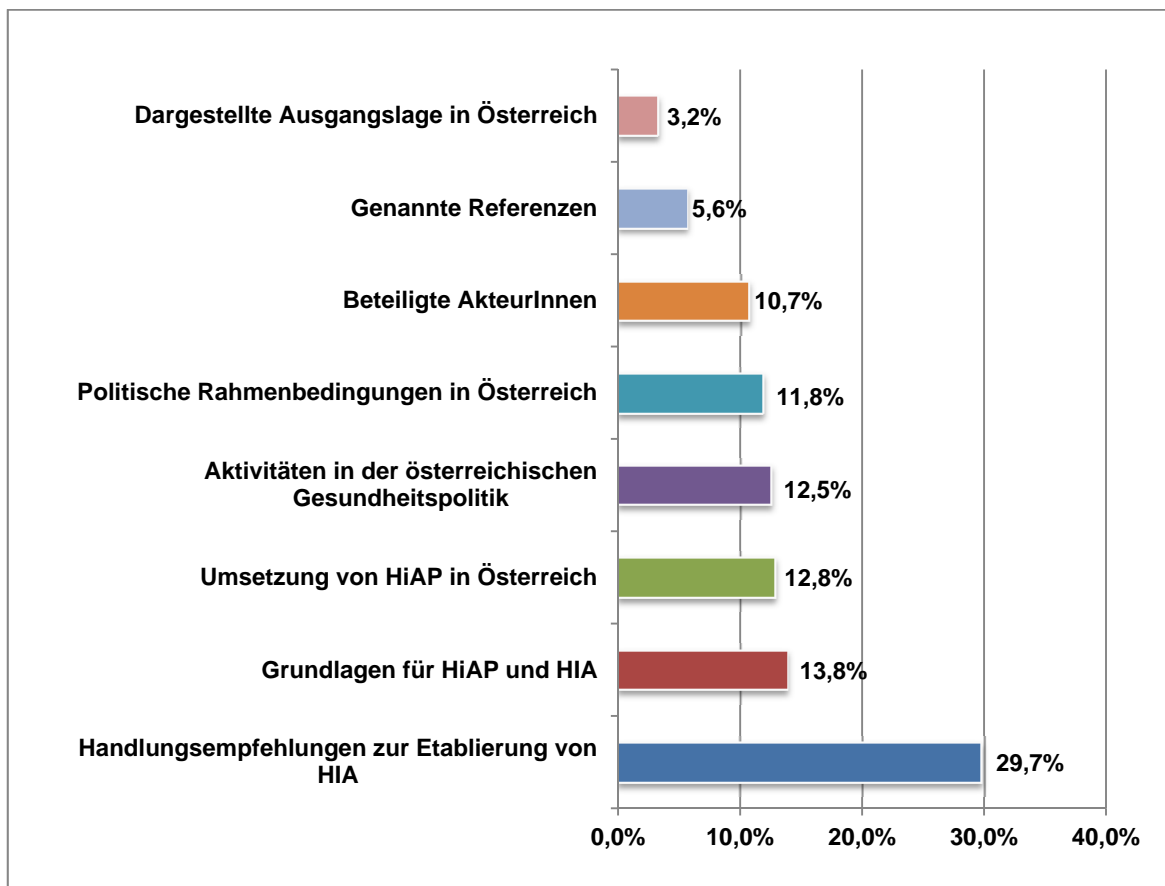
Intersektorale Zusammenarbeit: Im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik erfolgt die intersektorale Kooperation durch interne Zusammenarbeit des politisch-administrativen Systems (z.B. zwischen verschiedenen Ministerien bzw. Ressorts auf Bundes- oder Länderebene), externe Zusammenarbeit mit relevanten AkteurInnen außerhalb des staatlichen oder kommunalen Bereichs und der Zusammenarbeit von staatlichem Sektor, marktwirtschaftlichem Sektor und dem gemeinnützigen Sektor (Trojan & Süß, 2011, S. 134-135).

Umweltverträglichkeitsprüfung: In einem gesetzlich vorgesehenen, systematischen Prüfungsverfahren werden die Auswirkungen auf die umweltbezogenen Schutzgüter (Menschen, einschließlich der menschlichen Gesundheit, Tiere, Pflanzen und die biologische Vielfalt, Boden, Wasser, Luft, Klima, Landschaft, Kultur- und sonstige Sachgüter sowie die Wechselwirkungen zwischen diesen) ermittelt, beschrieben und bewertet (Umweltbundesamt GmbH, 2012).

4 Gesundheitspolitische Entscheidungen in Österreich

Die systematische Auswertung der teilstrukturierten Interviews ergab im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse acht Kategorien. Die Kategorie „Handlungsempfehlungen für die Etablierung von HIA“ kommt auf 610 Nennungen, gefolgt von der Kategorie „Grundlagen für HiAP und HIA“ mit 284 Nennungen und den Kategorien „Umsetzung von HiAP in Österreich“ (263 Nennungen), „Aktivitäten in der österreichischen Gesundheitspolitik“ (256 Nennungen), „Politische Rahmenbedingungen in Österreich“ (243 Nennungen) und „Beteiligte AkteurInnen“ (219 Nennungen). Die Kategorie „Genannte Referenzen“ beinhaltet 115 Nennungen, mit 65 Nennungen wurde die Kategorie „Dargestellte Ausgangslage in Österreich“ gebildet.

Abbildung 2: Kategorien und Anzahl der Nennungen (Codes) in Prozent
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



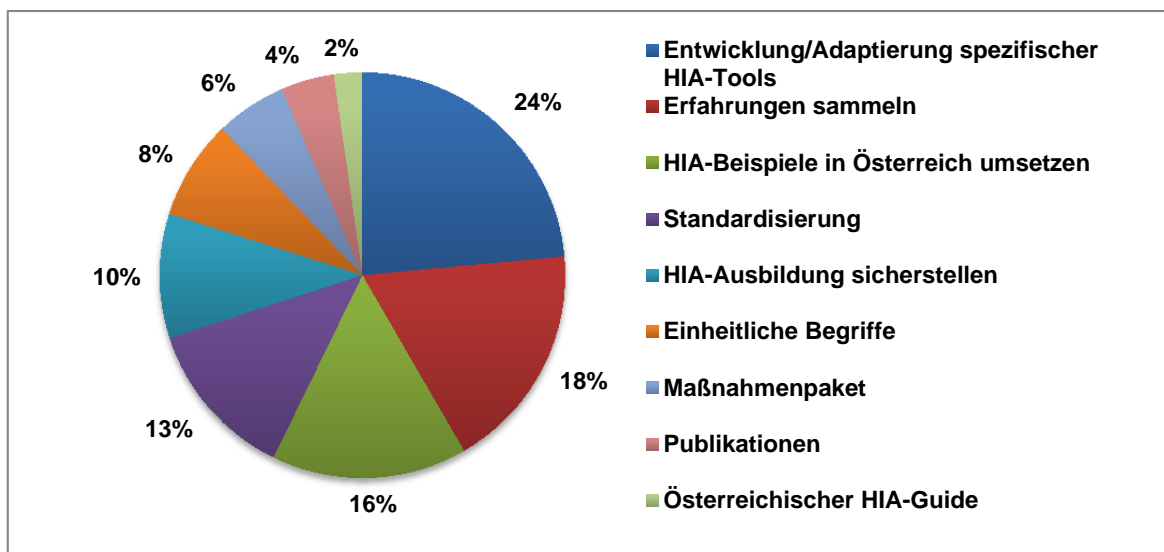
4.1 Handlungsempfehlungen für die Etablierung von HIA

Aufgrund der Analyseergebnisse aus den neun Interviews wurde die Kategorie „Handlungsempfehlungen für die Etablierung von HIA“ als das mit Abstand umfangreichste Themenfeld identifiziert. In dieser Kategorie sind die Themencluster „Empfehlungen für die Gesundheitspolitik Österreichs“ (353 Nennungen) und „Empfehlungen für alle Politikbereiche Österreichs“ (257 Nennungen) zusammengefasst.

4.1.1 Empfehlungen für die Gesundheitspolitik Österreichs

Die am häufigsten genannten Empfehlungen für die österreichische Gesundheitspolitik sind die Entwicklung und Adaptierung von Instrumenten und Methoden zur Durchführung von HIA (83 Nennungen) in Abstimmung auf die Rahmenbedingungen und Verhältnisse des Landes, gefolgt von der Empfehlung, Erfahrungen im Umgang mit dem Instrument (64 Nennungen) durch beispielhafte Umsetzung von HIA-Projekten auf Bundes- und Länderebene zu sammeln. Alle genannten Themenbereiche innerhalb dieser Unterkategorie sind in Abbildung 3 ersichtlich. Diese Grafik dient der Veranschaulichung der Ergebnisse und erhebt keinen Anspruch, quantitative Beziehungen der geäußerten Meinungen abzubilden.

Abbildung 3: Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik Österreichs
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



Im Zusammenhang mit der Entwicklung von geeigneten HIA-Instrumenten wird die Berücksichtigung der strukturellen und kulturellen Besonderheiten Österreichs wiederholt thematisiert. *„Diese kulturellen Unterschiede [...] müssen entsprechend berücksichtigt werden bei der Anpassung der Instrumente. Und natürlich auch die Sprache. Was hinzu kommt, sind strukturelle Gegebenheiten, sprich das System in Österreich, [...] da sonst zum Teil Fragestellungen in den einzelnen Instrumenten etwas absurd wirken, wenn man sie auf die österreichischen Verhältnisse überträgt“* (I-4). Dabei geht es jedoch nicht um die Konzeptionierung von im Ansatz neuer Tools, sondern um die fachliche Aufbereitung der Materialien und um die Adaptierung von international etablierten Instrumenten. *„Bei den Checklisten haben wir gesehen, dass es für Österreich wahrscheinlich eigene braucht. Man erfindet das Rad nicht neu, aber man muss bei bestehenden Instrumenten schauen, was im gegebenen Fall passt. [...] Wir werden noch einiges abändern müssen, das ist in Österreich noch nicht passiert, haben wir aber noch vor“* (I-1).

Der Fokus sollte dabei vor allem auf die Erprobung und die Weiterentwicklung von deutschsprachigen Tools gelegt werden. *„Es wäre absolut hilfreich, über solch ein Tool, das an die Situation in Österreich angepasst ist, zu verfügen. Da es fast nur englischsprachige Instrumente gibt, ist diese Aufgabe ganz oben auf der Agenda angesiedelt. Im Prozess wird man darauf nicht verzichten können“* (I-8). Ebenfalls hilfreich wäre die Entwicklung eines „Werkzeugkoffers“, bestehend aus national adaptierten Instrumenten, welche praxistauglich sind und zielgerichtet eingesetzt werden können. *„Die Idee ist, dass man so ein Basis-Toolkit oder vielleicht auch einen Guide zur Verfügung stellt, der auf internationalen Beispielen aufbaut, dann aber österreichspezifische Aspekte beleuchtet“* (I-5).

Ein wesentliches Anliegen der Befragten ist auch das Sammeln von Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung von HIA. *„Insofern glauben wir, dass es möglich sein wird, zu zeigen wie HIA funktioniert, praktische Erfahrungen zu sammeln. Was man bedenken muss, wie der Zeitaufwand ist, wie der Personalaufwand ist, [...] was man für Kapazitäten braucht, wie die Besetzung der verschiedenen Arbeitsgruppen ist, [...] welche Art an Vorarbeiten machbar und notwendig sind,*

damit in einer bestimmten Zeit ein bestimmtes Ergebnis herauskommen kann“ (I-9). Das Pilot-HIA zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ scheint dafür laut Aussage der daran beteiligten Stakeholder gut geeignet zu sein. „Ich glaube, dass man bei diesem Piloten viel gelernt hat, wie lange ein gutes HIA braucht, wie viele Ressourcen notwendig sind. Da bin ich optimistisch, für die Methode hat man viel gelernt. Man kann daraus schon genau sagen, wie das in Zukunft ablaufen könnte“ (I-3). Die Festlegung der Themen für HIA-Pilotprojekte unter Berücksichtigung breiter Akzeptanz spielt bei der Einführung des Instruments in Österreich eine entscheidende Rolle. „Die Themen für HIA dürfen jetzt parteipolitisch nicht besetzt sein, man will ja eine breite Akzeptanz schaffen. Wenn ich von vornherein weiß, dass jemand mit dem Thema nicht kann, dann wird derjenige auch mit HIA nicht können. Das Thema muss breit anschlussfähig sein“ (I-1).

Ein wesentliches Element zur Gewinnung notwendiger Kenntnisse und Erfahrungen ist die Durchführung von Pilotprojekten unter Berücksichtigung der spezifischen Rahmenbedingungen in Österreich. *„Jedes Land ist anders, jedes Land hat eigene Strukturen, das zeigt sich aus den internationalen Erfahrungen. Man braucht schon ein Beispiel im eigenen Land, um aufzeigen zu können, wie HIA funktionieren kann und welcher Nutzen damit verbunden ist. Den kann man nur mit einem nationalen Beispiel zeigen, auch um Erfahrungen zu sammeln“ (I-1). Aufgrund der Komplexität werden Durchführung, Dokumentation und Evaluierung unterschiedlicher Projekte empfohlen. „Wesentlich ist, Pilotprojekte auf verschiedensten Ebenen und in verschiedensten Bereichen durchzuführen, um zu zeigen, dass HIA nichts ist, was man nur auf Bundesebene machen kann. Und es wird sicherlich auch darum gehen, zu zeigen, was so eine Durchführung bringt“ (I-9).*

Ziel und Nutzen sind im Zuge der Umsetzung von österreichischen HIA-Pilotprojekten aufzuzeigen. *„Auf alle Fälle braucht es positive Beispiele, die zeigen, dass Politiker trotz HIA Entscheidungen herbeiführen können, dass ihnen die Entscheidung nicht abgenommen wird, sondern Politiker im Prozess der Entscheidungsfindung unterstützt werden. [...] D.h. HIA ist eine Analyse von vorhandenen*

Gegebenheiten und es gibt Empfehlungen, wie diese adaptiert werden können oder welche Alternativen man einbauen kann, damit Gesundheit möglichst gefördert und negative Effekte möglichst minimiert werden“ (I-2).

Entsprechend dem Ziel, in Österreich bedarfsorientierte Schulungs- und Trainingsaktivitäten anbieten zu können, wird die Ausarbeitung eines auf HIA abgestimmten Curriculums und die Schaffung von Standards empfohlen. *„Man sollte an einem Ausbildungskonzept arbeiten in nächster Zukunft und gewisse Standards festlegen und sicherstellen. [...] Da hört jemand HIA und hat aber eine ganz andere Vorstellung davon und will vielleicht auch noch Geld machen damit. Ist auch legitim, aber ein einheitlicher Qualitätsstandard ist sicherzustellen, dass ein HIA auch wirklich ein HIA ist. [...] Für die Ausbildung von HIA-Trainern könnte man gewisse Standards entwickeln, [...] Kompetenzstellen einrichten, alles damit das Richtige in die Breite getragen wird“ (I-1).* Derzeit scheint sich in Österreich der deutsche Begriff Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) anstelle von HIA durchzusetzen. *„Wir sind jetzt zu dem Schluss gekommen, dass wir statt HIA in Österreich GFA sagen wollen. Die Erfahrung aus dem Netzwerk war, dass Leute, die dem Thema eher fern sind, mit dem englischen Begriff nichts anfangen können. [...] Es gibt auch die Idee, einen österreichischen HIA-Guide zu erarbeiten und Trainings anzubieten, um wirklich eine fachlich methodische Basis zu schaffen. [...] Der deutschsprachige Guide von der EU wird sicher Basis sein, aber da wird es auch Begrifflichkeiten geben, die man für Österreich adaptieren muss“ (I-5).*

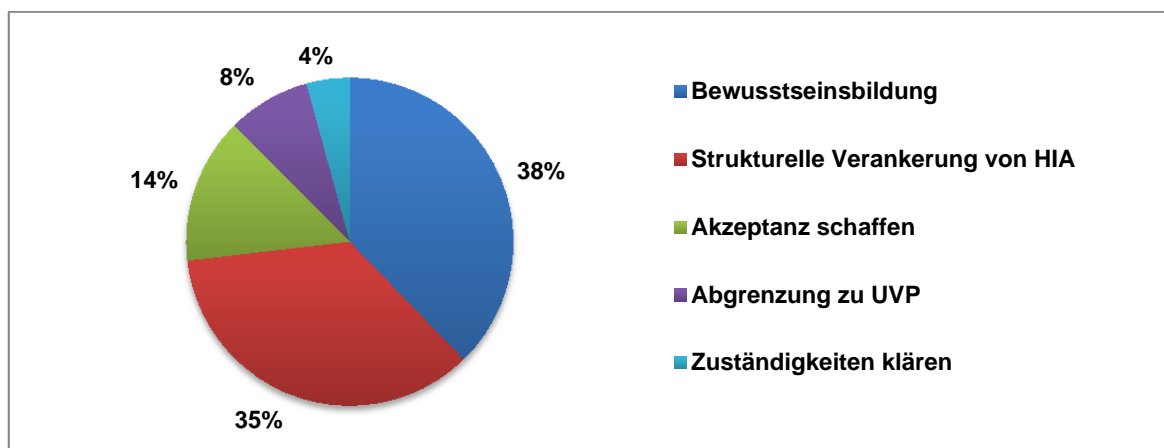
Einig sind sich viele InterviewpartnerInnen darüber, dass für die adäquate Verwendung der HIA-Instrumente bestimmte Begriffe dem österreichischen Sprachgebrauch anzupassen sind. *„Das sind oft Kleinigkeiten, vielleicht sind Begriffe nicht klar, weil diese in unserem Sprachgebrauch nicht so verwendet werden. [...] Man muss sich aber immer auf den konkreten Fall beziehen, [...]. Man kann Instrumente aus anderen Ländern nicht einfach 1:1 übernehmen, man muss sich fragen, ob das für Österreich Sinn macht oder nicht“ (I-1).*

Weiters wird der Stellenwert des bereits bestehenden Konzeptes zur Etablierung von HIA in Österreich betont. „Es ist auch Teil des Konzeptes, mit dem Netzwerk zu kooperieren, [...], Leute die sich in Österreich für HiAP und HIA interessieren, um gemeinsam zu überlegen, wie der Prozess in Österreich gefördert werden kann. Aber das ist sicher nicht etwas, was durch punktuelle Maßnahmen wirklich abgesichert werden kann, es braucht ein ganzes Bündel von Maßnahmen über längere Zeit. [...] Das Konzept wurde zu Akzeptanzmanagement und Bewusstseinsbildung gemacht, wo es eine ganze Reihe von Aktivitäten gegeben hat, [...] Fachartikel publizieren, an verschiedene Zielgruppen herantreten, die Fachtagung, [...] Trainings anbieten, d.h. das ist eben ein ganzes Maßnahmenpaket und das braucht es auch“ (I-5).

4.1.2 Handlungsempfehlungen für alle Politikbereiche

Die Bewusstseinsbildung über den Nutzen und die Einsatzmöglichkeiten (97 Nennungen) sowie die strukturelle Verankerung von HIA (91 Nennungen) mit Klärung der inhaltlichen Verantwortlichkeiten wurden in Zusammenhang mit den Empfehlungen zur Etablierung von HIA, die alle Bereiche der österreichischen Politik betreffen, am häufigsten genannt. Abbildung 4 dient der Veranschaulichung der für die GesprächspartnerInnen wesentlichsten Handlungsempfehlungen. In Anlehnung an Abbildung 3 sei auch hier darauf hingewiesen, dass es sich im Folgenden um qualitative Ergebnisse handelt.

Abbildung 4: Handlungsempfehlungen für alle Politikbereiche
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



Für die erfolgreiche Einführung und Etablierung von HIA wird Bewusstseinsbildung als essentieller Faktor genannt, um ein gemeinsames Verständnis von HIA, von dessen Nutzen und Einsatzmöglichkeiten herstellen zu können. *„Der Nutzen muss vermittelt werden, es geht darum einen Mehrwert zu generieren, nicht einen Mehraufwand. [...] Dass man wirklich sagt, HIA kann unterstützend sein für Entscheidungsträger. Man muss klarmachen, dass es immer die Entscheidungsfindung selbst unterstützt und die Entscheidung nicht abnimmt. Manche haben Angst, dass ihnen die Entscheidung abgenommen wird dadurch. [...] Wenn man eine gute Bewusstseinsbildung schafft, kann man in der Hinsicht viel bewegen“* (I-1).

Die Verankerung von HIA wird grundsätzlich befürwortet, wobei die konkrete Vorgehensweise dafür mit allen Bundesministerien, politischen EntscheidungsträgerInnen und Fachleuten abzustimmen ist. *„Grundsätzlich ist ein formale Verankerung des Instrumentes notwendig, da die Strukturen für HIA auf die Gegebenheiten eines Landes anzupassen und festzulegen sind“* (I-5). In diesem Zusammenhang wird abermals Bezug auf das „Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich“ genommen. *„Die strukturelle Verankerung von HIA wäre ein Riesenschritt, auch zur Umsetzung von HiAP. Es gibt ja auch die Möglichkeiten dazu im Konzept, denen würde ich nicht widersprechen“* (I-2).

Neben der strukturellen Verankerung sollten die Zuordnung der operativen Aufgaben und die möglichen Zuständigkeiten ebenfalls geklärt werden. *„Für die Zukunft wäre es schon wichtig, dass klar festgelegt ist, wer an einem HIA beteiligt sein sollte. [...] Das kommt darauf an, wo man HIA verankert, da muss man sich was überlegen. Wichtig ist, nachvollziehen zu können, wie die Auswahl der Teilnehmer erfolgte, sonst läuft man Gefahr das Instrument HIA zu missbrauchen. Das muss unbedingt klar sein und standardisiert werden, wer für was zuständig ist. [...] In Zukunft wird es eine fachliche Begleitung für HIA brauchen, auf einer gewissen Metaebene. Es wird eine Expertise brauchen zu HIA, dass das Fachliche stimmt, muss sichergestellt werden. [...] Wenn ich möglichst breit streue und überall*

meine Leute habe, die sich mit HIA auskennen, dann kann ich das Instrument langfristig umsetzen und etablieren“ (I-1).

Zur Etablierung gefestigter Strukturen werden HIA-Beauftragte analog zu den Gender-Mainstreaming-Beauftragten pro Ressort empfohlen. *„Mit den HIA-Beauftragten, [...], die sollen in den jeweiligen Ressorts Ansprechpersonen für HIA sein und eine gewisse Qualität in der Praxis sicherstellen. Bei denen ist es sicher wichtig, dass sie in ihren Institutionen gut verankert sind, Informationen bekommen und Akzeptanz finden. Das wird noch dauern bis es die gibt, da braucht man einen höheren Grad an Bewusstseinsbildung, da braucht man vermutlich als ersten Schritt eine rechtliche Verankerung“ (I-5).*

Wesentlich für die Etablierung von HIA zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik sind Verständnis und Akzeptanz des Instruments. *„Die Akzeptanz in Bezug auf den derzeitigen Gesundheitsminister ist hoch, ansonsten wären derartige Pilotprojekte gar nicht möglich. Auf Ebene der üblichen Ressortverantwortlichen bin ich eher skeptisch, ich vermisse bislang die dafür erforderliche Grundhaltung bzw. Sichtweise“ (I-8).* Die Politik muss das Gefühl haben, HIA zu einem sinnvollen Zweck nutzen und selbst ausführen zu können, so könnte die Akzeptanz gewährleistet werden. *„In Österreich müsste man den Bundesländern die Chance geben, die Durchführung von HIA selbst zu gestalten. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Bundesländer in Österreich eine nationale Vorgabe einfach so akzeptieren würden, die lassen sich nichts diktieren, meiner Einschätzung nach. Der Pferdefuß daran wäre, dass das Thema HIA für die meisten Bundesländer nicht nur neu, sondern langfristig auch zu groß ist. [...] Die Anbindung an eine wissenschaftliche Institution ist wichtig. [...] Bei der Größe von Österreich wäre es sinnvoll, dass es eine nationale GFA-Fachstelle geben würde“ (I-2).*

Als hinderlich wird in Österreich eine mögliche gesetzliche Verankerung von HIA im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) gesehen. *„Das Problem dabei ist, dass bei der UVP nur solche Themen behandelt werden, die im engsten Sinn umweltrelevant sind. Wenn ich jetzt alle Themen an die UVP knüpfe, dann*

würde es in vielen Fällen zu gar keinem HIA kommen. Langfristig wird man sich dazu eine Strategie in Österreich überlegen müssen, wenn man HIA tatsächlich etablieren möchte. [...] Viele denken jetzt schon: ‚Nein, nicht schon wieder so ein Assessment, dieser Mehraufwand‘ und denken automatisch an die UVP“ (I-1). Die UVP ist ein von der EU verpflichtend vorgeschriebenes systematisches Verfahren zur Überprüfung der Umweltauswirkungen bestimmter Projekte, beispielsweise in den Bereichen Infrastruktur oder Verkehrsplanung. „Diese Verpflichtung wird oftmals als bürokratische Hürde wahrgenommen und die Gesundheit nicht einem breiten Gesundheitsbegriff entsprechend berücksichtigt. Das ist bei der Etablierung von HIA in Österreich zu bedenken. HIA sollte in Österreich nicht in die UVP integriert, sondern als eigenständiges Instrument für vielfältige Vorhaben etabliert werden“ (I-6). Wesentlich ist der unterschiedliche Zugang zur Einschätzung und Bewertung von Gesundheitsfolgen. „Bei HIA geht es [...] um diesen anderen Zugang, [...], es wird nicht nur Evidenz-Information eingeholt, sondern es werden auch Beschwerden, Bedenken, Anregungen, Haltungen, Meinungen und Wünsche von Projektbetreibern, Bewohnern, Betroffenen und Sonstigen eingeholt. Das ist ganz ein anderer Zugang, der ist in Österreich nicht typisch“ (I-9).

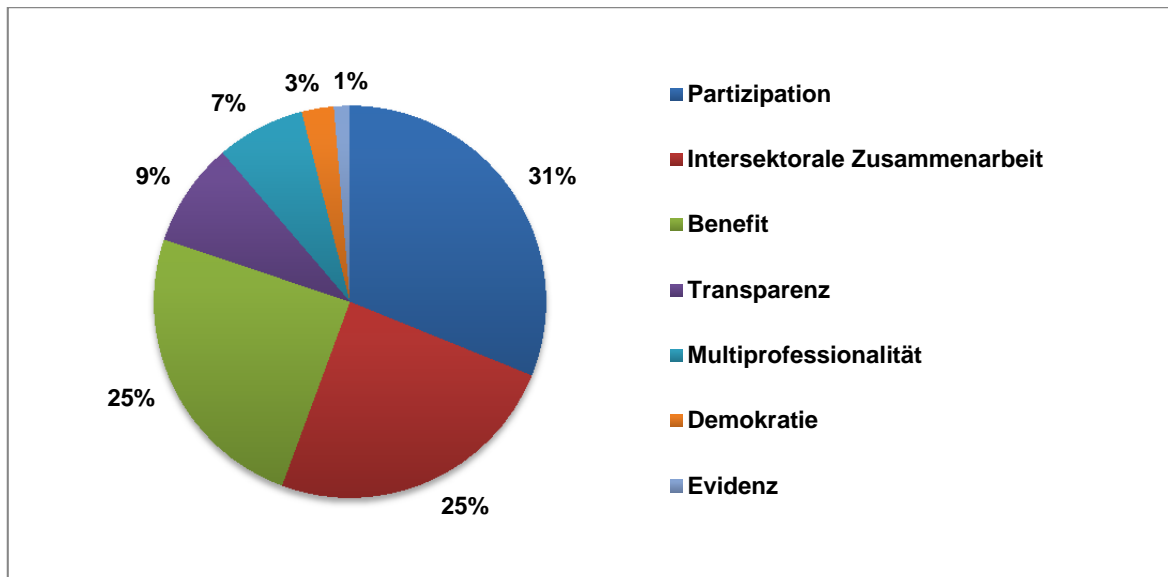
4.2 Grundlagen für HiAP und HIA

Die am zweitstärksten besetzte Kategorie ist unter dem Titel „Grundlagen und Zusammenhänge von HiAP und HIA“ mit 284 Nennungen zusammengefasst. Neben allgemeinen Werten und Grundsätzen (151 Nennungen) werden wesentliche Kernkonzepte und Grundgedanken der Gesundheitsförderung (133 Nennungen) thematisiert.

4.2.1 Allgemeine Werte und Grundsätze

Partizipation (47 Nennungen), intersektorale Zusammenarbeit (37 Nennungen) und Benefit bzw. Verständnis des Instruments HIA als Unterstützung und Entscheidungshilfe (37 Nennungen) wurden in Zusammenhang mit allgemein zu berücksichtigenden Werten und Grundsätzen für HiAP und HIA am häufigsten genannt.

Abbildung 5: Allgemeine Werte und Grundsätze für HiAP und HIA
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



Das Verständnis einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, der politische Wille zur Umsetzung, Partizipation im Sinne einer Öffentlichkeitsbeteiligung mit aktiver Information und möglicher Einbindung der Öffentlichkeit in den politischen Alltag werden in dieser Kategorie besonders hervorgehoben. „Die ideologischen Wurzeln, also ein Grundwert von HIA, ist die Erzeugung von Partizipation, da schlägt die Ottawa-Charta voll durch. [...] Leute ohne Gesundheitsverständnis verstehen das kaum, nur wenn man länger darüber mit ihnen redet. Sie müssen begreifen, dass die Mitwirkung an politischen Prozessen den Menschen das Gefühl gibt, involviert zu sein. Das sorgt auch für Vernetzung, man kann auf psychologischer und emotionaler Ebene viel bewirken und Akzeptanz für Neuerungen schaffen. Die Leute haben das Gefühl, sie können mitwirken. Selbst wenn sie es nicht tun, sie hätten zumindest die Möglichkeit dazu gehabt. Mit dieser gestiegenen Zufriedenheit aufgrund einer Veränderung im Alltag geht auch Gesundheit einher“ (1-2).

Die Beteiligung der Bevölkerung soll durch transparente Prozesse in der Entscheidungsfindung gefördert werden. „Beteiligung ist ein Thema, [...] Transparenz natürlich auch. Es geht darum, eine neue Kultur des Umgangs aufzubauen. [...] HIA berührt ganz grundlegende Aspekte, [...] und ich muss mir im Vorfeld auch über Werte und eigene Haltungen Gedanken machen“ (1-9).

Die erforderlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Etablierung und Durchführung von HIA sind in europäischen Ländern in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden. *„Was bei HIA wichtige Themen sind, sind Demokratie, Transparenz, Partizipation. Da sind andere Länder zum Teil weiter als wir. [...] Gerade in Skandinavien ist das Thema Demokratie und Partizipation, oder in der Schweiz, wo HIA interessanterweise auch relativ früh aufgegriffen wurde, da sind die Themen Beteiligung, Partizipation und direkte Demokratie viel stärker verankert als bei uns“* (I-5). Als Erfolgsfaktor für die Bildung von intersektoraler Zusammenarbeit wird die Schaffung einer akkordierten und verbindlichen Strategie genannt. *„Intersektoralität braucht eine strategische Grundlage, eine Policy. [...] Das muss keine EU-Policy sein, es könnte auch einfach eine deutliche Empfehlung von einer höheren Instanz sein. [...] Vielleicht ist es auch eine 15a-Vereinbarung, wo man sagt, Bund und Länder verpflichten sich, HiAP weitgehendst umzusetzen. Dann hat jedes Amt praktisch einen offiziellen Auftrag“* (I-2).

Das in der österreichischen Politik unzureichend ausgeprägte Verständnis für die Determinanten der Gesundheit³, welche in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen und sowohl direkten als auch indirekten Einfluss auf die Gesundheit haben, wird folgendermaßen begründet: *„Ich glaube, dass Politiker, die jetzt geprägt werden, schon mehr Verständnis für die sozialen Determinanten der Gesundheit haben. Das Thema ist viel präsenter mittlerweile. Wer in den 70er-Jahren oder 80er-Jahren geprägt wurde, hat noch ein ganz anderes Verständnis davon, da muss schon ein Grundwert dahinter stehen“* (I-2). Ganz allgemein wird auf den zu beachtenden Zeithorizont hingewiesen. Die Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikbereichen durch die Einführung und Etablierung von HIA ist als langfristiger Prozess anzusehen, der gut durchdacht und geplant sein muss. *„Es braucht einige Jahre, bis eine Basis da ist, nicht unbedingt Verpflichtung, aber trotzdem etwas Rechtliches, das sagt: ‚Es ist gut so was zu machen‘ [...], damit man auch dieses Netz von Beauftragten und geschulten Fachleuten hat. Es dauert*

³ Weiterführende Informationen zu den Determinanten der Gesundheit finden sich im Anhang 2.

eben einige Jahre bis eine fundierte Basis und ein Verständnis dafür aufgebaut sind“ (I-5).

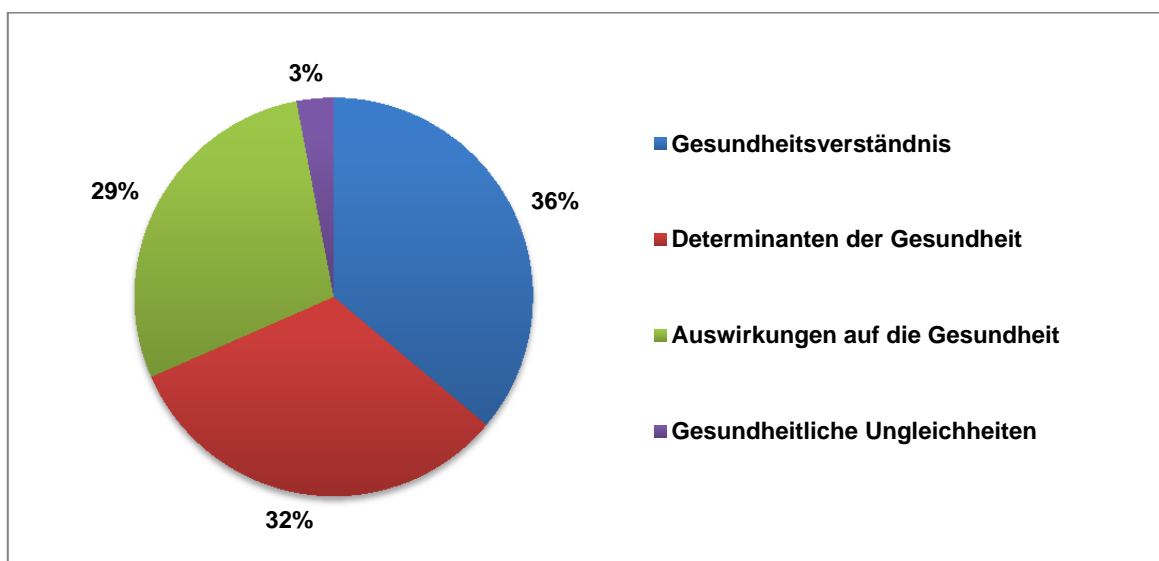
Um eine gemeinsame Vorstellung über die Möglichkeiten und Potentiale von HiAP und HIA und, daraus abgeleitet, konkrete Zielsetzungen entwickeln zu können, sind die Vernetzung und die Bildung von Partnerschaften notwendig. *„Wichtig ist die Gewährleistung einer sogenannten Multiprofessionalität. Unterschiedliche Professionen sollen an einem Tisch sitzen, nicht klassisch nur Ärzte oder so, sondern gemischt. [...] Verschiedene Perspektiven sind wichtig, die bringen dann ein unterschiedliches Verständnis in einen Prozess mit hinein. [...] Ist das nicht der Fall, laufe ich Gefahr alles nur von einem Blickwinkel aus zu betrachten“ (I-1).* Mögliche Maßnahmen dafür umfassen das Involvieren von ExpertInnen in laufende Programme und Projekte, um den Informations- und Erfahrungsaustausch zu fördern. *„Weil es sich hier um ein neues Verfahren, eine neue Vorgangsweise handelt, sollte man bei der Implementierung von Anfang an Menschen mit einem gewissen fachlichen Hintergrund dabei haben, [...] ihnen die Möglichkeit geben zumindest begleitend diese Entwicklung zu beobachten“ (I-9).* Als Beispiel dafür wurde das Pilot-HIA zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ genannt, wo bewusst unterschiedliche Professionen in das Thema eingebunden wurden. *„Ich glaube, dass die, die aus dem Bildungsbereich beteiligt waren, für sich Erkenntnisse gezogen haben was Gesundheit eigentlich bedeutet, wie sehr durch Elementarbildung langfristig auch die Gesundheit beeinflusst wird. Und für die Anderen war es spannend, aus dem Bildungsbereich Perspektiven zu bekommen“ (I-5).*

Voneinander zu lernen und ein Verständnis für Gesundheit aufzubauen sollte nicht nur von Bereichen außerhalb des Gesundheitssektors eingefordert werden, sondern auch für Beschäftigte innerhalb des Gesundheitswesens gelten. *„Meistens denkt man, wenn man aus dem Gesundheitsbereich kommt, die aus den anderen Politikbereichen müssen mehr über Gesundheit lernen. Aber das geht auch in die andere Richtung, die Personen aus dem Gesundheitsbereich können selbst auch viel aus den anderen Bereichen dazulernen“ (I-6).*

4.2.2 Kernkonzepte der Gesundheitsförderung

Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten bzw. Settings setzt ein allgemeines Gesundheitsverständnis im Sinne der WHO (48 Nennungen), das Verstehen der Gesundheitsdeterminanten (43 Nennungen) und der Auswirkungen auf die Gesundheit (38 Nennungen) voraus. Abbildung 6 dient zur Veranschaulichung der qualitativen Ergebnisse.

Abbildung 6: Kernkonzepte der Gesundheitsförderung
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



Laut Definition der WHO ist Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, welcher durch die Zusammenarbeit von sozialen und ökonomischen Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors zu realisieren ist (World Health Organization, 1978, S. 1). Dieses Gesundheitsverständnis muss in Österreich aufgebaut und gefestigt werden, da gesundheitsbezogene Fragestellungen von handelnden AkteurInnen auf politischer Ebene oft missinterpretiert werden. *„Die politischen Akteure auf Bundes- und Landesebene leben in einer Welt der Krankenversorgung. [...] Das Etikett Gesundheit wird zwar überall draufgeklebt, aber es ist eigentlich keine Gesundheit drinnen, sondern Krankenversorgung. [...] Dieses schräge Verständnis zum Thema Gesundheit ist ein altes österreichisches Leiden, das hat mit einem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis nichts zu tun. [...] Unser Problem sind die Entscheidungsebenen*

eins und zwei, die sind auf einer ganz eigenen Krankenversorgungsumlaufbahn um den Gesundheitsglobus unterwegs. Denen muss man erklären, dass es bei diesen Themen um Gesundheit und um die Erhaltung von Gesundheit geht“ (I-3).

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsdeterminanten, Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitssektors und deren mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung ist unerlässlich, um die Strategie einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik realisieren zu können. *„Gesundheit muss als Querschnittsmaterie verstanden werden, nur so kann HiAP und in Folge die breitflächige Umsetzung von HIA in Österreich gelingen. Dafür ist ein grundsätzlicher Sinneswandel und ein Wille zur Umsetzung in den obersten Entscheidungsebenen der österreichischen Politik unerlässlich. [...] Wahrscheinlich sind überhaupt die meisten Themen, die es überhaupt geben kann, irgendwo Querschnittsmaterie und HiAP heißt ja nichts anderes in Bezug auf Gesundheit“ (I-9).* Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten sowie ein umfassender Gesundheitsbegriff sind notwendig, um den Sinn eines HIA überhaupt verstehen zu können. *„Leute, die HIA durchführen, brauchen schon ein gewisses gesundheitsrelevantes Wissen. Die Gesundheitsdeterminanten, diese Begriffe sollten schon bekannt sein, sonst komme ich erst gar nicht zum diskutieren in der Screening-Phase. Ja, gesundheitsrelevantes Wissen muss vorhanden sein“ (I-1).*

Nach Einschätzung der ExpertInnen ist der Zusammenhang zwischen frühkindlicher Bildung, Betreuung und Gesundheit evident. Diese Determinanten sind, wenn auch nur implizit, bei der Entscheidung über die Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahres eingeflossen. *„Die Determinanten der Gesundheit wurden hier indirekt berücksichtigt. Bei politischen Entscheidungsträgern ist das Bewusstsein für das Modell der Gesundheitsdeterminanten nach wie vor unzureichend vorhanden, trotzdem kommt es in Teilbereichen wiederholt ‚unbewusst‘ zur Anwendung“ (I-1).*

Um den bewussten und fundierten Einsatz von Wissen und Methoden zur nachhaltigen Gesundheitsförderung gewährleisten zu können, bedarf es vorab der

Schaffung eines allgemeinen Verständnisses für die entsprechenden Grundprinzipien und Kernkonzepte. *„Es braucht Capacity Building auf allen Ebenen. Es müssen Strukturen geschaffen werden, es braucht Leute die sich auskennen, das wirklich fundiert verstehen. Es braucht Capacity Building in Hinsicht auf Ausbildung, Training, methodische Unterstützung und das WHO-Verständnis von Gesundheit muss sich durchsetzen. Wenn man Gesundheit nur darin versteht, dass jemand nicht krank ist und dann sofort daran denkt, welche Krankheiten gibt es und wie kann man die punktuell verhindern, dann kann man HiAP nicht umsetzen. Da braucht es ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und von den gesundheitlichen Einflussfaktoren, was ist Krankenversorgung und was ist Gesundheitsförderung“* (I-5).

Im Zusammenhang mit der aktuellen Umsetzung von HiAP in Österreich wird anhand eines Beispiels aus der Steiermark auf das Fehlen von konkreten Maßnahmen hingewiesen. *„Klar ist, dass HiAP eine neue Denkweise ist und die muss irgendwer wollen bevor sie gemacht wird. Die macht sich nicht von selber, die lässt sich auch nicht bottom-up irgendwie einführen, sondern ganz konkret. Wenn z.B. die Gesundheitsziele von allen hätten umgesetzt werden sollen, dann hätte die Regierung beschließen müssen, wir bekennen uns zu den Zielen und werden die Schritte einleiten oder unternehmen, die erforderlich sind, um die Strategie umzusetzen. Und dann hätte jeder in seinem Ressort eine Weisung geben müssen, dass das umzusetzen ist“* (I-9).

4.3 Umsetzung von HiAP in Österreich

Aktuelle Maßnahmen zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik werden von den InterviewpartnerInnen unterschiedlich bewertet. Die Stellungnahmen innerhalb der Kategorie „Umsetzung von HiAP in Österreich“ beziehen sich auf die wichtigsten Maßnahmen für die Umsetzung der HiAP-Strategie (150 Nennungen), gefolgt von den Voraussetzungen, die in Österreich aus Sicht der ExpertInnen und Stakeholder zu schaffen sind (113 Nennungen).

4.3.1 Die wichtigsten Maßnahmen zur Umsetzung von HiAP

Als wesentliche Schlüsselfaktoren zur Schaffung von Strukturen für die kontinuierliche Umsetzung von HiAP wurden Bewusstseins- und Willensbildung besonders häufig genannt. *„Die einzelnen Ministerien müssen wissen, was ist HiAP, was kann die Strategie und welchen Nutzen kann man dadurch für sich selbst erkennen“* (I-1). Fehlendes Commitment der politischen AkteurInnen zur HiAP-Strategie wird als hinderlich für die Umsetzung erachtet. *„Das Konzept HiAP ist ganz einfach zu verstehen, das kann man jeder Person relativ rasch erklären, das ist ja nicht schwer zu verstehen. Aber zur Umsetzung braucht es einen gewissen Willen und ich glaube, dieser Wille ist in Österreich nicht vorhanden“* (I-3). Die Bewusstseinsbildung ist allerdings nicht nur in der Politik, sondern auch in der Bevölkerung notwendig, um eine gemeinsame Vorstellung über eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik herzustellen. *„Ich schätze, da wird es Bewusstseinsbildung brauchen, diesen Gedanken einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu verstehen. Es muss ein gewissen Bild in den Köpfen entstehen, die einen oder anderen haben vielleicht schon mal davon gehört oder auch nicht, aber man muss eine Idee davon bekommen“* (I-1).

Außerdem werden zur Umsetzung von HiAP in Österreich geeignete Strukturen und Leistungen auf sämtlichen Ebenen der Politik, aber auch der Aufbau von Wissen, Fähig- und Fertigkeiten, Engagement und Führungsqualitäten gefordert. *„Erforderliche Ressourcen wie z.B. ausreichend finanzielle Mittel oder Fähigkeiten professioneller Akteure sind zur Verfügung zu stellen, um die soziale und politische Unterstützung zur Verfolgung der HiAP-Strategie gewährleisten zu können“* (I-4).

Die Entwicklung von mehr Zusammenhalt in Bezug auf österreichische Gesundheitsfragen kann Prozesse der partizipativen Einbindung aller politischen Bereiche unterstützen. Um dies zu gewährleisten, ist es erforderlich, *„dass man Capacity Building für dieses Thema betreibt, d.h. Ressourcen zur Verfügung stellen, aber auch, dass man dieses Thema ernst nimmt und in die Ressorts, die davon betroffen sind, hineinträgt. [...] Nicht hineinträgt im Sinne einer Bevormundung, um zu*

sagen: ‚Ihr müsst jetzt eure Strategien an Gesundheit ausrichten und wir diktieren euch für eure Strategien hingehend‘. Es muss einen Dialog geben mit den Ressorts, um eine Win-Win-Situation erzeugen zu können. Ich glaube, dass Kommunikation wichtig ist, auch Vorurteile ausräumen und versuchen, gemeinsame Strategien zu entwickeln. Ich glaube, das ist ein wichtiger Bedingungsfaktor, um HiAP weiter voran zu treiben“ (I-4).

Notwendig ist es auch, Überlegungen anzustellen, wie Verständnis und Bewusstsein über die Voraussetzungen für HiAP in alle politischen Ressorts getragen werden können, ohne dabei den Eindruck zu erwecken, dass der Gesundheitsbereich eine Art politische Vormachtstellung erlangen möchte. „Es sind Mittel und Wege zu finden, wie das Konzept effektiv transportiert werden kann, sodass eine kooperative Haltung im Bewusstsein aller Zusammenhänge aufgebaut und eine flächendeckende Umsetzung ermöglicht werden kann“ (I-5).

Neben den bereits genannten Voraussetzungen wird von den interviewten ExpertInnen und Stakeholdern ein strategischer Kurs gefordert, nach dessen Vorgaben das Konzept von HiAP in Österreich etabliert werden kann. „Eine Einigung zu dem Thema ist auf höchster Ebene notwendig, sodass die untergeordneten Ebenen eine Legitimation für das Handeln nach den Prinzipien von HiAP haben. Ohne offiziellen Auftrag der österreichischen Bundesregierung, für dessen Umsetzung ein langsames und gut fundiertes Handeln unter Einbeziehung aller Betroffenen empfohlen wird, wird die Intersektoralität auf Widerstand und Ablehnung stoßen“ (I-2). Umso notwendiger ist es auch, HiAP bei der Festlegung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich auf Regierungsebene zu berücksichtigen und anzuerkennen. „Für den derzeit auf Bundesebene stattfindenden Gesundheitszieleprozess, wenn der ernst genommen werden soll, wird es einen Ministerratsbeschluss brauchen. Und ob das zusammengebracht wird, weiß ich nicht. Aber so etwas wird man anstreben müssen, das ist ganz klar. Man braucht irgendwie das Commitment der anderen Regierungsmitglieder und es muss dann einen Grundsatzbeschluss geben, der heißt: ‚Wir machen das.‘ und nicht nur: ‚Wir nehmen das zur Kenntnis.‘ und dann tut man erst wieder nichts“ (I-9).

Für die Implementierung und Etablierung von HiAP ist das gemeinsame Handeln aller politischen EntscheidungsträgerInnen und AkteurInnen im Gesundheitswesen von großer Bedeutung. Wichtige Bedingungsfaktoren für das Funktionieren einer intersektoralen Zusammenarbeit sind eine an Gesundheit orientierte politische Strategie und die Schaffung einer offenen und inhaltsorientierten Kommunikationskultur. *„Man darf hier nicht im Sinne eines Missionars tätig sein und alle davon überzeugen wollen, sie müssen jetzt Gesundheit erzeugen. Man muss ein Verständnis erzeugen und Synergien finden mit bestehenden Strategien. Da braucht es eine Kommunikationskompetenz der Akteure, auch Wachsamkeit und Offenheit gegenüber für Gesundheit Zuständigen, [...] im Sinne von ‚über seinen Schatten springen‘ und wirklich in einen Dialog treten anstelle eines Monologs. Wie gesagt, es geht darum Synergien zu suchen“* (I-4).

Gerade dieser Aufbau einer transparenten Kommunikationskultur zwischen sämtlichen politischen Ebenen wird als besondere Herausforderung angesehen. Einige „österreichspezifische“ Einflussfaktoren, z.B. kultureller, politischer oder historischer Natur, werden als Hemmnis für die Etablierung einer solchen Kommunikation wahrgenommen. *„Schwer vorzustellen, dass die österreichische Politik da anders wird. [...] Das hat mit kulturellen Werten auch zu tun. Ich glaube, dass die Qualität, die in der Transparenz steckt, nicht wahrgenommen wird. In Österreich wird eher die Gefahr wahrgenommen, dass mich dadurch jemand ‚aufblättelt‘, die Gefahr, dass ich dadurch meine Ziele nicht erreiche“* (I-2).

4.3.2 Voraussetzende Erfolgsfaktoren für HiAP

Innerhalb dieser Gruppe wurde abermals die Gesundheitsorientierung (39 Nennungen) als wesentlicher Erfolgsfaktor zur Umsetzung von HiAP genannt, gefolgt vom Verständnis des HiAP-Konzeptes (36 Nennungen) bei politischen EntscheidungsträgerInnen und der Schaffung unabhängiger Institutionen (20 Nennungen) im österreichischen Gesundheitswesen. *„Wir brauchen ein generelles Verständnis dafür, dass sich Vieles außerhalb vom klassischen Gesundheitssektor auf die Gesundheit auswirken kann. Ein Verständnis dafür, dass wenn wir eine gesunde Gesellschaft und eine hohe Lebensqualität haben, sich auch die*

Produktivität steigert. Diese Zusammenhänge müssen Politikern klargemacht werden, [...]. Dann geht das in Richtung HiAP“ (I-1).

Generell ist zu bedenken, dass politische EntscheidungsträgerInnen das Strategiekonzept HiAP mit vernünftigen Begründungen und positiven Beispielen verstehen müssen, nur so kann die Umsetzung von HiAP langfristig gelingen. *„Es hat wenig Sinn, wenn ein Konzept nur von den Fachleuten gekannt wird“ (I-9).* Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang allerdings stellt, ist, wie man diesen Informationstransfer bewerkstelligen kann. *„Es ist grundsätzlich sehr schwer politische Entscheidungsträger zu überzeugen. Die PH-Community tut sich immer ziemlich schwer damit herauszufinden, was politische Entscheidungsträger genau an Information brauchen. Da sehe ich ein Problem, das ist universal, egal ob das jetzt in Österreich, England, Niederlande oder Deutschland ist. [...] Manche sagen, wenn man in der Lage ist, das auch monetär darzustellen, also wie viel es an Gewinn bringt für andere Politikbereiche, dass sie in Gesundheit auch investieren oder sich da kümmern, dass wir dann HiAP vorantreiben könnten“ (I-6).*

Im Rahmen der Diskussion, mit welchen Instrumenten HiAP in Österreich umzusetzen ist, wurden unterschiedliche Zugänge erkennbar. *„Konzepte wie HiAP sind für mich ohne HIA schwer vorstellbar, da ohne dieses der sektorenübergreifende Blickwinkel fehlt“ (I-8).* Dies wird jedoch nicht von allen GesprächspartnerInnen so gesehen. *„Es gibt neben HIA auch andere Instrumente für die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, zum Beispiel die Gesundheitsziele oder eine integrierte Gesundheits- und Sozialberichtserstattung. Es gibt aber schon Erfahrungen aus anderen Ländern die sagen, HIA ist ‚DAS‘ Instrument um HiAP umzusetzen. Das kann man für Österreich derzeit noch nicht sagen“ (I-1).*

4.4 Aktivitäten in der österreichischen Gesundheitspolitik

Aktivitäten, die in den letzten zwei Jahren von der österreichischen Gesundheitspolitik ausgehend umgesetzt wurden und aktuell werden, kommen in den Interviews an vierthäufiger Stelle vor, finden sich aber implizit in vielen anderen

Kategorien. Dabei wurden Aktivitäten und Initiativen zu HIA (198 Nennungen) und zum HiAP-Strategiekonzept (58 Nennungen) genannt.

4.4.1 Aktuelle Aktivitäten zur Etablierung von HIA in Österreich

Als Aktivitäten zur Etablierung von HIA in Österreich wurden das HIA-Pilotprojekt (80 Nennungen), das „Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich“ (45 Nennungen) und das österreichweite HIA-Netzwerk (38 Nennungen) am häufigsten genannt, gefolgt von der ersten österreichischen HIA-Fachtagung (16 Nennungen) und den HIA-Seminaren, welche vom Bildungsnetzwerk des FGÖ angeboten werden (11 Nennungen).

Internationale Tools wurden bei der Durchführung des Pilot-HIA zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ beispielhaft herangezogen und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit in Österreich praktisch erprobt. *„Das Ziel vom Pilotprojekt war, in Österreich Erfahrungen mit HIA zu gewinnen, damit man nicht immer nur auf ausländische Modelle verweisen muss. Deswegen war es auch sehr wichtig, dass das HIA-Netzwerk die Möglichkeit zur Teilnahme hatte. Die waren z.B. zum Appraisal-Workshop⁴ eingeladen, was so ein Schlüsselement von HIA ist. [...] So hatte eine breite Community die Möglichkeit, das einmal praktisch zu erfahren, weil die meisten sich bis jetzt nur theoretisch mit HIA auseinandergesetzt haben“* (I-5).

Der Themenwahl für das erste nationale Pilot-HIA wird ein nicht unerheblicher Einfluss auf den möglichen Erfolg des Projektes zugesprochen. Das Themenfeld, in welchem HIA durchgeführt wird, sollte auf Bundesebene aktuell, aber gleichzeitig nicht zu komplex bzw. kontroversiell sein, um die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung des Projektes zu erhöhen. *„Das Thema Kindergesundheit ist für das Pilot-HIA sicher gut geeignet, [...] grundsätzlich gibt es von allen Parteien Zustimmung, mit der Kindergesundheit kann jeder, auch die Bevölkerung. Das Thema hat eine gewisse Anschlussfähigkeit, wird politisch von allen getragen, [...] es ist greifbar, neutral und es gibt nationale Bestrebungen etwas für die*

⁴ Siehe auch Kapitel 6, Abbildung 9: Schematische Darstellung von HIA.

Kindergesundheit zu tun“ (I-1). Die Analyse der möglichen gesundheitlichen Folgeauswirkungen, welche durch die Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahres zu erwarten sind, ist für die Durchführung eines österreichspezifischen HIA-Beispiels gut geeignet. „Die Thematik ist gut gewählt, da meines Erachtens nicht sicher abgeschätzt werden kann, wie die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Entscheidung sein werden und ob hier alle Gruppen in gleicher Art und Weise profitieren oder ob es gesundheitliche Nachteile gibt, die vulnerable Gruppen besonders betreffen. Die Aufgabe ist überschaubar und damit auch grundsätzlich zu bewältigen“ (I-8).

Weitere HIA-Pilotprojekte zur Etablierung des Instruments in Österreich sind wahrscheinlich. Der Fokus etwaiger Folgeprojekte sollte auf der praktischen Erfahrungssammlung und der Evaluierung von Möglichkeiten zur Einbettung in die österreichischen Rahmenbedingungen und Strukturen liegen. *„Es wird auf jeden Fall weitere Pilotprojekte geben. [...] Ein Pilot auf rein nationaler Ebene, was nur Bundesverantwortung ist, wäre sicher interessant. Was auch einmal eine Überlegung war, ein Pilotprojekt zu machen, wo parallel dazu eine strategische Umweltprüfung gemacht wird, um auszuloten, wie man Synergien nutzen kann. [...] Jetzt ist es wichtig, das abzuschließen, es wird ja auch einen Bericht dazu geben, zu den Gesundheitsauswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahres und zu den ‚Lessons learned‘. Es wird sozusagen einen Bericht geben, der darstellt, wie man methodisch im Detail vorgegangen ist, welche Instrumente, welche Tools, was hat sich bewährt, welche Lehren zieht man daraus und was gibt es für Empfehlungen für weitere HIA in Österreich“ (I-5).*

Eine weitere wesentliche Initiative war die Entwicklung des Konzeptes zur Etablierung von HIA in Österreich. Dieses versteht die Institutionalisierung als langfristigen Prozess, um ein gemeinsames Verständnis von HIA entwickeln und den Nutzen des Instruments durch vielfältige Aktivitäten in Österreich aufzeigen zu können. *„Mit dem Konzept gibt die GÖG eine Richtung vor, wie HIA verstanden wird in Österreich. Es gibt ja unterschiedliche Weisen HIA zu interpretieren. Ich finde das gut, das erleichtert die Arbeit in Zukunft. Man erspart sich einen chaotischen*

Richtungsdiskurs, da gewisse Dinge jetzt schon vorgegeben sind. Dieses Dreieck⁵ in der Publikation, also die Positionierung von HIA, das ist eine sehr hilfreiche Darstellung wo HIA gelagert ist“ (I-2). Die Inhalte des Konzeptes sind sehr gut ausgearbeitet und werden als sinnvoll für die weitere Vorgehensweise für HIA in Österreich betrachtet. „Dieses Konzept ist in jeder Hinsicht gelungen, sämtliche Planungsschritte zur Umsetzung sind eingehalten und es ist ein ausreichender Zeithorizont gesetzt. Wenn es der Politik ernst ist mit diesem Vorhaben, sind die Voraussetzungen gut“ (I-8).

Ein Ziel des genannten Konzeptes ist die Erweiterung des österreichischen HIA-Netzwerkes, welches in internationale Netzwerke integriert werden soll. *„Ich glaube, dass das Netzwerk dazu dient, Leute, die schon Vorinformationen haben und prinzipiell an diesem Thema interessiert sind, auf dem Laufenden zu halten [...] und diese auch selber Input leisten können. Gleichzeitig ist es so, dass für die Implementierung interessierte Leute gesucht werden. [...] Es geht darum, einen Pool an interessierten Menschen im Sinne von Multiplikatoren oder Bescheid-Wissenden aufzubauen, um später auch genügend Leute zu haben, sozusagen eine Task Force“ (I-9). Aus der Perspektive eines Mitglieds des HIA-Netzwerkes wird dieses wie folgt beschrieben: „Es gibt ein relativ stabiles HIA-Netzwerk, das immer wieder informiert wird. [...] Es gibt die Website vom GÖG, die ist auch für das Netzwerk angelegt, [...]. Die ist dafür gedacht, dass sich die am Thema HIA Interessierten leicht informieren können. [...] Die Arbeitsgruppentreffen zum Pilot-HIA sehe ich gleichzeitig als Netzwerktreffen. Ich glaube, dass das so vom GÖG intendiert ist“ (I-2).*

4.4.2 Bemühungen zur Umsetzung von HiAP

Neben schriftlichen Absichtserklärungen der österreichischen Bundesregierung und einzelner Landesregierungen konnte in den letzten zwei Jahren die Bereitschaft politischer AkteurInnen, das Konzept von HiAP mitzutragen, mit

⁵ Siehe auch Kapitel 6, Abbildung 8: HIA in Bezug auf Health in All Policies, Gesundheitsförderung und Health Inequalities.

Maßnahmen wie beispielsweise der Kindergesundheitsstrategie (30 Nennungen), der Initiative Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich (26 Nennungen) oder dem intersektoralen Politikdialog (2 Nennungen) gefördert werden. *„Es braucht die Bereitschaft von Entscheidungsträgern, dieses Konzept mitzutragen und wiederholt einzufordern. Leadership und Commitment sind da wichtig und es passiert viel dazu in den letzten Jahren. [...] Nicht nur so Absichtserklärungen, sondern konkrete Maßnahmen. Die Kindergesundheitsstrategie oder die Rahmen-Gesundheitsziele werden jetzt z.B. nach dem HiAP-Ansatz entwickelt“* (I-5).

Auf Bundesebene sind neben den genannten Aktivitäten weitere Maßnahmen geplant, um das Bewusstsein der PolitikerInnen für den Zusammenhang von Gesundheit und politischen Entscheidungen zu stärken. Konkrete Beispiele wurden in diesem Zusammenhang nicht genannt. *„Der Gesundheitszieleprozess trägt dazu bei und es gibt noch viele andere Aktivitäten, die dieses Bewusstsein weiter vorantreiben und weiter fördern. [...] Es gibt noch keine endgültigen Beschlüsse, daher kann ich nicht viel dazu sagen [...]“* (I-7). Die Eignung der Rahmen-Gesundheitsziele, innerhalb kurzer Zeit das Bewusstsein für HiAP zu stärken, wird teilweise in Frage gestellt. *„In Schweden hat die Entwicklung von solchen Gesundheitszielen 20 Jahre gedauert, also in 20 Jahren sind viele Dinge geschehen. Bei uns ist halt immer irgendwie der Glaube, wir machen in einem Jahr die Ziele und dann haben wir sie und dann machen alle das. Dabei übersieht man, dass es ganz viele Leute gibt, die daran überhaupt nicht interessiert sind, die sich dadurch eingeschränkt fühlen, die Angst haben, in ihrer Macht beschnitten werden zu können“* (I-9).

Darüber hinaus teilen nicht alle GesprächspartnerInnen die Meinung, dass das Commitment, Gesundheit in alle Politikbereiche zu bringen, bei österreichischen Regierungsmitgliedern vorhanden ist. Zur Etablierung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich bedarf es laut Stellungnahme einzelner ExpertInnen und Stakeholder noch einer Vielzahl bewusstseinsbildender Maßnahmen. *„Ich sage Ihnen ein schreckliches Beispiel. In Zusammenhang mit den Gesundheitszielen hat es eine Veranstaltung gegeben, wo der Sozialminister und die Bildungsministerin vom Gesundheitsminister eingeladen worden sind. Da war es*

nicht so, wie der Gesundheitsminister es wollte, nämlich dass die Anderen sagen: ‚Ja, da wollen wir mitmachen bei HiAP.‘ Sondern in Wirklichkeit, wenn Sie den beiden Anderen genau zugehört haben, die haben die ganze Zeit gesagt: ‚Na endlich erkennt die Gesundheit, dass Soziales oder Bildung wichtiger sind.‘ Das haben sie gesagt, schön verkleidet natürlich. Und wenn man sich die praktischen Aktionen dann anschaut, dann sieht man das auch. [...] Die haben eher verstanden, dass die jetzt quasi für das, was sie tun, Unterstützung von Gesundheit bekommen. Wogegen ja nichts zu sagen ist, aber es ist immer noch so, dass sie eigentlich der Meinung sind, dass ihr Bereich wichtiger ist und endlich haben das die Anderen auch verstanden. Das ist nicht das, was gemeint ist mit HiAP oder mit einem gemeinsamen Gesamtplan, d.h. da gibt es sicherlich noch ganz schön viel zu tun, wenn man das in Österreich hinbringen möchte“ (I-9). Die Frage, wie viel Zeit die geforderte Bewusstseinsbildung in Anspruch nehmen würde, konnte nicht beantwortet werden.

Unabhängig davon findet vom Gesundheitsressort ausgehend eine Willensbildung zu Ziel und Nutzen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik statt. *„Ich habe das Gefühl, dass jetzt im Gesundheitssektor etwas passiert. Das sollte halt auf einen höheren Level aufsteigen, Parlament, Bundesregierung, Landesregierung, also eine Stufe höher. Denn wenn dort eine Willensbildung zu HiAP passiert, dann kann man von dort ausgehend die Intersektoralität in Österreich organisieren. [...] Wenn die strategische Entscheidung erst einmal getroffen ist, dass zusammengearbeitet werden soll, dann kommt man schneller ins Tun“ (I-2).*

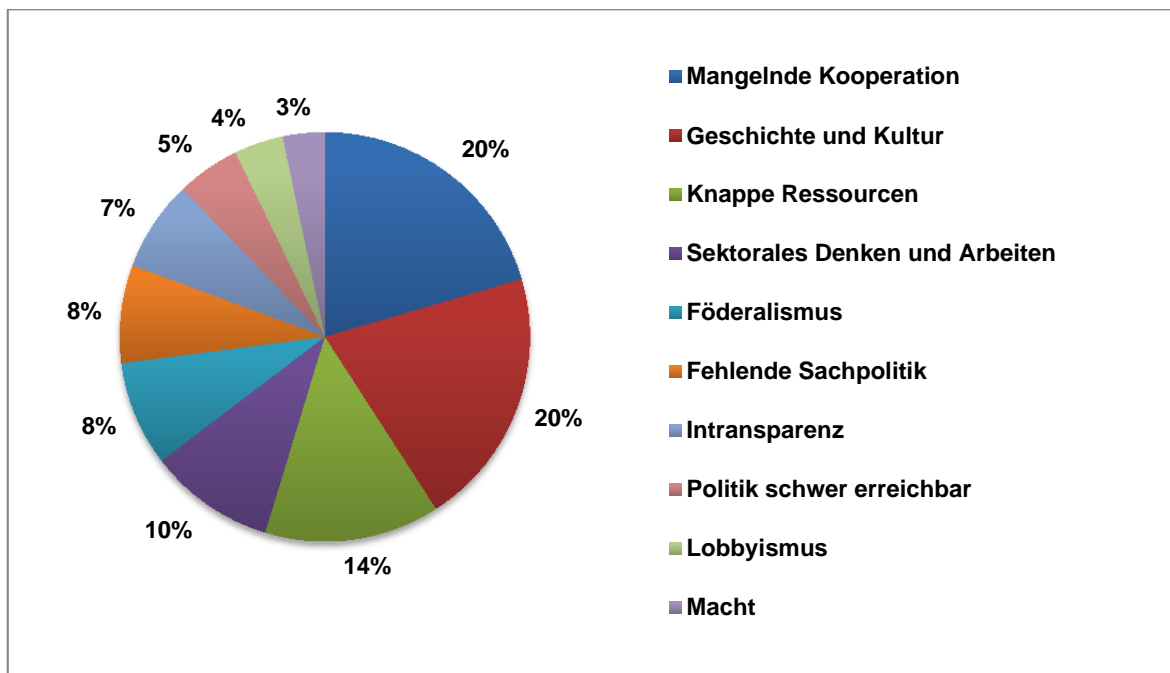
4.5 Politische Rahmenbedingungen in Österreich

Die Beschreibung verschiedener Bedingungen in österreichischen Politikbereichen und für die Umsetzung von HiAP und HIA hinderliche Faktoren (181 Nennungen) sowie die spezifischen Rahmenbedingungen im österreichischen Gesundheitssektor (62 Nennungen) sind zentrale Themen innerhalb der Kategorie „Politische Rahmenbedingungen in Österreich“.

4.5.1 Allgemeine Bedingungen in österreichischen Politikbereichen

Die in der österreichischen Bundes- und Länderpolitik vorzufindenden Rahmenbedingungen werden zum Ausgangspunkt der Bestandsaufnahme über hinderliche Faktoren für die Umsetzung von HiAP in Österreich gemacht. Die innerhalb dieser Unterkategorie genannten Aspekte sind in der folgenden Abbildung 7 ersichtlich.

Abbildung 7: Allgemeine Bedingungen in österreichischen Politikbereichen
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



Die in Österreich unzureichend vorhandene intersektorale Zusammenarbeit unterschiedlicher politischer Bereiche wird in den Interviews wiederholt thematisiert. *„Die Kultur vom Zusammenarbeiten, die ist halt noch nicht gegeben in Österreich, glaube ich. Auch unter den Ministerien, es geht diese bürokratischen Wege immer rauf und runter“* (I-1). Die Schaffung einer guten Kooperationsbasis zwischen den einzelnen Ressorts ist in Österreich schwierig umzusetzen und wird vermutlich viel Zeit beanspruchen. *„So eine Idee, wie die intersektorale Zusammenarbeit zum Wohl der Gesundheit braucht Zeit, das ist vielleicht auch kulturell und geschichtlich bedingt. Das funktioniert in den Ländern besser, wo die Kultur der intersektoralen Zusammenarbeit freundlich gegenüber steht. Und ich habe so das Gefühl, dass das bei uns nicht so der Fall ist. Aber sektorales Denken gibt es*

überall, das ist keine Frage. Aber die Bereitschaft, sich unter ein größeres Thema wie HiAP zu stellen, könnte in Österreich kleiner sein als in England, schaut zumindest so aus“ (I-2).

In diesem Zusammenhang wird auch auf den staatlichen Föderalismus eingegangen, der vom Spannungsfeld der Beziehungen zwischen dem Bund und den einzelnen Bundesländern geprägt ist. *„Eine Herausforderung sind die stark föderalistischen Strukturen und eine immanente Eigenheit der Länder, alles was aus Wien kommt, erst einmal abzulehnen, auch wenn es Sinn macht. Hier hoffe ich auf die Vernunft, denn jede politische Entscheidung hat Einfluss auf die Gesundheit künftiger Generationen. Eine weitere Herausforderung sehe ich in der Bereitschaft der Politik, sich in Fragen der Gesundheit beraten zu lassen, also eine Kultur der Politikberatung zu akzeptieren“ (I-8).* Die Berücksichtigung der föderalen Strukturen in Österreich im Zusammenhang mit der Umsetzung von HIA wird allerdings nicht von allen GesprächspartnerInnen für notwendig erachtet. *„Herausforderungen könnten sein, dass z.B. im Gemeindeumfeld aufgrund der Menge an Leuten, die beteiligt sind, irgendeine kürzere Variante von HIA erforderlich ist, [...] da braucht es vielleicht ein kurzes Instrument, das aber trotzdem alle Aspekte abdecken soll, [...]. Das ist aus meiner Sicht die Herausforderung, aber doch nicht föderale Strukturen. [...] Also aus meiner Sicht ist das völlig uninteressant, ganz im Gegenteil, [...]. Ich sehe wirklich keinen wie immer gearteten Aspekt des Föderalismus, der in irgendwelchen Instrumenten sich abbilden sollte“ (I-9).*

Ein wesentlicher Faktor mit potentielltem Einfluss auf die Umsetzung von HiAP ist die Entwicklung von mehr Sachverstand in der österreichischen Bundes- und Länderpolitik. Dieser ist in den letzten Jahren abhanden gekommen, wodurch die Politik nicht länger in der Lage ist, bestehende Systeme wie beispielsweise das Gesundheitssystem zu steuern. *„Was wir derzeit haben, ist vollkommen absurd. Wir haben lauter Akteure, die weder den Sachverstand haben noch wissen wo sie sind, noch wissen wo sie hinwollen und trotzdem Entscheidungen treffen. Eigentlich das Worst-Case Szenario in jedem Managementbereich, wo man genau weiß, das kann nirgends hinführen. Das Einzige was die wissen, sie wollen an ihren*

Stühlen festhalten, sie wollen Macht bewahren, Einfluss und ihre Netzwerke bewahren. Das hat mit Sachpolitik nichts zu tun. Das ist traurig, aber wahr. Anderen Ländern wird es ähnlich gehen, aber die Diagnose für Österreich ist derzeit wirklich fast so schlimm wie nie zuvor“ (I-3). Die Frage, wie ein solcher Sachverstand in der Politik herzustellen wäre, wurde wie folgt beantwortet: „Das ist immer das leidige Problem, wie bringt man ‚Evidence into Policy‘ und ‚Practice into Policy‘, wie erreicht man diese politischen Ebenen. Ich glaube, die politische Ebene ist in Österreich abgekoppelt, ganz schwer erreichbar. Sie eröffnet Konferenzen, bleibt aber nicht dort, sie wartet ja nicht einmal den dritten Festredner ab, sondern geht gleich wieder. Obwohl genau diese Konferenzen die Schulungsebenen für sie wären, sie sollten ja eigentlich bleiben, könnten viel lernen, aber das ist so quasi diese Überheblichkeit. Diese Nuss ist schwer zu knacken in Österreich, ein wirkliches Rezept gibt es da keines“ (I-3).

Das mögliche Scheitern einer HiAP-förderlichen Kommunikationskultur wird mit der derzeit gelebten Intransparenz der österreichischen Politik begründet. PolitikerInnen würden fehlende Transparenz mit dem Hinweis legitimieren, dass diese in gewissen Belangen bei Gefährdung der öffentlichen Sicherheit gerechtfertigt ist. *„Transparenz wird heutzutage als Gefahr wahrgenommen, mit dem Potential, bestehende Machtstrukturen und politische Netzwerke aufbrechen und den Einfluss von Entscheidungsträgern mindern zu können. [...] Ich vermute daher, dass beim überwiegenden Großteil der politischen Entscheidungsträger HIA zunächst einmal auf Widerstand und Unverständnis stoßen wird. Ich glaube, dass in Österreich sehr stark aus machtpolitischem Kalkül Entscheidungen getroffen werden. [...] Da gibt es schon die offiziellen politischen Entscheidungsträger und dann gibt es die Sozialpartner. Auf Bundesebene wird da viel geregelt, aber eigentlich unter weitgehendem Ausschluss demokratischer Strukturen [...]“ (I-2).*

Das Fehlen umfassender Evaluierungen wird ebenfalls mit dem Thema Intransparenz in Verbindung gebracht. *„Österreich agiert sehr viel aus dieser Black Box heraus, beispielsweise geben wir 300 Millionen Euro für die Schweinegrippe aus, in einem Jahr 300 Millionen Euro. Und es gibt nicht einmal eine Evaluierung. Sie*

wird zwar angesetzt, aber nie veröffentlicht. Wir wissen nicht wofür [...], das war viel Geld und wir haben keine Ahnung wofür. Österreich hat so eine Tradition [...], eine Tradition der fehlenden Transparenz. Letztendlich ist es aber ein Beharren auf diesen alten Routinen, aber das sind die Routinen der 70er-Jahre, die machen keinen Laufschrift in das 21. Jahrhundert. [...] Es sind immer noch die über 60-Jährigen, die glauben zu wissen was wir brauchen. Aber in Wirklichkeit wollen sie nur Macht und Netzwerke erhalten“ (I-3).

4.5.2 Spezifische Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor

Codes, die dieser Untergruppe zuzuordnen sind, finden sich implizit auch in anderen Kategorien. Als Rahmenbedingungen innerhalb des österreichischen Gesundheitssektors werden am häufigsten die Versorgungszentrierung und die Krankheitsorientierung (47 Nennungen) genannt, gefolgt von der fehlenden PH-Tradition (15 Nennungen). *„In Österreich war ja, oder ist ja zum Teil nach wie vor, Gesundheitspolitik sehr versorgungszentriert und es gibt noch wenig Verständnis, was HiAP bedeuten kann, wie man es operationalisiert und dahingehend ist auch das Instrument HIA noch nicht so verbreitet. Ich glaube, das ist auch ein kulturelles Phänomen“ (I-4).*

Im Sinne der Gesundheitsförderung wird die Einbeziehung gesundheitlicher Aspekte bei der Betrachtung politischer Vorhaben als besonders relevant erachtet, jedoch nach Angaben einer interviewten Person in Österreich unzureichend berücksichtigt. *„In Österreich steht die Krankenversorgung nach wie vor im Mittelpunkt und der Zusammenhang von Gesundheit, Armut, Bildung und anderen gesundheitsrelevanten Determinanten wird unzureichend in politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt. [...] Der Begriff Gesundheit ist nach wie vor stark mit Herz-Kreislauferkrankungen, Bewegung und gesundem Essen verknüpft. [...] Dann gibt es noch die Gesundheitsversorgungsthemen, die ja eigentlich Krankenversorgungsthemen sind und uns als Gesundheit verkauft werden“ (I-2).* Diese pathogenetische Betrachtung von Gesundheit und das fehlende Verständnis für

das salutogenetische Modell der Gesundheit nach Aaron Antonovsky⁶ sind Rahmenbedingungen, die im Gesundheitssektor als besonders hinderlich empfunden werden. *„Gesundheit ist als Thema immer mehr präsent und trotzdem missinterpretierten die handelnden Akteure auf politischer Ebene diese Gesundheitsthemen nach wie vor mit Krankheit. Es ist erstaunlich und es wird wahrscheinlich noch ein paar Jahre dauern bis sie endlich verstehen, dass wir eigentlich die ganze Zeit von Gesundheit reden und nicht von Krankheit. [...] Aber umso wichtiger sind dann solche Dinge wie die HIA-Konzeptentwicklung. Man muss einfach stetig bleiben und den Leuten sagen, dass es auch noch etwas anderes als die Krankenversorgung gibt“* (I-3).

Die Schaffung unabhängiger, wissenschaftlich arbeitender Institutionen für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention bzw. PH wäre ein möglicher Erfolgsfaktor für die intersektorale Zusammenarbeit politischer Ressorts in Gesundheitsbelangen. *„Hilfreich wäre es, wenn es ein österreichweites Institut für PH geben würde, ein unabhängiges und wissenschaftlich arbeitendes. So wäre es leichter möglich, in Prozessen unabhängige PH-Positionen zu bekommen, die jetzt in Österreich oft gefärbt sind. [...] Ja, es gibt Institute für Sozialmedizin an den medizinischen Universitäten, aber das sind auch keine Institutionen für PH“* (I-2).

Ähnliche, derzeit in Österreich agierende Institutionen hätten bisher durch politische Einflussnahme und Lobbyismus an Unabhängigkeit eingebüßt, wobei gerade diese Unabhängigkeit zur Bildung neuer strategischer Partnerschaften ein bestimmender Faktor für das Gelingen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ist. *„Wir haben viel zu spät mit diesen PH-Ausbildungen oder Ausbildungen zum Thema Gesundheitsförderung oder Gesundheitsmanagement begonnen, die es erst seit zehn Jahren sukzessive immer mehr gibt. Deshalb haben wir noch immer viel zu viele Leute, die das Thema Gesundheit einfach nicht verstehen. [...] Man*

⁶ Gesundheit und Krankheit sind die Pole eines gemeinsamen multifaktoriellen Kontinuums. Der gesundheitliche Status einer Person auf diesem Kontinuum ist abhängig von den generalisierten Widerstandsressourcen (Schutzfaktoren) und dem daraus entwickelten Kohärenzgefühl, d.h. dem Gefühl der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Franke, 2011, S. 487-488).

kann jetzt noch mit Führungskräften im Gesundheitsbereich darüber diskutieren, ob Armut gesund machen kann oder nicht, ob Armut in Bezug auf chronische Krankheiten ein Indikator ist oder ob es so etwas wie gesundheitliche Ungleichheiten gibt. Die glauben das nicht, das existiert nicht, das sind Entscheidungsträger. Da sind wir einfach weit hinten. [...] Wir haben ja mit dem GÖG so etwas wie ein PH-Institut, da arbeiten ja 400 oder 600 Leute, mit dem ÖBIG. Aber letztendlich ist das Problem in Österreich, dass die Politik sofort Einfluss nehmen will und auch nimmt. Eine Institution in Österreich zu schaffen, die wirklich unabhängig ist, halte ich für ganz schwierig, weil Transparenz in Österreich nicht gewünscht ist“ (I-3).

In Zusammenhang mit der Evaluierung von Projekten, Programmen und Prozessen im österreichischen Gesundheitswesen werden auf die fehlende Standardisierung bei der Durchführung von Evaluierungen und die fehlende Veröffentlichung bzw. Nachvollziehbarkeit von Ergebnissen hingewiesen. *„Österreich steckt in den Kinderschuhen in Bezug auf Prozess- und Ergebnisevaluierungen im Gesundheitsbereich generell. Das gilt für die Krankenversorgung genauso wie für die Gesundheitsförderung, wobei die Gesundheitsförderung sich noch mehr bemüht, Evaluierungen wirklich zu betreiben. [...] Im Gesundheitsbereich zu evaluieren ist in anderen Ländern längst Routine, das ist bei uns noch nicht so“ (I-3).*

Deutlich wird in einem Interview, dass aufgrund unterschiedlicher Interessen der relevanten AkteurlInnen die spezifischen Rahmenbedingungen im österreichischen Gesundheitswesen von vielfältigen Faktoren beeinflusst werden. *„Ich glaube, dass es viele Einflussfaktoren gibt [...] und sich auf die Dauer schön langsam ein gewisser Wandel einstellen wird. [...] Es gibt im Gesundheitssystem sehr viele Player, die ganz bestimmte Interessen haben. [...] Insgesamt muss ich sagen, man braucht eben viele gute Kontakte mit Leuten guten Willens, nicht im Sinne von Bestechung oder Parteifreund, sondern Menschen im Sinne von ‚Dinge ähnlich sehen‘, die miteinander reden, einander unterstützen, einander informieren und einladen, wo jeder diese Haltung von sich aus anderen Leuten mitteilt“ (I-9).*

4.6 Beteiligte AkteurInnen

Codes, die der Kategorie „Beteiligte AkteurInnen“ zuzurechnen sind, kommen hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Nennung an sechster Stelle. In Bezug auf die Verantwortung für die Umsetzung von HiAP wurden Institutionen innerhalb des österreichischen Gesundheitswesens (117 Nennungen) wie beispielsweise die GÖG, das BMG oder die österreichische Sozialversicherung am häufigsten genannt. Politische AkteurInnen außerhalb des österreichischen Gesundheitswesens, wie Institutionen der EU, Bundesministerien oder Bereiche auf Länder- und Gemeindeebene wurden in dem Zusammenhang 102 Mal genannt.

Das österreichische Gesundheitsressort betreffend nehmen ExpertInnen der GÖG für die Etablierung von HIA in Österreich eine bedeutende Rolle ein. *„Die Vorgangsweise ist von der GÖG gut erarbeitet und sinnvoll geplant, das Probe-HIA wird den nötigen Anschub liefern, da engagierte Leute am Werk sind, die sich sehr gut vorbereitet haben. Man wird gut beraten sein, die geplanten Maßnahmen, wie im Konzept vorgegeben, umzusetzen“* (I-8). Bund, Länder und Gemeinden werden als wesentliche PlayerInnen außerhalb des Gesundheitsbereichs mehrfach erwähnt. Dabei wird in einem Interview deutlich, dass die frühzeitige Einbindung von Verantwortlichen unterschiedlicher Entscheidungsebenen in HIA-Projekte wesentlich für den Erfolg der selbigen ist. *„Es tauchen immer wieder Fragen auf und wenn ich dann niemanden habe, der sich mit dem jeweiligen Thema auskennt, bleiben Fragen offen und der Prozess stehen. [...] Was auch entscheidend ist, dass alle relevanten Akteure der jeweiligen politischen Bereiche frühzeitig eingebunden werden, [...] sonst wird weder HiAP noch HIA mitgetragen, die identifizieren sich dann nicht damit und sagen, Ihr sagt uns sicher nicht was wir tun sollen, d.h. immer alle Akteure von Anfang an einbinden“* (I-1).

4.7 Genannte Referenzen

Wesentliche von den GesprächspartnerInnen genannte Referenzen sind Best Practice-Beispiele jener Länder, die über langjährige Erfahrungen bei der

Umsetzung von HiAP bzw. im Umgang mit HIA verfügen (83 Nennungen). Die internationalen Erfolgsfaktoren wurden 32 Mal erwähnt.

4.7.1 Best Practice-Beispiele

Insbesondere Länder des angloamerikanischen und des skandinavischen Raumes haben aufgrund deren Historie einen anderen Zugang zu den Voraussetzungen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Beispielsweise hat Großbritannien unter der Regierung Thatcher (1979 – 1990) erlebt, wie sich politische Entscheidungen durch ihren Mangel an Planung und strategischem Denken, mit negativen Folgen für Krankenhausverwaltung und PatientInnen, auswirken können. *„Die Verschärfung der sozialen Prozesse und die damit einhergehende Reduktion von Gesundheit war schmerzhaft wahrnehmbar und hat ein Bewusstsein für die Bedeutung von HiAP geschaffen. Dieses Bewusstsein fehlt in Österreich, da die Bevölkerung ähnlichen Reformstrategien nie ausgesetzt war“* (1-2). Aus diesem Grund ist es vermutlich kein Zufall, dass das öffentliche National Health Service (NHS) Großbritanniens die Strategie einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik durch Berücksichtigung der gesundheitlichen Auswirkungen von politischen Entscheidungen gezielt verfolgt. *„Diese Auswirkungen auf die Gesundheit werden vom Staat vielleicht nicht so sehr wahrgenommen wie in einem NHS, wo sich das total auf das Budget niederschlägt. [...] Was HIA betrifft, hat Wales ein sehr cleveres Konstrukt, weil sie politisch und wissenschaftlich verankert sind. Und das ist zwanglos, das bedeutet, die Support-Unit ist unterstützend für den HIA-Prozess da, die machen auch einige HIA. [...] In erster Linie geht es aber um Service, HIA ist keine Gesetzesvorlage. Wales hat die bewusste politische Strategie, HIA einzusetzen, aber nur im Bedarfsfall und unter gewissen Bedingungen mit gewissen Kriterien“* (1-2).

Neben Großbritannien werden Finnland, Schweden, Neuseeland und Australien wiederholt als Vorzeigeländer mit einem breiten Verständnis für die Einsatzmöglichkeiten von HIA und die multisektorale Verantwortungsübernahme für Gesundheit genannt. *„Jedes Land hat seine Besonderheiten im Umgang mit dem Instrument, begründet durch das jeweilige Gesundheitsversorgungssystem, die*

politische Steuerung und die Finanzierung des Gesundheitswesens. Viele Länder innerhalb der EU streben momentan nach einer effektiven Etablierung von HIA, wobei Überschneidungen und Zuständigkeitsfragen in Bezug auf andere Assessments⁷ noch unzureichend geklärt sind. Speziell in jenen Ländern, in denen HiAP stark ausgeprägt ist, findet eine Fokussierung in Hinblick auf den vermehrten Einsatz von HIA statt“ (I-8). Vor allem Schweden wird in engem Zusammenhang mit förderlichen Voraussetzungen für HiAP wiederholt hervorgehoben. „In Schweden beispielsweise, da sind insgesamt die behördlichen Strukturen anders, die Kultur ist eine andere, man achtet viel mehr auf soziale Komponenten. [...] Die können häufiger schon existierende Strukturen nutzen, beispielsweise um Bevölkerungsgruppen zusammen zu trommeln, um mit denen intensive Gespräche zu führen“ (I-6).

Allerdings ist die erfolgreiche Durchführung von HIA auch stark davon abhängig, welche Regierung gerade im jeweiligen Land vorzufinden ist. „Es gibt Länder, wie z.B. Neuseeland, wo HIA sehr gut abgesichert und gut durchdacht ist. In Australien ist das in einigen Bundesstaaten der Fall, aber nicht unbedingt durchgehend. Und Holland, UK, Skandinavien, wo eher punktuell etwas stattfindet oder wo es Phasen gegeben hat, wo es fundierter war und dann wieder nicht. [...] In Holland hat dieses Thema eine Zeit lang sehr geboomt, dann kam eine andere Regierung, die ganz eine andere Vorstellung von Gesundheitspolitik hatte, und das Thema war weg. Oft wird ein bisschen mit Neid oder mit Wunsch auf andere Länder geschaut, aber da ist auch nicht immer alles so einfach und rosig [...]“ (I-5).

4.7.2 Internationale Erfolgsfaktoren

Zentrale Elemente für die Etablierung von HIA sind die fachliche Aufbereitung des Themas, der Aufbau einer anerkannten Expertise und die Entwicklung von Guidelines, welche bei der Durchführung eines HIA von allen Beteiligten zu berücksichtigen sind. „Diese HIA-Guidelines sind gewachsene Strukturen, deshalb gibt es ja

⁷ Unter dem Begriff „andere Assessments“ werden an dieser Stelle Prüfungsverfahren wie beispielsweise die UVP oder Überprüfungen zur Katastrophenprävention verstanden.

auch so viele. In Australien, Neuseeland, Wales, die haben alle ihre eigene Geschichte entwickelt mit HIA und haben ihre eigenen Rückschlüsse in den Guidelines niedergeschrieben und publiziert“ (I-2).

Länder mit einer stark ausgeprägten PH-Tradition, z.B. Finnland oder Schweden, stehen den Möglichkeiten von HIA zur Unterstützung politischer Entscheidungsfindung offener gegenüber. Auffallend ist auch der Unterschied im Umgang mit HIA zwischen angelsächsischen und deutschsprachigen Ländern im Allgemeinen. *„Während im deutschsprachigen Raum der eindimensionale, behördliche, wenig beteiligungsorientierte Zugang zu HIA besteht, ist im angelsächsischen Raum die Grundhaltung des PH-Zugangs mit Werten wie z.B. Partizipation, Transparenz und Empowerment ausschlaggebend für die gesteigerte Akzeptanz von dem Instrument“ (I-9).* Die unterschiedliche Umsetzung von HIA ist teilweise auch ein kulturelles Phänomen, abhängig vom Verständnis einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und der Etablierung von Themen wie Demokratie, Transparenz oder Partizipation. *„Je stärker die direkte Demokratie verankert ist, desto größer ist auch die Bereitschaft, Entscheidungsprozesse mit dem Fokus auf mehr Gesundheit durchzuführen. Fundierte, evidenzbasierte Aufbereitung politischer Themen und Transparenz können so besser gewährleistet werden“ (I-5).* Darüber hinaus hätten stark versorgungszentrierte Gesundheitssysteme größere Schwierigkeiten bei der operationalen Umsetzung von HiAP und HIA als jene Systeme, die Gesundheitsförderung und Prävention bewusster fokussieren bzw. auf eine lange PH-Tradition zurückblicken können. *„Es gibt halt Länder, die irgendwo noch ein bisschen rational handeln, wie z.B. die skandinavischen Länder. Die versuchen Dinge umzusetzen, von denen sie überzeugt sind. Die wissen schon, dass Bildung wichtig ist, daher investieren sie auch in Bildung. Wir tun das nicht“ (I-3).*

Ein weiterer Erfolgsfaktor für die effektive Umsetzung von HIA ist, mit Blick auf internationale Erfahrungen, die unterschiedliche Kultur im Umgang mit Datenerhebungen und die Zusammenführung von Daten aus unterschiedlichen Registern. *„Schweden oder Dänemark, Länder die in Gesundheitsfragen wiederholt als Vorzeigebispiele genannt werden, haben einen sehr diplomatischen Zugang zu den*

Themen Datenerhebung und Veröffentlichung gesundheitsrelevanter Daten. In Österreich wird der Datenschutz manchmal leichtfertig zur Legitimierung fehlender Daten verwendet, wodurch Hürden bei der Umsetzung von HiAP und HIA entstehen“ (I-2).

4.8 Dargestellte Ausgangslage in Österreich

In den letzten zehn Jahren hat die Etablierung von HIA zur verstärkten Berücksichtigung der gesundheitlichen Aspekte politischer Entscheidungen und Maßnahmen in europäischen Ländern in einem unterschiedlichen Ausmaß stattgefunden. *„Im internationalen Vergleich steht Österreich erst am Anfang des systematischen Einsatzes von HIA. Interessant und vielversprechend erscheint mir der Ansatz, die Einführung schrittweise vorzubereiten und Menschen zu identifizieren, die dann in Schlüsselbereichen, verteilt über alle Sektoren, den Gedanken verbreiten und unterstützen“ (I-8).*

Ein konkreter HIA-Trend ist laut Angaben der ExpertInnen und Stakeholder auf europäischer Ebene nicht zu erkennen, da derzeit noch unterschiedliche Ideen bei der Umsetzung von HIA verfolgt werden. Diese Tatsache wird als mögliche Beeinträchtigung für die Institutionalisierung von HIA in Österreich thematisiert. *„Wenn man jetzt speziell an HIA denkt, was ja auf EU-Ebene und WHO-Ebene empfohlen wird, ich glaube, das wird in Österreich nur dann etwas, wenn es auch international mit dem Thema weitergeht. [...] Letztendlich wird es sehr davon abhängen, was international passiert. Österreich wird ja meistens von Prozessen gefärbt, die im Ausland passieren. Also wenn im Ausland Dinge passieren, dann machen wir ja meistens irgendwas nach“ (I-3).*

Bislang haben sich nur wenige Fachleute intensiver mit dem Instrument beschäftigt. Im Zuge der Konzeptentwicklung zur Etablierung von HIA in Österreich konnte jedoch die Aufmerksamkeit politischer EntscheidungsträgerInnen gezielt auf dieses Thema gelenkt werden. *„Es hat sich sehr viel getan in den letzten Jahren, es gibt großes Interesse an HIA, [...]. Da ist mittlerweile schon eine Dynamik entstanden, aber trotzdem stehen wir in Österreich noch am Anfang. Es gibt Länder,*

die haben schon zehn bis 15 Jahre Geschichte mit HIA. Bei uns werden jetzt gerade die ersten HIA gemacht, abgesehen von einigen Masterarbeiten zu dem Thema“ (I-5). Oft wurde darauf hingewiesen, dass in den letzten zwei Jahren das Interesse der gesundheitspolitischen AkteurInnen an dem Instrument HIA zur gesunden Gestaltung von Lebenswelten in Österreich gestiegen ist. „Die Etablierung von HIA steckt in Österreich absolut noch in den Kinderschuhen. Auf Experten-ebene passiert jetzt aber schon einiges, das ist ja auch eine explizite Strategie vom GÖG. [...] Da geht es um das Capacity Building-Framework. Die erste Strategie ist, dass man einmal die Experten und Netzwerke darüber informiert und sozusagen für Brainpower sorgt. [...] Willensbildung ist entstanden und im Gesundheitsministerium genauso. Da gibt es einen gewissen Willen, HIA einmal genau anzuschauen. Das war vor zwei Jahren noch nicht so, das ist schon ein großer Schritt. [...] Zuerst muss man das Instrument innerhalb vom Gesundheitsministerium bekannt machen und Akzeptanz schaffen. Wenn das gelingt, kann man damit in die Breite gehen“ (I-2).

Die notwendige Bereitschaft des BMG, sich für die institutionelle Verankerung einzusetzen, wird wiederholt angesprochen. *„Ich glaube, unter dem Gesundheitsminister Stöger, der ein Verständnis für HIA hat, ist es im Gesundheitsressort stark verankert und es gibt eine starke Akzeptanz. Die drei Auftraggeber des Pilot-HIA haben ja auch gezeigt, dass sie für dieses Thema einstehen und es als wichtig erachten, sonst hätten sie das Pilotprojekt ja auch nicht beauftragt. [...] Was die Akzeptanz betrifft, muss man sich überlegen, wie man die anderen Ressorts mit ins Boot holt. Das ist das Entscheidende an dem Ganzen“ (I-4).*

5 Health in All Policies als globale Strategie

Die intersektorale Zusammenarbeit aller politischen Ressorts wurde bereits im Jahr 1978 bei der „Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung“ in Alma-Ata als fundamentales Prinzip zum Schutz und Förderung der Gesundheit festgelegt (World Health Organization, 1978, S. 1). Seit diesem Zeitpunkt weisen zahlreiche Publikationen der WHO und Stellungnahmen auf EU-Ebene auf die Notwendigkeit einer effektiven HiAP-Strategie zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts hin (World Health Organization, 2008, S. 64-67).

Laut Definition der WHO ist Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und als grundlegendes Menschenrecht zu berücksichtigen. Die Erreichung dieses höchstmöglichen Gesundheitszustandes kann durch Zusammenarbeit sozialer und ökonomischer Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors realisiert werden (World Health Organization, 1978, S. 1-2). Internationale und nationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass verpflichtende Umsetzungsstrategien zur Berücksichtigung der gesundheitlichen Aspekte in relevanten Feldern der Politik und zur intersektoralen Kooperation insgesamt noch unzureichend verfolgt werden (World Health Organization, 2008, S. 69-70).

Das grundlegende Dokument zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ist die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, welche politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen als wesentliche Voraussetzungen für HiAP identifiziert (World Health Organization, 1986, S. 3). Die Charta wurde 1986 nach Abschluss der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung von der WHO verabschiedet und beschreibt wesentliche Strategien und zu priorisierende Maßnahmen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und HiAP. Die nachhaltige Förderung der Gesundheit soll durch ein koordiniertes Zusammenwirken von Regierungsmitgliedern, Verantwortlichen im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, EntscheidungsträgerInnen in nicht-

staatlichen und selbstorganisierten Institutionen und VertreterInnen aus Industrie und Medien ermöglicht werden. Damit soll der Gesundheitssektor nicht allein die Verantwortung für die Gesundheit tragen (World Health Organization, 1986, S. 2).

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als die medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden“ (World Health Organization, 1986, S. 3).

Die TeilnehmerInnen der Konferenz bekannten sich zu der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik entsprechend den moralischen und sozialen Werten der Ottawa-Charta. Dieser Aufruf zu internationalem Handeln bei der Förderung der öffentlichen Gesundheit hat dazu geführt, dass das HiAP-Konzept mittlerweile auch außerhalb des Gesundheitsbereiches verbreitet werden konnte. Obwohl Potential und Nutzen der HiAP-Strategie unbestritten sind, wurden die damals gestellten Forderungen bislang nicht zur Gänze umgesetzt (World Health Organization, 2008, S. 69-70).

„It starts by looking at the effects of agricultural, educational, environmental, fiscal, housing, transport and other policies of health. [...] Failing to collaborate with other sectors is not without its consequences. It affects the performance of health systems and, particularly, primary care“ (World Health Organization, 2008, S. 70-71).

5.1 Neuorientierung im Gesundheitswesen

Auf Basis der Rechtsgrundlage für die Gesundheitspolitik der Gemeinschaft Artikel 152 EG-Vertrag (übereinstimmend mit Artikel 168 im ratifizierten Vertrag von Lissabon, 2007) war im Jahr 2006 die verstärkte Berücksichtigung von HiAP bei politischen Entscheidungen innerhalb der EU das Leitthema der finnischen EU-Ratspräsidentschaft. Im Gemeinschaftsvertrag der EU (Vertrag von Amsterdam, 1997) wurde dazu festgehalten, dass ein hoher Grad an Gesundheitsschutz

bei der Festlegung und Umsetzung der europäischen Politik in allen EU-Mitgliedsländern sicherzustellen ist (Ståhl et al., 2006, S. 3-16).

„The HiAP approach is based on the recognition that population health is not merely a product of health sector activities, but to a large extent determined by living conditions and other societal and economic factors, and therefore often best influenced by policies and actions beyond the health sector“ (Ståhl et al., 2006, S.4).

Im Anschluss an die EU-Präsidentschaft von Finnland wurde die EU-weite Verankerung des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ in Europa verstärkt gefordert. So wurde zum Beispiel HiAP als eines der vier Schlüsselprinzipien der Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ definiert (Commission of the European Communities, 2007, S. 6).

Die „Adelaide Erklärung“ zu Gesundheit in allen Politikbereichen, welche 2010 im Bundesstaat Südaustralien unter Patronanz der WHO von den teilnehmenden Staaten verabschiedet wurde, weist darauf hin, *„dass ein neues Sozialabkommen zwischen allen Sektoren notwendig ist, um Fortschritte bei der menschlichen Entwicklung, der Nachhaltigkeit und Chancengleichheit zu erzielen und um die Gesundheit zu verbessern“* (World Health Organization, 2010, S. 1). Die geforderten Fortschritte seien durch eine vernetzte und sektorenübergreifende Regierungsführung möglich und umfassen alle politischen Ebenen und Hierarchien eines Staates (World Health Organization, 2010, S. 1).

Neben der Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit sind Partizipation, Empowerment und aktive Teilhabe der Bevölkerung bei der geforderten Neuorientierung im Gesundheitswesen zu berücksichtigen (Kickbusch, 2006, S. 101-103). Ilona Kickbusch, Mitautorin der Ottawa-Charta und weltweit anerkannte Gesundheitsexpertin, vertritt die Ansicht, dass sich die Gesundheitspolitik zu einer partizipativen Politik entwickeln sollte, welche die Beteiligung und die Stärkung der Kompetenz der Bevölkerung sowie die Förderung von Handlungsautonomie vorsieht. Das Gesundheitswesen dürfe sich nicht auf die Krankenversorgung beschränken. Ein Umdenken in Richtung Gesundheitsförderung solle vom Staat er-

möglichst werden, sodass BürgerInnen als aktive TeilnehmerInnen in ihre Gesundheit investieren und andere Menschen dazu anregen können. Die Förderung von Gesundheit sei dabei in den Mittelpunkt der vielfältigen Lebens- und Konsumwelten des modernen Alltags zu stellen (Kickbusch, 2006, S. 101-106). Darüber hinaus ruft auch sie zur Zusammenarbeit aller politischen Bereiche und EntscheidungsträgerInnen sowie zur Übernahme einer globalen Verantwortung für das Gesundheitssystem auf (Kickbusch, 2006, S. 132-137).

In Bezug auf die ökonomische Bedeutung der HiAP-Strategie ist festzuhalten, dass der verbesserte Gesundheitszustand einer Bevölkerung, gemessen an den gewonnenen Lebensjahren in Gesundheit, beispielsweise Lebensqualität, Produktivität, Lernvermögen, Sicherheit und Möglichkeiten zur sozialen Eingliederung positiv beeinflussen kann (Naidoo & Wills, 2010, S. 268-272). Die Verbesserung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung, die Reduktion von Chancenungleichheiten und der Abbau sozialer Gefälle sind wesentliche Voraussetzungen für das Erreichen der sozialen und wirtschaftlichen Ziele einer Gesellschaft (World Health Organization, 2010, S. 2). Die bereits erwähnte Strategie der Europäischen Kommission „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ zielt ebenfalls auf die Besserung von Wohlstand, Solidarität und Sicherheit aller BürgerInnen der EU ab. Dies soll durch einen verbesserten Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und durch die Verbreitung von gesundheitsbezogenem Wissen erfolgen (Europäische Kommission, 2011).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik von internationalen Organisationen und VertreterInnen der europäischen und internationalen Gesundheitspolitik gefordert wird. Dies gründet auf einem gemeinsamen Verständnis darüber, dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Leistung einer Gesellschaft und der ökonomischen Entwicklung eines Landes besteht. Wesentlich zu beachten ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die internationale Umsetzung von HiAP bislang unzureichend erfolgt (Ståhl et al., 2006, S. 22-35).

5.2 Anforderungen an Gesundheit in allen Politikbereichen

Die gelungene Integration von Gesundheit, Wohlbefinden und Chancengleichheit bei der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen und Dienstleistungen erfordert laut der „Stellungnahme von Adelaide“ folgende Voraussetzungen (im Folgenden nach: World Health Organization, 2010, S. 2):

- Die Regierungsführung erfolgt durch Vernetzung aller politischen Bereiche.
- Systematische Prozesse berücksichtigen die Interaktionen zwischen politischen Sektoren.
- Interessen werden vermittelt.
- Rechenschaftspflichten, Transparenz und partizipative Prozesse sind vorhanden.
- Die Zusammenarbeit mit Betroffenen außerhalb der Regierung findet statt.
- Partnerschaften und Vertrauen werden von praxisorientierten, sektorenübergreifenden Initiativen aufgebaut.

Diese Grundlagen sollen durch Maßnahmen geschaffen werden, die veränderte Denkweisen in der Politik und neue Möglichkeiten der Entscheidungsfindung anregen. Erfolgversprechende Schlüsselfaktoren bei der Umsetzung von Gesundheit in allen Politikbereichen seien Allianzen und Partnerschaften, die beiderseitige Interessen anerkennen und gemeinsam gesundheitsorientierte Ziele verfolgen (World Health Organization, 2010, S. 2). Leistungsstarke Prozesse können auf hohen politischen Ebenen durch umfassendes Engagement der Regierung und ihrer Mitglieder entwickelt werden, wobei Verantwortlichkeiten in die Gesamtstrategien und -ziele des jeweiligen Staates zu integrieren sind. Die gemeinsame Entscheidungsfindung und Rechenschaftspflicht ist zu ermöglichen, ebenso Offenheit und die Förderung von neuen Modellen zur Zusammenführung von sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Zielen (World Health Organization, 2010, S. 2-3).

In Bezug auf aktuell durchgeführte Maßnahmen in Österreich, die den genannten Forderungen entsprechen, können an dieser Stelle beispielhaft die Entwicklung

der Rahmen-Gesundheitsziele, die Durchführung des Pilot-HIA zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ und die Kindergesundheitsstrategie genannt werden.

5.2.1 Neue Aufgabenbereiche in der Gesundheitsversorgung

Im Gesundheitssektor sind künftig neue Formen der Kooperation und Vernetzung, den Anforderungen von Gesundheit in allen Politikbereichen entsprechend, erforderlich (im Folgenden nach: World Health Organization, 2010, S. 1-3):

- Die politischen Agenden aus anderen Bereichen wie z.B. Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik müssen inhaltlich verstanden und berücksichtigt werden, z.B. Beratung über mögliche gesundheitliche Auswirkungen beim Bau einer Wohnhausanlage in einem Gebiet mit schlechter Verkehrsanbindung.
- Eine Wissens- und Informationsbasis zu möglichen Handlungsalternativen ist durch einen nach außen orientierten Gesundheitssektor aufzubauen.
- Bei politischen Entscheidungsprozessen ist die Bewertung von möglichen gesundheitlichen Folgen durchzuführen, z.B. wurden in London die gesundheitlichen Auswirkungen der Olympischen Spiele 2012 auf die Bevölkerung mittels HIA erfasst und bewertet.
- Sektorenübergreifende Arbeit und integrierte Politikgestaltung sind hinsichtlich deren Wirksamkeit zu überprüfen, was eine evidenzbasierte Herangehensweise erfordert.
- Plattformen und Diskussionsforen sind zu errichten, um mit anderen Politikbereichen Probleme lösen zu können. Dabei ist insbesondere die Besetzung durch Personen mit entsprechendem Know-How sicherzustellen.
- Zur gemeinsamen Zielerreichung und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ist die Zusammenarbeit mit anderen Staatsorganen, ungeachtet deren organisatorischer, verwaltungstechnischer oder örtlicher Zugehörigkeit, erforderlich.

5.2.2 Internationale Initiativen gesundheitsförderlicher Gesamtpolitik

Die Umsetzung des HiAP-Konzeptes erfolgt international nach unterschiedlichen Ansatzpunkten und Strategien. Die Errichtung intersektoraler Gremien, die Entwicklung von sektorenübergreifenden Gesundheitszielen oder die Erstellung von an Gesundheitsdeterminanten orientierten Berichten sind einige der gängigsten Umsetzungsmöglichkeiten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012). Beispielsweise wird in Finnland in allen Feldern der Politik die Gesundheitsförderung berücksichtigt und die durch politische Entscheidungen berührten gesundheitlichen Aspekte bei der Gesetzgebung evaluiert. Zu diesem Zwecke werden etwa ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich in anderen politischen Bereichen eingesetzt. Dadurch soll ebendort das Bewusstsein der politischen EntscheidungsträgerInnen für gesundheitliche Folgen geplanter Entscheidungen hergestellt und somit die angestrebte intersektorale Umsetzung gesundheitsbezogener Vorgaben ermöglicht werden (Stähl et al., 2006, S.3-18).

Neben der bereits genannten „Adelaide Erklärung“, welche zukünftige Herausforderungen für den Gesundheitssektor in seiner neuen Rolle beschreibt, unterstreichen folgende Ereignisse die Relevanz von HiAP auf europäischer und globaler Ebene. Die Vereinten Nationen hielten im September 2011 einen UNO-Gipfel zum Thema „Prävention und Kontrolle nicht-infektiöser Krankheiten“ in New York ab. Die politische Deklaration weist auf die Notwendigkeit eines gesamtpolitischen und gesamtgesellschaftlichen Ansatzes zur Gesundheitsförderung hin, um die größten Gesundheitsprobleme der Welt, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs oder Diabetes mellitus, bewältigen zu können. Unter den TeilnehmerInnen herrschte die Übereinkunft, bis 2013 nationale Strategien und Pläne zur Prävention und Kontrolle von nicht-infektiösen Krankheiten fördern, unterstützen und in ihrer Wirksamkeit zunehmend stärken zu wollen (United Nations, 2011, S. 1-9).

Die sozialen Determinanten der Gesundheit waren Thema bei der Weltkonferenz der WHO in Rio de Janeiro im Oktober 2011. Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sollen durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Politikbereiche aller hierarchischen Ebenen reduziert werden, da jeder Mensch ein Recht auf gute

Gesundheitschancen habe. Die WHO-Generaldirektorin Margaret Chan forderte die TeilnehmerInnen von 125 Regierungen, unter denen auch Österreich vertreten war, dazu auf, die gesundheitliche Chancengleichheit zu einem politischen Ziel zu erklären. Die Forderung, gesellschaftliche Sektoren und Systeme von den Chancen auf ein Leben in Gesundheit zu überzeugen, wurde in der „Politischen Erklärung von Rio zu den sozialen Determinanten von Gesundheit“ von allen dort anwesenden RegierungsrepräsentantInnen gemeinsam verabschiedet (World Health Organization, 2011, S. 1-7).

Darüber hinaus wird im Juni 2013 in der finnischen Hauptstadt Helsinki die 8. Gesundheitsförderungskonferenz der WHO zum Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“ stattfinden. Wesentliche Kernthemen der Konferenz sind (Ministry of Social Affairs and Health Finland, S. 1-2):

- Herangehensweisen, wie das Konzept HiAP in allen Politikbereichen nachhaltig umgesetzt werden kann,
- der Nutzen für die Gesellschaft,
- Berichte von Ländern, die bereits auf positive Erfahrungen zurückblicken können und
- effektive Mechanismen und erforderliche Strukturen für die Umsetzung.

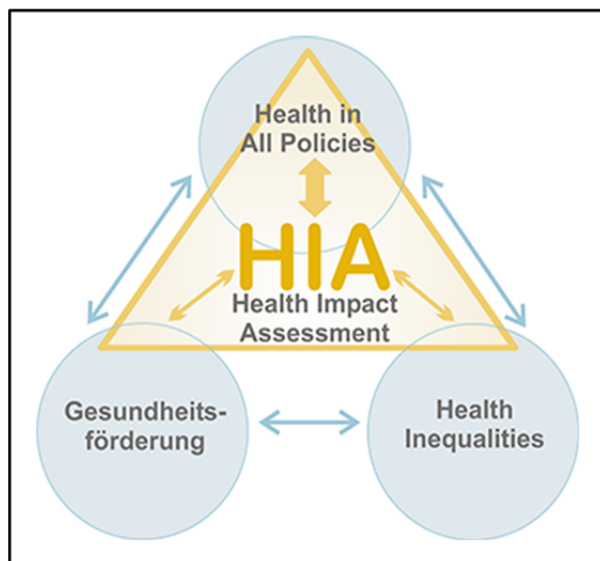
6 Health Impact Assessment

Die effektive Umsetzung einer multisektoralen Gesundheitsstrategie zeichnet sich durch die Verantwortungsübernahme gesundheitsferner Politikbereiche für die gesundheitlichen Konsequenzen politischen Handels zum Ziel einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit aus (Birley, 2011, S. 2-7). HIA vermag den Prozess gesundheitspolitischer Entscheidungsfindung zu unterstützen, indem legitimierte AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen angemessen informiert und über Handlungsoptionen unter Einbeziehung des Gesundheitsaspektes aufgeklärt werden. HIA fördert die Integration des Themas Gesundheit in andere politische Ressorts mit deren spezifischen Zielen und Prioritäten und unterstützt im Sinne der Verhältnisprävention die gesundheitliche Gestaltung von Lebenswelten (World Health Organization, 2012a).

Bei der praktischen Umsetzung werden sowohl die gesundheitlichen als auch die sozialen Ungleichheiten berücksichtigt und Maßnahmen zur Reduktion der Ungleichheiten aufgezeigt (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2010, S. 6-7). Mit dem Ziel, durch Aktivitäten und deren Ergebnisse die Akzeptanz einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu unterstützen, könne HIA einen wichtigen Beitrag für die verstärkte Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen Politikfeldern leisten (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2010, S. 5).

Wie in Abbildung 8 dargestellt, ist HIA ein konkretes Anwendungsinstrument, welches die teilweise sich überlagernden Strategien HiAP, Gesundheitsförderung und „Health Inequalities“ in der praktischen Umsetzung miteinander verbindet. Durch ein partiell standardisiertes und methodisches Vorgehen werden die positiven und negativen Gesundheitsauswirkungen politischer Vorhaben, z.B. die Olympischen Spiele 2012 in London, auf die Gesundheit der Bevölkerung bereits in der Planungsphase erfasst.

Abbildung 8: HIA in Bezug auf HiAP, Gesundheitsförderung und Health Inequalities
Abbildungsquelle: Gesundheit Österreich GmbH, 2012b



Im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik sollte die Berücksichtigung der potentiellen Gesundheitsauswirkungen durch die intersektorale Abstimmung in allen Politikfeldern sichergestellt werden (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2010, S. 8).

6.1 Definition von HIA und Begriffsbestimmung

Für den Begriff HIA gibt es im deutschen Sprachraum unterschiedliche Übersetzungen, wobei sich bislang weder Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) noch gesundheitliche Folgenabschätzung (GFA) oder gesundheitliche Wirkungsbilanz (GWB) als allgemeine Bezeichnung durchsetzen konnten. Während auf EU-Ebene über die Gesundheitsverträglichkeit von europäischen Politikentscheidungen gesprochen wird, scheint sich laut Aussage der neun interviewten ExpertInnen und Stakeholder der Begriff Gesundheitsfolgenabschätzung derzeit in Österreich zu etablieren. Um den weiteren Lesefluss zu erleichtern und möglichen Verwechslungen vorzubeugen, wird in dieser Arbeit der international gebräuchliche Begriff HIA verwendet. Zur Vereinheitlichung und Bündelung einzelner HIA-Initiativen und zur Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für HIA wurde 1999 von der WHO das sogenannte „Gothenburg Consensus Paper“ veröffentlicht.

„HIA is a combination of procedures, methods and tools by which a policy, programme 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, S. 4).

Mithilfe unterschiedlicher Verfahren, Methoden und Werkzeuge können Strategien, Programme und Projekte hinsichtlich deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung abgeschätzt und beurteilt werden. In Anlehnung daran definiert die GÖG das Instrument HIA als einen systematischen Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. HIA trage dazu bei, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informierter zu gestalten (Gesundheit Österreich GmbH, 2012b).

Die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit, die sich an der Ottawa-Charta, den Gesundheitsdeterminanten und gesundheitlichen Chancenungleichheiten orientiert, ist wesentlich für das Verständnis und den effektiven Einsatz von HIA. Im Rahmen eines multidisziplinären Verfahrens sollte ein HIA von unterschiedlichen Fachleuten entwickelt und mit InteressensvertreterInnen und Schlüsselpersonen aus den jeweiligen Handlungsfeldern durchgeführt werden (Linden & Töppich, 2011, S. 331).

Datenerhebung, Informationsgewinnung und -lieferung sowie Unterstützung in der politischen Entscheidungsfindung stehen dabei im Vordergrund, um die potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit in Entscheidungsprozessen adäquat mit einbeziehen zu können. Dadurch könne unter anderem ein Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitszustand und Risikofaktoren wie Aspekte der Lebensführung zwischen bestimmten Untergruppen in der Bevölkerung geleistet werden (Europäische Kommission, 2004, S. 6-7; World Health Organization, 2012a).

6.1.1 Ziele und Nutzen

HIA ist ein bevölkerungsbezogener, interdisziplinärer PH-Ansatz, orientiert sich an dem Konzept von HiAP und wird im Idealfall den folgenden Ansprüchen gerecht (im Folgenden nach: World Health Organization, 2012a; Linden & Töppich, 2011, S. 331; Harris, Harris-Roxas, & Kemp, 2007, S. 3-7):

- Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik durch Beeinflussung der Strategien, Programme oder Projekte zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und verbesserte Zusammenarbeit unterschiedlicher Politikbereiche durch die Sensibilisierung auf das Thema Gesundheit.
- EntscheidungsträgerInnen und AkteurInnen werden rechtzeitig und verständlich über die gesundheitlichen Konsequenzen unterschiedlicher Handlungsoptionen informiert, sodass diese prospektiv in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden können.
- Maximierung der positiven Gesundheitsauswirkungen und Minimierung der negativen Auswirkungen von politischen Entscheidungen auf die Gesundheit durch eine gesteigerte Wahrnehmung der Gesundheitsdeterminanten in allen Ressorts.
- Die betroffene Bevölkerung wird am Entscheidungsprozess und in der Entscheidungsfindung beteiligt, wodurch Akzeptanz, Transparenz und gesteigerte Verantwortung in politischen Prozessen gefördert werden.

Aussagen über die Effektivität des Instrumentes HIA können in Bezug auf den Gewinn bzw. den Verlust von Gesundheit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe selten getroffen werden. Die Beeinflussung von politischen Entscheidungsprozessen hinsichtlich Bewusstsein der EntscheidungsträgerInnen, Identifizierung und Bewertung von möglichen Gesundheitsauswirkungen und Integration betroffener Bevölkerungsgruppen sind hingegen gut überprüfbar mithilfe des Instruments (Wismar, Blau, Ernst, & Figueras, 2007, S. 3-7). Im Jahr 2007 wurde vom European Observatory on Health Systems and Policies das Projekt „The Effectiveness of Health Impact Assessment“ durchgeführt, um die Effektivität von HIA auf Basis

von Fallstudien systematisch zu untersuchen. Gesundheit, Chancengleichheit und Community⁸ wurden als die drei Dimension der Effektivität von HIA identifiziert, wobei folgende Subtypen festgelegt wurden (im Folgenden nach: Wismar, Blau, Ernst, & Figueras, 2007, S. 3-12):

- **Direkte Effektivität:** In Abhängigkeit vom Ergebnis des durchgeführten HIA wird eine anstehende Entscheidung modifiziert oder verworfen.
- **Generelle Effektivität:** EntscheidungsträgerInnen ziehen Ergebnisse des HIA adäquat in Betracht, diese haben jedoch keinen Einfluss auf die Entscheidung.
- **Opportunistische Effektivität:** HIA wird zur Unterstützung einer gewünschten Entscheidung bewusst durchgeführt.
- **Ineffektivität:** Die Möglichkeit ein HIA durchzuführen, wird von EntscheidungsträgerInnen nicht in Erwägung gezogen.

Die Evaluierung im Zuge dieses Projektes kam zu dem Ergebnis, dass die untersuchten Fallstudien ein gewisses Maß an Effektivität aufwiesen und HIA in Hinblick auf die genannten Dimensionen einen positiven Nutzen bringen kann. Internationale Erfahrungen lassen darauf schließen, dass HIA ein geeignetes Mittel für evidenzbasierte Entscheidungen in allen Politikbereichen zu sein scheint (Wismar, Blau, Ernst, & Figueras, 2007, S. 3-15).

HIA erfasst alle Ebenen der Politik und kann potentiell in unterschiedlichen Ländern, Systemen und Sektoren eingesetzt werden. Der gesundheitliche Nutzen kann dabei in mehrerlei Hinsicht erzielt werden. EntscheidungsträgerInnen und AkteurInnen erhalten im politischen Umfeld durch umfassende und systematisch aufbereitete Information die Möglichkeit, jene Handlungsoption mit den besten Auswirkungen auf die Gesundheit zu wählen (Wismar, Blau, Ernst, & Figueras, 2007, S. 3-27).

⁸ Unter Community wird eine Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Interessen bzw. mit einem speziellen Zusammengehörigkeitsgefühl verstanden.

Durch HIA kann das politische Zusammenarbeiten insofern positiv beeinflusst werden, als die Aufmerksamkeit auf das Thema Gesundheit gelenkt und diese bei politischen Entscheidungsfindungen berücksichtigt wird. Ein zusammenfassender Überblick über den potentiellen Nutzen von HIA im Gesundheitssektor, aber auch in anderen Sektoren sowie in der Bevölkerung und in der Wirtschaft ist in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Nutzen von HIA

Tabellenquelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2010, S. 11-15

Gesundheitssektor	Andere politische Sektoren
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisierung der EntscheidungsträgerInnen für das Thema Gesundheit - Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit - Verbesserte Entscheidungsfindung durch Partizipation - Verstärkung des ressortübergreifenden Interessenausgleichs - Identifikation ressortspezifischer Gesundheitsdeterminanten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verhinderung unerwünschter Konsequenzen von politischen Entscheidungen - Bewusstseinsbildung für das Thema Gesundheit - Identifikation gemeinsamer Interessen - Identifikation spezifischer Gesundheitsdeterminanten - Nachhaltige Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit
Bevölkerung	Ökonomie
<ul style="list-style-type: none"> - Informationsgewinnung - Partizipation fördert wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Bevölkerung und Politik - Höhere Akzeptanz politischer Entscheidungen - Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Entscheidungsfindung - Stärkung des sozialen Zusammenhalt - Konflikte sind dadurch leichter lösbar - Förderung des sozialen Lernens 	<ul style="list-style-type: none"> - Abschätzung und Reduktion bzw. Steuerung der gesundheitsspezifischen Folgen - Stärkung der Wirtschaft - Verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung, dadurch auch erhöhte Produktivität möglich - Geringere Versorgungskosten möglich - Ökonomischer Nutzen ist höher als die anfallenden Kosten (Kosten-Nutzen-Analyse) - Makroökonomischer Nutzen durch Wirkung in mehreren Sektoren

6.1.2 Werte und Grundsätze

Die HIA zugrunde liegenden Werte und Grundsätze, welche im gesamten methodischen Verfahren Berücksichtigung finden sollten, beziehen sich auf die folgenden zentralen Elemente des „Gothenburg Consensus Paper“ der WHO (im Folgenden nach: European Centre for Health Policy, 1999, S. 6; Ison, 2000, S. 81; World Health Organization, 2012a):

- **Ethische Verwendung der Evidenz:** Qualitative und quantitative Evidenz, basierend auf unterschiedlichen Methoden und Disziplinen höchsten wissenschaftlichen Standards, werden bei der Durchführung eingesetzt.
- **Chancengleichheit bzw. Gerechtigkeit:** Die „Verteilung“ der Gesundheitsfolgen in der Bevölkerung soll gleichmäßig nach Geschlecht, Alter, ethnischen Hintergrund und sozioökonomischem Status erfolgen und zu einer Reduktion von Ungleichheiten beitragen.
- **Demokratie und Partizipation:** Bei der Formulierung, Implementierung und Evaluierung von Maßnahmen werden InteressensvertreterInnen in transparente Prozesse mit einbezogen und deren Beteiligung gefördert.
- **Nachhaltigkeit:** In einem HIA werden kurzfristige und langfristige Effekte, aber auch direkte und indirekte Effekte von Maßnahmen untersucht und berücksichtigt. Werden dabei vorhandene Ressourcen effizient genutzt, können negative Auswirkungen auf die Gesundheit vermieden und kann Empowerment der Bevölkerung gefördert werden.

6.2 Einführung in die Methodik von HIA

In den einzelnen Phasen der Durchführung eines HIA stehen verschiedene, primär englischsprachige Handbücher, Leitfäden und Checklisten für die systematische Vorgehensweise zur Verfügung. Länderspezifisch unterscheiden sich die Konzepte in mancher Hinsicht, wie beispielsweise in der Verwendung diverser Definitionen für zentrale Begriffe (Naidoo & Wills, 2010, S. 264). Gleich ist allen Modellen, dass sie die Gesundheitsdeterminanten nach einem definierten Ablaufschema in

den Mittelpunkt politischer Entscheidungsprozesse stellen und HIA als Instrument einer gesundheitsförderlichen Politikberatung betrachten.

6.2.1 Typen von Bewertungsverfahren

Tiefe und Intensität des Prüfverfahrens hängen von der bereits verfügbaren Evidenz zum Zeitpunkt des Screenings, der Komplexität des Vorhabens und den zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen ab. Je nach Beurteilungstiefe bzw. des im Zuge des Scopings definierten Detaillierungsgrades stehen folgende Möglichkeiten zur Auswahl (im Folgenden nach: Europäische Kommission, 2004, S. 7):

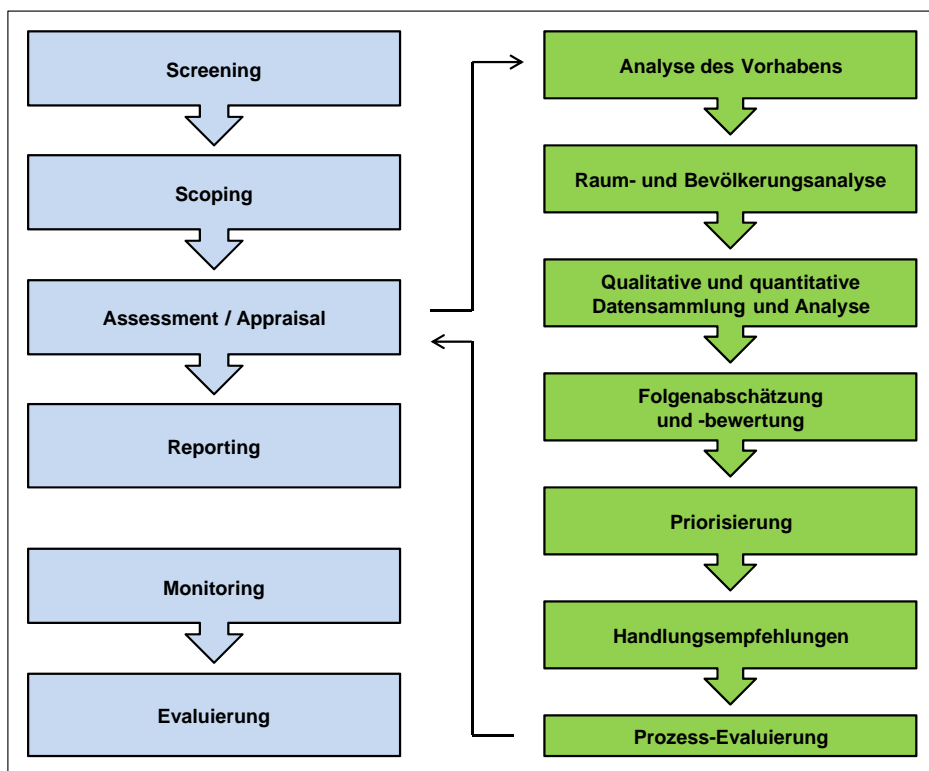
- **Desk-based HIA:** Dauer 2-6 Wochen, begrenzte Ressourcen vorhanden, Evidenz bereits verfügbar, grober Überblick der möglichen Gesundheitsauswirkungen wird geboten
- **Rapid HIA:** Dauer ca. 12 Wochen, umfangreiche Ressourcen vorhanden, ausführlichere Angaben werden zu den möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit aufgrund gründlicher Analyse vorhandener und neuer qualitativen Daten zur Verfügung gestellt
- **Comprehensive HIA:** Dauer ca. 6 Monate, „Goldstandard“, umfassende Beurteilung und verlässliche Bestimmung potentieller Gesundheitsauswirkungen möglich, Datensammlung und -analyse erfolgt aufgrund unterschiedlicher Methoden und Quellen (quantitativ, qualitativ und partizipatorischer Ansatz)

In Abhängigkeit vom Zeitpunkt, zu dem ein HIA in den Entscheidungsprozess eines politischen Vorhabens implementiert wird, kann zwischen einem prospektiven, zeitgleichem und retrospektiven HIA unterschieden werden. Eine rückblickende Betrachtung auf die gesundheitlichen Konsequenzen einer Entscheidung gleicht jedoch eher einer Evaluierung, da die Entscheidung bereits getroffen wurde und durch ein HIA nicht mehr beeinflusst werden kann (World Health Organization, 2012a; Birley, 2011, S. 95-97).

6.2.2 Der HIA Prozess im Detail

Sowohl international als auch national folgen die Verfahren und Methoden einem ähnlichen Ablaufschema, wobei hohe Anforderungen an Nachvollziehbarkeit und Transparenz des wissenschaftlichen Prozesses gestellt werden (Linden & Töppich, 2011, S. 332). Abbildung 9 stellt auf der linken Seite die wichtigsten organisatorischen Schritte bei der Durchführung eines HIA dar, gegenüberliegend finden sich die Methoden, die zur tatsächlichen Beurteilung in den HIA-Prozess einfließen.

Abbildung 9: Schematische Darstellung von HIA
Abbildungsquelle modifiziert nach: Europäische Kommission, 2004, S. 8



In der ersten Phase (**Screening**) wird von HIA-ExpertInnen, Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, der Politik, Bürgerinitiativen und betroffenen Gruppen systematisch geprüft, inwieweit HIA für ein identifiziertes Vorhaben unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen sinnvoll und machbar ist. Mithilfe etablierter Screening-Tools, z.B. jene der „Greater London Authority“ oder die „Merseyside-Guidelines for HIA“ vom Department of PH in Liverpool, werden die möglichen

gesundheitlichen Auswirkungen auf vulnerable Bevölkerungsgruppen untersucht. In Abhängigkeit davon wird die Entscheidung getroffen, ob eine detaillierte Untersuchung erfolgen soll oder nicht. Kann keine eindeutige Entscheidung getroffen werden, so wird das Screening mit zusätzlichen Informationen durch eine umfassendere Literaturrecherche wiederholt (Europäische Kommission, 2004, S. 8; Linden & Töppich, 2011, S. 333).

Die wesentlichsten Rahmenbedingungen, die den Status und die Komplexität des Vorhabens widerspiegeln, werden in der **Scoping-Phase** festgelegt. Dazu zählen methodisches Vorgehen, Umfang und Tiefe des HIA, organisatorische und finanzielle Ressourcenplanung, Mitarbeitende und Prozessverantwortliche, Interessensvertretungen (Stakeholder-Analyse), Zuständigkeiten sowie Partizipations- und Kommunikationsstrategien. Eine den in Kapitel 6.1.2 genannten Grundwerten entsprechende Arbeitsvereinbarung ist neben den wesentlichsten Gesundheitsdeterminanten zu definieren und das Einsetzen einer Steuerungsgruppe zu vereinbaren (Europäische Kommission, 2004, S. 8-9; World Health Organization, 2012a).

Die Bilanzierungs- bzw. Bewertungsphase (**Assessment** oder **Appraisal**) stellt die Kernphase des HIA dar. Die gesundheitlichen Auswirkungen werden im Idealfall von einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe unter Einbeziehung von Personen mit einer HIA-Ausbildung gemäß internationalem Standard untersucht, priorisiert und bewertet. International anerkannte Bewertungstools sollten unter Einbindung des internationalen HIA-Netzwerkes zur Anwendung kommen, da Erfahrung in der Anwendung der einzelnen Methoden ausschlaggebend für den Erfolg dieser Phase ist (Europäische Kommission, 2004, S. 8-10).

Wie in Abbildung 9 dargestellt, kann das Assessment in die Prozessschritte Analyse des Vorhabens, Raum- und Bevölkerungsanalyse, qualitative und quantitative Datensammlung bzw. Suche nach Evidenz, Folgenabschätzung und Bewertung, Priorisierung und Handlungsempfehlungen inklusive Alternativoptionen untergliedert werden. Wesentlich für die am Prozess Beteiligten ist das Verständnis aller Gesundheitsdeterminanten und die Verwendung eines umfassenden

Gesundheitsbegriffes, speziell in Bezug auf die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen (Birley, 2011, S. 198-201).

Das Priorisieren der möglichen Gesundheitsauswirkungen ist von der Komplexität der Untersuchung abhängig und sollte folgende Kriterien berücksichtigen (im Folgenden nach: Institute of Public Health Ireland, 2009, S. 21):

- Wahrscheinlichkeit, mit der gesundheitliche Auswirkungen auftreten (höchstwahrscheinlich, spekulativ, unwahrscheinlich)
- Ausmaß der auftretenden Gesundheitsauswirkungen (schwerwiegend, moderat oder minimal)
- Zahl der betroffenen Menschen (viele, einige oder wenige)
- Zeitspanne, in der die Auswirkungen auftreten können (kurz-, mittel- oder langfristig)
- Berücksichtigung gesundheitlicher Ungleichheiten
- Aspekte von besonderer lokaler oder regionaler Bedeutung (betrifft vorwiegend die Stakeholder)

Die Ergebnisse der Bilanzierungsphase werden in der **Reporting-Phase** in einem Bericht zusammengefasst, der vor Abschluss der politischen Entscheidungsfindung an die politischen EntscheidungsträgerInnen weiterzuleiten ist. Handlungsempfehlungen für die einzelnen Gesundheitsfolgen, die von definierten Verantwortlichen innerhalb festgesetzter Zeiträume kosteneffektiv und weitreichend umzusetzen sind, werden ausgearbeitet (Linden & Töppich, 2011, S. 333). Der Abschlussbericht ist so zu gestalten, dass neben den Empfehlungen auch der dorthin führende Prozess transparent ersichtlich ist und die verwendeten Methoden beschrieben werden. Die Veröffentlichung des Berichtes ist wesentlich für die mögliche Beeinflussung politischer Entscheidungen und sollte genau geplant, im Bedarfsfall unter Einbeziehung von MediatorInnen, durchgeführt werden (Birley, 2011, S. 117-119).

Die im HIA vereinbarten Maßnahmen werden im Rahmen des **Monitorings** der Gesundheitsfolgen überwacht. So können im Bedarfsfall rechtzeitig Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Um für die Zukunft aus den Erfolgen und Fehlern des HIA-Prozesses lernen zu können, erfolgt eine umfassende **Evaluierung**. Während sich die Prozessevaluierung im Sinne einer laufenden Qualitätsverbesserung auf die Durchführung des HIA und seinen Beitrag zur politischen Entscheidungsfindung konzentriert, untersucht die Ergebnisevaluierung Umsetzungsgrad, Akzeptanz und Auswirkungen auf positive und negative gesundheitliche Effekte und beschreibt mögliche Verbesserungsvorschläge. Die formative Evaluierung stellt sicher, dass die Planung und das Design des HIA den notwendigen internationalen Standards entspricht (Europäische Kommission, 2004, S. 21; Linden & Töppich, 2011, S. 333).

Durch diesen prozesshaften Ablauf versprechen sich BefürworterInnen des Instruments HIA eine gesteigerte Wahrnehmung der sozialen Gesundheitsdeterminanten und eine Förderung der multisektoralen Verantwortung für die Gesundheit einer Bevölkerung. Ursachen und Rahmenbedingungen für die Entstehung und Förderung von Risikofaktoren werden gezielt analysiert und sollen als Beitrag zur gesundheitlichen Selbstbestimmung in politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden. So könnten politische Prozesse transparenter ablaufen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Bereiche verbessert werden. Damit HIA diesen Anforderungen entsprechen kann, muss es jedoch wirkungsvoll in die Struktur eines Landes implementiert, institutionalisiert und evaluiert werden (Krieger, et al., 2003, S. 659-662; Quigley & Taylor, 2003, S. 415-419).

Länder wie beispielsweise Schweden, Finnland oder Australien sind in der Entwicklung von Instrumenten zur Umsetzung von HiAP schon weit fortgeschritten. Eigene HIA-Tools für unterschiedliche Gegebenheiten und länderspezifische HIA-Guides wurden für die Untersuchung der gesundheitlichen Auswirkungen von politischen Entscheidungen entwickelt (Wismar, Blau, Ernst, & Figueras, 2007, S. 62-69).

6.3 Der internationale Stellenwert von HIA

Die Untersuchung der gesundheitlichen Folgen von politischen Maßnahmen, Programmen und Projekten wird von internationalen und nationalen Einrichtungen mittlerweile verstärkt gefordert. So wurde beispielsweise im Artikel 152 des EU-Vertrags von Amsterdam (ex-Art. 129, zuletzt geändert durch den Vertrag von Nizza) festgehalten, dass die Etablierung von Instrumenten zur Sicherstellung eines weitreichenden Gesundheitsschutzes für alle Politiken und Maßnahmen in den Mitgliedsstaaten erforderlich sei. Damit wurde auf europäischer Ebene die rechtliche Grundlage für die Einbeziehung des gesundheitlichen Aspektes in politische Entscheidungen und die Verwendung von HIA gelegt (Ritsatakis, 2004, S. 153-164).

6.3.1 Entwicklungen auf Ebene der WHO und EU

Auf Initiative des WHO-Regionalbüros für Europa fanden in den 1980er-Jahren die ersten Entwicklungen zu HIA in Kooperation mit der EU statt. Die Notwendigkeit eines intersektoralen Zugangs zur Entwicklung von Gesundheit wurde in der Resolution „Health for All“ (HFA) von der Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Jahr 1977 festgehalten (World Health Organization, 1998, S. 6-8). Das aktuelle europäische Rahmenkonzept der WHO für die EU „Gesundheit für alle“ („Health 21“) fordert bis 2020 von allen europäischen Mitgliedstaaten dezidiert die Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen in nationalen Programmen, Projekten etc. und die Errichtung von Mechanismen zur Durchführung von HIA (World Health Organization, 1999, S. 1-7).

Sowohl der Vertrag von Amsterdam als auch das bereits zitierte „Gothenburg Consensus Paper“ konnten als Diskussionsbasis zur Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von HIA unter politischen EntscheidungsträgerInnen und zur Entwicklung gemeinsamer Prinzipien und Netzwerke beitragen (Gagnon & Michaud, 2008, S. 7-8). Die Erstellung einer einheitlichen Methodologie mit Fokus auf die Gesundheitsverträglichkeit europäischer Politikentscheidungen wurde 2001 vom Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz (DG Sanco) der

Europäischen Kommission in Auftrag gegeben. Die Entwicklung einer „European Policy HIA-Methodologie“ (EPHIA) und die Evaluierung von HIA als Instrument für die Förderung der Gesundheitsverträglichkeit von EU-Strategien und Politikentscheidungen konnte 2004 von einem Team von Fachleuten des öffentlichen Gesundheitswesens aus England, Deutschland, Irland und den Niederlanden abgeschlossen und in länderspezifischen Berichten publiziert werden. Im Anschluss daran wurde der EPHIA-Guide als Anleitung zur Durchführung unterschiedlicher Arten von HIA veröffentlicht (Europäische Kommission, 2004, S. 1-3).

Neben dem Angebot eigener „WHO Health Impact Assessment Toolkits“ (inklusive Trainingsanleitungen) wird in offiziellen Veröffentlichungen vielfach auf die Möglichkeiten des Instrumentes HIA unter Berücksichtigung der sozialen und sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten hingewiesen (World Health Organization, 2012a). Darüber hinaus finden jährlich mindestens drei HIA-Konferenzen in Europa, Südostasien und Nordamerika statt, was möglicherweise für eine steigende Akzeptanz des Instrumentes und eine Professionalisierung der angewandten Methoden und Tools durch intensiven Erfahrungsaustausch spricht. Die nächste internationale 12. HIA-Konferenz findet von 29. bis 31. August 2012 in Québec, Kanada, zum Thema „How HIA Matters in Health in All Policies“ statt (Gouvernement du Québec, 2012).

6.3.2 Genannte Best Practice Beispiele zur Umsetzung von HIA

Neben Europa wird HIA hauptsächlich in Australien, Neuseeland, Nordamerika und in einigen asiatischen Ländern wie z.B. Thailand eingesetzt (Gagnon & Michaud, 2008, S. 6-10). Während in Australien HIA klaren gesetzlichen Regelungen unterliegt und in dem sogenannten „Environmental Impact Assessment“ (sinngemäß: UVP) integriert ist, folgt das HIA-Konzept in Neuseeland einem umfassenden Gesundheitsbegriff und ist in deren nationalen Gesundheitsstrategie als eigenes Ziel definiert (Harris, Harris-Roxas, & Kemp, 2007, S. 1-4).

Die gesetzliche Verankerung von HIA ist in Neuseeland nicht geplant, hingegen der Einsatz von PH-SpezialistInnen und Maoris zur Förderung der Umsetzung von

HIA in einzelnen politischen Sektoren. Die Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten verschiedener Bevölkerungsgruppen steht dabei im Mittelpunkt, weswegen Maoris verstärkt in die Umsetzung von HIA involviert sind und nicht nur als Zielgruppe entsprechender Aktivitäten gesehen werden. Eine eigene HIA-Support Unit wurde 2006 zur Verankerung von HIA in politischen Entscheidungsprozessen und zur Unterstützung bei der praktischen Umsetzung von HIA im Gesundheitsressort eingerichtet (Ministry of Health New Zealand, 2012).

In Kanada ist HIA ebenfalls im Rahmen der UVP gesetzlich verankert und als eigenständiges Instrument etabliert, vor allem in British Columbia und Québec. Genaue Angaben zur Umsetzung des Assessments und die dabei angewandten Methoden sind im kanadischen Handbuch zu HIA zusammengefasst (Health Canada, 2011). In den USA liegt die Durchführung von HIA im Verantwortungsbereich der Gesundheitsministerien und „PH-Offices“ der Bundesstaaten, wobei in Kalifornien ein eigenes Programm zur Durchführung von HIA in Großstädten initiiert werden soll (Design for Health, 2012).

In England wurden 1997 die ersten HIA-Guidelines entwickelt, auch bekannt unter dem Namen „Merseyside Guidelines“. Da in England bereits zahlreiche HIA durchgeführt wurden, konnte eine international anerkannte Expertise aufgebaut und eine aktive Beteiligung bei der Entwicklung von HIA-Strukturen in den USA, Neuseeland und Australien geleistet werden. Die sogenannten „PH-Observatories“ sind für die strukturelle Umsetzung von HIA verantwortlich, darüber hinaus wird der Einsatz von HIA durch das Government White Paper „Saving Lives: Our Healthier Nation“ gezielt unterstützt (The Network of Public Health Observatories, 2007).

In Schottland konnte HIA infolge der Veröffentlichung des White Papers „Towards a healthier Scotland“ strukturell verankert, ein nationales Netzwerk aufgebaut und eigene HIA-Richtlinien entwickelt werden (The Scottish Government, 1999). Das Welsh Assembly Government ist mit einer speziell eingerichteten Support-Unit für die Entwicklung und Unterstützung von HIA in Wales verantwortlich. Seit 1999

bekannt sich die walisische Politik zu HIA, welches zur Unterstützung informierter politischer Entscheidungen eingesetzt wird (Wales Health Impact Assessment Support Unit, 2012).

In Schweden wird HIA von politischen EntscheidungsträgerInnen und AkteurInnen als ein Instrument gesehen, mit dessen Hilfe die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung multisektoral getragen werden kann. Auf schwedische Verhältnisse abgestimmte HIA-Methoden werden vom nationalen PH-Institut entwickelt und allen Ministerien zur Verfügung gestellt (Brodin & Hodge, 2008, S. 6-11).

Die Durchführung von HIA ist in Finnland durch die Integration in die UVP gesetzlich verankert. Um die Auswirkungen geplanter Maßnahmen auf Gesundheit und Soziales in ihrem Zusammenhang besser analysieren zu können, werden derzeit auf freiwilliger Basis sogenannte „Human Impact Assessments“ durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Zusammenführung der Methoden „Social Impact Assessment“⁹ und HIA zur integrierten Betrachtung geplanter Maßnahmen auf Gesundheit und Soziales und Analyse möglicher wechselseitiger Zusammenhänge. Darüber hinaus wurde eine vertiefende Umsetzung von HIA zu politischen Strategien im nationalen PH-Programm „Health 2015“ festgesetzt (National Institute for Health and Welfare, 2009).

Die Aufzählung der genannten Initiativen ist nicht abschließend. Bewusst wurden jene Länder hervorgehoben, die aufgrund ihrer langjährigen HIA-Praxis zahlreiche Erfahrungen mit dem Instrument sammeln konnten und von den interviewten ExpertInnen und Stakeholdern wiederholt als Referenz für Best Practice-Beispiele genannt wurden.

⁹ Im Rahmen eines „Social Impact Assessment“ werden die sozialen Folgen bzw. Auswirkungen aufgrund politischer Handlungen, Beschlüsse, Gesetze etc. abgeschätzt.

7 Hypothesen zu HiAP und HIA in Österreich

Infolge der Auswertung der neun teilstrukturierten ExpertInnen- und Stakeholder-interviews und der im Anschluss daran aufbereiteten Fachliteratur zu den Themenbereichen HiAP und HIA konnten grundlegende Hypothesen zur Beantwortung der im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit gestellten Forschungsfragen gewonnen werden.

7.1 Hypothesen zu Fragestellung 1

Sind in Österreich die Voraussetzungen für die Verankerung der Prinzipien bereichsübergreifender Zusammenarbeit und interdisziplinärer Kooperation in politischen Entscheidungen mit maßgeblichem Einfluss auf die Gesundheit vorhanden? Wenn nein, welche Voraussetzungen wären zu schaffen?

Hypothese 1.1

Die inhaltlichen Voraussetzungen zur Umsetzung von HiAP sind in Österreich insofern unzureichend gegeben, als der Fokus der österreichischen Gesundheitspolitik mehr auf die Pathogenese (Entstehung von Krankheiten) und weniger auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit gelegt wird.

Hypothese 1.2

Im Gegensatz zu Österreich verfügen Länder, in denen HiAP gesetzlich verankert ist, über die notwendigen Strukturen und Prozesse für eine im Sinne von HiAP erfolgreiche intersektorale Zusammenarbeit der politischen Bereiche und Ebenen.

Hypothese 1.3

Das Bewusstsein der politischen EntscheidungsträgerInnen über den Zusammenhang von politischen Entscheidungen und deren möglichen Folgen für die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung ist weiter aufzubauen, damit die erfolgreiche Umsetzung von HiAP gelingen kann.

7.2 Hypothesen zu Fragestellung 2

Ist der Einsatz des Instruments Health Impact Assessment in Österreich geeignet, um Strategien und Maßnahmen im Sinne des Konzeptes „Health in All Policies“ zum Wohl der Gesundheit der Bevölkerung umzusetzen?

Hypothese 2.1

Das Instrument HIA kann im Allgemeinen und insbesondere in Österreich bereits ab einem geringen Reifegrad bei der Umsetzung des Strategiekonzeptes HiAP zur Verbesserung der Volksgesundheit eingesetzt werden.

Hypothese 2.2

In Hinblick auf die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Österreichs ist die Institutionalisierung von HIA in unterschiedlichen politischen Ressorts und Verwaltungsbereichen (Bund, Länder, Gemeinden) besser geeignet als eine zentral gesteuerte Umsetzung.

7.3 Hypothesen zu Fragestellung 3

Sind für die Durchführung von Health Impact Assessments spezifische, auf die österreichischen Rahmenbedingungen abgestimmte, Instrumente und Methoden zu entwickeln?

Hypothese 3.1

Die Abstimmung der verwendeten HIA-Tools auf die nationalen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten eines Landes ist ein grundlegender Erfolgsfaktor, wohingegen internationale und auf hohem Detaillierungsgrad standardisierte Methoden und Instrumente einen nachteiligen Effekt auf die Implementierung und/oder Umsetzung von HIA haben können.

Ein weiterer, von den Fragestellungen unabhängiger Erklärungszusammenhang wäre, dass die erfolgreiche Umsetzung von HIA maßgeblich von der politischen Orientierung der Regierung eines Landes abhängig ist.

8 Zusammenfassung und Empfehlungen

Die gesundheitspolitische Strategie HiAP zielt darauf ab, Gesundheit als Querschnittsmaterie zu verstehen und durch koordinierte, intersektorale Vernetzung und Zusammenarbeit in den Mittelpunkt des politischen Handelns zu stellen (Ståhl et al., 2006, S. 4-7). Durch die Berücksichtigung der gesundheitlichen Aspekte in allen Politikbereichen, einhergehend mit einem Paradigmenwechsel weg von der Pathogenese hin zum salutogenetischen Denkansatz, soll ein Nutzen für die Gesellschaft insgesamt geschaffen werden. Dieser besteht in einem verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung durch einen Gewinn an gesunden Lebensjahren, einer Erhöhung der Chancengleichheit und einer davon ausgehenden Erreichung von sozialen und wirtschaftlichen Zielen eines Landes (Trojan & Süß, 2011, S. 133-135).

Innerhalb der WHO und der EU besteht weitgehender Konsens über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der HiAP-Strategie, welcher sich auch in zahlreichen Publikationen, Initiativen und Empfehlungen auf dieser Ebene widerspiegelt. In vielen Ländern herrscht jedoch noch immer die „klassische“ versorgungszentrierte Auffassung über die Aufgaben des Gesundheitswesens und ein mangelhaftes Verständnis über das Entstehen von Gesundheit und die Wirkung der Gesundheitsdeterminanten vor. Dies scheint einer flächendeckenden Implementierung von HiAP im Wege zu stehen (World Health Organization, 2008, S. 69-70).

International werden unterschiedliche Ansätze für die Etablierung von HiAP verfolgt, wobei sich in den letzten zehn Jahren HIA als Instrument herauskristallisiert hat, das in allen Ländern gleichermaßen zur Umsetzung einer multisektoralen Gesundheitsstrategie beitragen kann (World Health Organization, 2012a). HIA unterstützt den Prozess politischer Entscheidungsfindung im Sinne von HiAP insofern, als der Fokus auf die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen gerichtet wird. Aus diesem Grund wurden in den vergangenen Jahren international Aktivitäten mit unterschiedlichem Erfolg gesetzt, um HIA weiterentwickeln und praktisch anwenden zu können. Auch in Österreich wurde diesbezüglich

ein Pilotprojekt auf Bundesebene initiiert, um erste Erfahrungen im Umgang mit dem Instrument zu sammeln und den Nutzen evaluieren zu können (Gesundheit Österreich GmbH, 2012b).

8.1 Status Quo in Österreich

In Österreich wird HiAP aktuell vom BMG im Zuge von unterschiedlichen Initiativen, wie beispielsweise der Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele oder der Kindergesundheitsstrategie, vorangetrieben (Bundesministerium für Gesundheit, 2011b). Dabei werden insbesondere die intersektorale Zusammenarbeit, die Einbindung aller betroffenen Interessensgruppen und die Schaffung eines breiten Bewusstseins für das Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“ in den Vordergrund gestellt. Um diesen Prozess zu unterstützen, wurde die GÖG vom BMG mit der Erstellung des Konzeptes zur Etablierung von HIA in Österreich und der anschließenden Durchführung des ersten nationalen Pilot-HIA zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ beauftragt (Gesundheit Österreich GmbH, 2012c).

Die abschließenden Ergebnisse, sowohl der Initiative zur Erstellung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich, als auch jene des HIA-Pilotprojekts, waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht veröffentlicht. Unabhängig von diesen künftigen Erkenntnissen wurden im Zuge meines Forschungsprozesses ExpertInnen und Stakeholder über die Voraussetzungen und Maßnahmen zur effektiven Umsetzung von HiAP, unter anderem mit dem Instrument HIA, befragt. Unter Berücksichtigung der nationalen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten erachten die GesprächspartnerInnen folgende Empfehlungen als realisierbar:

- Policy für Intersektoralität – Einigung zu dem Thema auf höchster Ebene
- Bewusstseins- und Willensbildung für das Strategiekonzept HiAP
- Anpassungs- und Veränderungsprozesse in den politischen Ressorts
- Capacity Building: Aufbau von geeigneten Strukturen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, z.B. unabhängige, wissenschaftliche Institutionen, Ausbau der ExpertInnen-Netzwerke zu HiAP und HIA, Ausbildung von HIA-TrainerInnen

- Orientierung an dem salutogenetischen Gesundheitsverständnis
- Bewusstseinsbildung für den möglichen Nutzen von HIA
- Durchführung von weiteren HIA-Pilotprojekten zur Sammlung von praktischen Erfahrungen und Wissensaufbau
- Entwicklung von HIA-Tools, abgestimmt auf die Gegebenheiten Österreichs
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Standardisierung (z.B. einheitlicher Sprachgebrauch, standardisiertes HIA-Toolkit)

Folgende Ansätze wurden von den interviewten ExpertInnen und Stakeholdern zwar als allgemein gangbar angesehen, jedoch werden ihnen in Bezug auf eine Umsetzung unter den speziellen österreichischen Gegebenheiten zumindest mittelfristig geringe Erfolgchancen eingeräumt:

- Rechtliche Verankerung von HIA zur Umsetzung von HiAP
- Institutionelle Verankerung von PH in der österreichischen Bundesregierung (z.B. Ministerium oder Staatssekretariat)
- Gewährleistung einer Multi- bzw. Interdisziplinarität bei der politischen Entscheidungsfindung
- Intersektorale Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis

Abschließend konnte infolge der durchgeführten Interviews festgestellt werden, dass in Österreich die politischen Voraussetzungen für die Verankerung von HiAP in Ansätzen bestehen bzw. im Aufbau begriffen sind. Der Prozess zur vollständigen Etablierung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich befindet sich allerdings noch in einem Frühstadium. HIA hat nach Ansicht einiger ExpertInnen und Stakeholder das Potential, diesen Prozess zu beschleunigen. Zur Förderung der institutionenübergreifenden Kooperation und der multisektoralen Verantwortungsübernahme für die Gesundheit der Bevölkerung scheint HIA in Österreich somit ein geeignetes Instrument zu sein. Die Ungleichheit der Verteilung von Gesundheitschancen in der österreichischen Gesellschaft könnte insofern minimiert werden, als HIA zur Berücksichtigung der sozialen Gesundheitsdeterminanten und der Verwendung eines umfassenden Gesundheitsbegriffes beiträgt.

Auf Basis der im Zuge meines Forschungsprozesses gewonnenen Erkenntnisse, möchte ich die aus den Interviews abgeleiteten Empfehlungen im Folgenden um eigene Punkte ergänzen.

8.2 Empfehlungen zur Umsetzung von HiAP in Österreich

Zunächst erscheint es mir sinnvoll, durch einen **präzisen Sprachgebrauch** ein gemeinsames Verständnis und ein höheres Bewusstsein für die eigentliche Bedeutung der gesundheitswissenschaftlichen Leitbegriffe herzustellen. Die genaue inhaltliche Bedeutung der Fachausdrücke und deren Abgrenzung voneinander sind meiner Erfahrung nach selbst ExpertInnen im Gesundheitswesen nicht immer geläufig (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsvorsorge (sic!) oder Gesundheitsversorgung). Diese inhaltliche Unschärfe beginnt schon beim Gesundheitsbegriff selbst (Pathogenese vs. Salutogenese). Linguistische Empfehlungen zur Präzisierung und zum bewussten Einsatz von gesundheitsbezogenen Begriffen könnten, ähnlich wie bei Leitfäden zur diskriminierungsfreien Sprache¹⁰, gegeben werden, wo auch im vorliegenden Zusammenhang versucht werden soll, eine Bewusstseins- und Verhaltensänderung durch Änderungen im Sprachgebrauch herbeizuführen. Dies scheint ebenso in Hinblick auf eine klare und unmissverständliche Formulierung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich empfehlenswert.

Operative Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Gesundheitsziele haben insofern eine wesentliche politische Bedeutung, als sie der kurativen Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung entgegenwirken und „gesundheitsferne“ Politikfelder zu gesundheitspolitisch relevanten Handlungsfeldern machen können (Gerlich, Wismar, Schwartz, & Walter, 2011, S. 325). Daher scheint die aktuelle Entwicklung der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele mit gesundheitsförderlicher Ausrichtung zumindest ein geeignetes mediales In-

¹⁰ Siehe dazu den „Leitfaden für diskriminierungsfreie Sprache, Handlungen, Bilddarstellungen“, herausgegeben vom österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

strument zur Positionierung von HiAP in Österreich zu sein, wo Partizipation, Intersektoralität und Multidisziplinarität Anwendung finden. Bislang fehlen allerdings kurz- bis mittelfristige Meilensteine. Die aktuell einzige über die Präsentation der Ziele hinausgehende genannte Zeitangabe bezieht sich auf den Umsetzungshorizont von 20 Jahren, was mindestens vier Legislaturperioden entspricht (Bundesministerium für Gesundheit, 2011c).

Dies birgt die Gefahr, dass im Laufe der Zeit die Ziele aus dem Blickpunkt geraten bzw. ihnen nicht die notwendige Bedeutung beigemessen wird. Daher ist es aus meiner Sicht notwendig, unmittelbar im Anschluss an die Formulierung dieser Gesundheitsziele eine klar strukturierte „Roadmap“ mit konkreten Umsetzungsmaßnahmen, Terminen und Kontrollpunkten für die Evaluierung des Zielerreichungsgrades zu entwerfen. Unabhängig von den inhaltlichen Zielvorgaben könnte bereits jetzt mit der Planung und Definition dieses weiterführenden Prozesses, der Umsetzungsmethoden und der anzuwendenden Instrumente (z.B. HIA) begonnen werden. Durch Entwicklung eines konkreten Vorgehensmodells wären die weiteren Schritte nachvollziehbar und greifbar. Beispielsweise könnte die Illustration eines solchen Prozesses und dessen Veröffentlichung auf der entsprechenden Website des BMG als kontinuierlicher Verbesserungsprozess nach den Prinzipien des PDCA-Zyklus („Plan, Do, Check, Act“) erfolgen.

Abbildung 10: PDCA Zyklus Gesundheitsziele für Österreich
Abbildungsquelle: Eigene Darstellung



Aufgrund der Tatsache, dass die Zielvereinbarungen grundsätzlich einen empfehlenden und keinen bindenden Charakter haben, wäre meines Erachtens ein Ministerratsbeschluss (oder eine ähnliche Herstellung von Verbindlichkeit) eine sinnvolle Vorgehensweise, um die Umsetzung der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele nachhaltig sicherzustellen.

Standardisiertes Dokumentations- und Berichtswesen

Wie aus den Interviews deutlich wurde, erfolgt in Österreich derzeit weder eine standardisierte Dokumentation von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung noch eine entsprechende Berichterstattung. Um Maßnahmen gemäß HiAP zielgruppenorientiert konzipieren zu können, wäre es aus meiner Sicht empfehlenswert, Interventionen zur Gesundheitsförderung systematisch (insbesondere unter Berücksichtigung von Input, Output und Outcome), bundesweit und einheitlich zu dokumentieren. Ein entsprechend standardisiertes Berichtswesen würde die strukturierte Daten- und Informationserhebung ermöglichen und begünstigen. In diesem Zusammenhang bietet sich im Sinne der Prinzipien von Transparenz und Partizipation die Veröffentlichung nicht nur der Abschlussberichte, sondern auch der Dokumentationen selbst an. Dadurch könnte in weiterer Folge eine öffentliche Wissensdatenbank aufgebaut werden.

Spezielle Gesundheitsberichterstattung

Aktuell werden in Österreich neben den allgemeinen Gesundheitsberichten auf Bundes- und Länderebene bzw. kommunaler Ebene auch zielgruppenspezifische Berichte (z.B. der Frauen-Gesundheitsbericht) von verschiedenen Institutionen erstellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2012b). Nachdem der Bereich der Gesundheitsförderung im Vergleich zu den „krankheitsorientierten“ Themenbereichen weniger im Vordergrund steht, könnten spezielle und eigenständige Gesundheitsberichte zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich“ erstellt werden. Zur Sicherstellung einer bundesländerübergreifenden Vergleichbarkeit wäre die Entwicklung von Standards nach nationalen und internationalen Vorgaben (z.B. durch GÖG/ÖBIG) für die regelmäßige Berichterstattung sinnvoll.

Outcome-orientierte Evaluierung

Im Gegensatz zu anderen Ländern (in den Interviews wurde beispielsweise die Schweiz genannt) besteht in Österreich der Bedarf nach Weiterentwicklung, wenn es um die Evaluierung des Outcome von gesundheitsrelevanten Initiativen, Projekten und Programmen geht. Aktuell wird der Fokus vorwiegend auf die zur Erzeugung einer bestimmten Leistung (Output) eingesetzten und die dafür verbrauchten Ressourcen (Input) gelegt (Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011, S. 227). Aufgrund national verfügbarer Datengrundlagen lassen sich zumindest teilweise Aussagen über die Kosten, das eingesetzte Material oder den Arbeitsaufwand von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen in Österreich treffen. Die Definition von bundesweit einheitlichen Indikatoren zur Messung, Erhebung und Evaluierung des Outcome würde Aussagen über die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Leistungen ermöglichen, also beispielsweise „um wie viel gesünder“ die österreichische Bevölkerung bei deren Inanspruchnahme wird.

8.3 Empfehlungen zu HIA in Österreich

Im Rahmen der durchgeführten Interviews wurde HIA als mögliches Werkzeug für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich identifiziert. Dementsprechend wichtig ist das **Verständnis über die Grundzusammenhänge und die Wechselwirkungen** zwischen der Strategie HiAP und dem Instrument HIA (siehe Kapitel 4.2).

Die hier empfohlenen Maßnahmen zielen daher in erster Linie darauf ab, Wissen und Erfahrungen zu diesem Instrument in Österreich aufzubauen und zu verbreiten. Es geht aber auch darum zu erforschen, wie sich die beiden Konzepte gegenseitig beeinflussen und bedingen. Aufgrund der Aussagen einiger InterviewpartnerInnen gehe ich davon aus, dass HIA das Potential hat, das Thema HiAP in Österreich voranzubringen. Ein hoher Reifegrad in Bezug auf HiAP ist allerdings für Aktivitäten zur erfolgreichen Etablierung von HIA in Österreich keine Grundvoraussetzung. Vielmehr glaube ich, dass HIA als Katalysator für den Prozess der Implementierung von HiAP verstanden werden kann.

Akademische Fundierung

Aus meiner Sicht sind Aufbau von Kompetenz und Sicherheit in der Anwendung des Instrumentes HIA erforderlich, um zu seiner Verbreitung und Akzeptanz beizutragen. Ein Ziel für die Zukunft sollte daher sein, die Potentiale von HIA effektiv nutzbar zu machen und einen ExpertInnenpool mit fundiertem akademischem Hintergrund aufzubauen. Es empfiehlt sich, das Thema HIA in den Lehrplänen von wissenschaftlichen Einrichtungen (Fachhochschulen, Universitäten etc.) mit einer entsprechenden fachlichen Ausrichtung zu positionieren. Dabei könnte in einem ersten Schritt eine Bestandsaufnahme über die Verankerung von HIA in bestehenden Ausbildungsplänen durchgeführt werden. Bildungseinrichtungen sollten gegebenenfalls von der Sinnhaftigkeit der Aufnahme von HIA in ihr Curriculum überzeugt werden.

Durchführung von HIA-Pilotprojekten

Zusätzlich zu der erwähnten wissenschaftlichen Ausbildung gilt es, Erfahrungen zur Anwendung der akademischen Theorie in praktisch umzusetzenden Pilotprojekten zu sammeln. Als Vorbild für diesen Ansatz können die Kooperationen des FGÖ mit Fachhochschulen dienen, in denen beispielhafte Modellprojekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit besonders ausführlicher wissenschaftlicher Begleitung, Dokumentation und Evaluierung durchgeführt werden (Fonds Gesundes Österreich, 2011). Auf diese Weise können ExpertInnen mit vorangegangener theoretischer Ausbildung Sicherheit im Umgang mit HIA erhalten und auf den weiterführenden regelmäßigen praktischen Einsatz des Instruments vorbereitet werden. Zudem können die Ergebnisse und „Lessons learned“ dieser Modellprojekte als Best Practice-Beispiele für aktuelle und zukünftige HIA dienen bzw. wieder in die Lehre einfließen. Des Weiteren sollte erwogen werden, ob und unter welchen Voraussetzungen die Einrichtung von Förderprogrammen (z.B. durch den FGÖ) die Einführung von HIA unterstützen kann.

HIA auf kommunaler Ebene

In einer der Interviews wurde erwähnt, dass die Wahl des Themas, welches auf breitem politischen und inhaltlichen Konsens basiert, ein entscheidender

Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Pilot-HIA war (siehe Kapitel 4.4). Ich gehe davon aus, dass die Herstellung eines solchen Konsens auf kommunaler Ebene, insbesondere in eher kleinen Gemeinden, leichter herzustellen ist. Daher ist es aus meiner Sicht empfehlenswert, im Anschluss an die Pilotphase eine allgemeine Einführung in kleinem Maßstab zu initiieren. Durch diesen Ansatz kann im günstigen Fall eine Dynamik auf kommunaler bzw. regionaler Ebene entstehen, die unabhängig von einer möglichen Verpflichtung zur Umsetzung „von oben“ zu Akzeptanz und Verbreitung von HIA beiträgt. Grundvoraussetzung für das Gelingen dieses Ansatzes ist, dass, wie zuvor ausgeführt, ein Pool an wissenschaftlich ausgebildeten ExpertInnen zur Verfügung steht und aus vorangegangenen Pilotprojekten bereits Best Practice-Modelle und eine standardisierte und qualitätsgesicherte Vorgangsweise abgeleitet werden konnten.

Partizipative Online-Plattform für HIA-Netzwerk

Die GÖG hat bereits eine Website¹¹ eingerichtet, wo grundlegende Informationen zum Thema HIA direkt oder verlinkt abgerufen werden können. Diese Online-Plattform ist auf die redaktionelle Bereitstellung von Informationen ausgelegt. Dieses Angebot könnte durch interaktive und vernetzende Funktionalitäten ergänzt werden, im Sinne der Möglichkeiten von „Web 2.0“ (Foren, Blogs, Benutzerprofile etc.). Es gibt einzelne Veranstaltungen, wie beispielsweise die HIA-Fachtagung der GÖG, die eine Möglichkeit zur Vernetzung bieten. Nach dem Vorbild sozialer Online-Netzwerke könnte jedoch der direkte und rasche Informationsaustausch von Interessierten und ExpertInnen auch abseits solcher Events gefördert werden.

¹¹ Siehe unter <http://hia.goeg.at/>

Literaturverzeichnis

- Amtsblatt der Europäischen Union. (2009). *Amtsblatt EU L53/41*. Von Amtsblatt der Europäischen Union: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:053:0041:0073:DE:PDF> abgerufen
- Birley, M. (2011). *Health Impact Assessment: Principles and Practice*. Abingdon: Earthscan.
- Black, D., Townsend, P., Davidsen, N., & Whitehead, M. (1992). *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin.
- Bobens, C. (2006). Das ExpertInneninterview. In V. Flaker, & T. Schmid (Hrsg.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit* (S. 319-332). Wien - Köln - Weimar: Böhlau.
- Boger, A., & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz, *Das Experteninterview* (S. 33-70). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory*. Wiesbaden: Springer Science+Business Media.
- Brodin, H., & Hodge, S. (2008). *A Guide to Quantitative Methods in Health Impact Assessment*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Swedish National Institute of Public Health: <http://www.fhi.se/PageFiles/6057/R2008-41-Quantitative-Methods-in-HIA.pdf>
- Bundeskanzleramt Österreich. (2012). *Gesamte Rechtsvorschrift für Bund - Länder Einführung der halbtägig kostenlosen Kindergartenbetreuungseinrichtungen*. Abgerufen am 25. Jänner 2012 von Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006448>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2004). *Gesundheitsreformgesetz 2005*. Abgerufen am 11. April 2012 von Bundesministerium für Gesundheit: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/9/9/CH1069/CMS1104313005110/gesundheitsreformgesetz05.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011a). *Intersektoraler Politdialog*. Abgerufen am 23. Jänner 2012 von Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/ideen-sammlung/intersektoraler-politdialog-juli-2011/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011b). *Was ist neu im Jahr 2012?* Abgerufen am 11. Jänner 2012 von Bundesministerium für Gesundheit: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/8/CH1004/CMS1323872018309/wasistneu2012final_19122011_gesamt.pdf

- Bundesministerium für Gesundheit. (2011c). *Themenfelder und angestrebtes Produkt*. Abgerufen am 5. Februar 2012 von Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeit-implenum/themenfelder-fuer-gesundheitsziele/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011d). *Initiative "Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich"*. Abgerufen am 25. Jänner 2012 von Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/information/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012a). *Kindergesundheitsdialog*. Abgerufen am 5. Jänner 2012 von Bundesministerium für Gesundheit: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Kindergesundheitsdialog
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012b). *Gesundheitsberichterstattung in Österreich*. Abgerufen am 14. April 2012 von Bundesministerium für Gesundheit: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsberichte/Gesundheitsberichterstattung_in_Oesterreich
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012). *Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy*. Abgerufen am 9. Februar 2012 von Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-150.html
- Commission of the European Communities. (2007). *Together for Health: A Strategic Approach für the EU 2008-2013*. Brüssel: COM.
- Das Portal der Europäischen Union. (2001). *Vertrag von Nizza*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Europa Verträge und Recht: http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/12001C/htm/C_2001080DE.000101.html
- Design for Health. (2012). *Health Impact Assessment*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Design for Health: <http://www.designforhealth.net/resources/healthimpact.html>
- Europäische Kommission. (2004). *European Policy Health Impact Assessment. A Guide*. Abgerufen am 16. Februar 2012 von Europäische Kommission: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf
- Europäische Kommission. (2011). *Strategie für öffentliche Gesundheit*. Abgerufen am 13. Februar 2012 von eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>
- Europäische Kommission. (2012). *Regionalpolitik*. Abgerufen am 13. Februar 2012 von Europäische Kommission: http://ec.europa.eu/regional_policy/what/index_de.cfm
- Europäische Union. (2010). *Europa in Zahlen: Eurostat Jahrbuch 2010*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

- European Centre for Health Policy. (1999). *Health Impact Assessment - Gothenburg Consensus Paper*. Brüssel: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Fonds Gesundes Österreich. (2011). *Modellprojekte*. Abgerufen am 2012. April 13 von Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte>
- Franke, A. (2011). Salutogenetische Perspektive. In BZgA, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 487-490). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Gagnon, F., & Michaud, M. (2008). *Health Impact Assessment and Public Policy Formulation*. Québec: Groupe d'étude sur les politiques publiques e la santé.
- Gerlich, M., Wismar, M., Schwartz, F. W., & Walter, U. (2011). Gesundheitsziele. In BZgA, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 321-325). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2012a). *GFA-Veranstaltungen*. Abgerufen am 26. März 2012 von Gesundheit Österreich GmbH: <http://hia.goeg.at/News/Events>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2012b). *Health Impact Assessment*. Abgerufen am 15. Februar 2012 von Gesundheit Österreich GmbH: <http://hia.goeg.at/index.aspx>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2012c). *Nationale Beispiele von Gesundheitsfolgenabschätzung sowie Aktivitäten zur Gesundheitsfolgenabschätzung*. Abgerufen am 24. März 2012 von Gesundheit Österreich GmbH: <http://hia.goeg.at/Examples/National>
- Gouvernement du Québec. (2012). *Guidance of the HIA 2012 Conference*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Gouvernement du Québec: http://www.hia2012.ca/55/Guidance_of_the_Conference.html
- Hamlin, C. (1998). *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick, 1800-1854*. Cambridge: University Press.
- Harris, P., Harris-Roxas, B. H., & Kemp, E. (2007). *Health Impact Assessment: A Practical Guide*. Abgerufen am 16. Februar 2012 von Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation: http://www.hiaconnect.edu.au/files/Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf
- Health Canada. (2011). *Environmental Assessments*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Health Canada: http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/environ_assess-eval/index-eng.php
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2009). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber, Hogreve.

- Institute of Public Health Ireland. (2009). *Health Impact Assessment Guidance*. Abgerufen am 20. Februar 2012 von Institute of Public Health Ireland: http://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/IPH%20HIA_0.pdf
- Ison, E. (2000). Volume 1: The Main Resource. Section 3: Understanding why HIA is important. In N. H. Executive, *A Resource for Health Impact Assessment* (S. 75-87). London: NHS Executive.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Klausberger, P. (2012). *Über den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit*. Abgerufen am 23. Jänner 2012 von Institut für Gesundheitsplanung: http://www.gesundheitsplanung.at/images/pdfs/bildung%20und%20gesundheit_hp_version.pdf
- Krieger, N., Northridge, M., Gruskin, S., Quinn, M., Kriebel, D., Davey Smith, G., et al. (2003). Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives. *Journal of Epidemiology and Community Health* (57), S. 659-662.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Abgerufen am 20. Februar 2012 von Government of Canada: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Linden, S., & Töppich, J. (2011). Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. In BZgA, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 331-336). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Mackenbach, J., & Lhachimi, S. (2009). Quantitative Health Impact Assessment: Where do we go from here? *10th International HIA Conference: Rotterdam 2009* (S. 1-35). Rotterdam: Department of Public Health Erasmus MC.
- Mayring, P., & Brunner, E. (2006). Qualitative Textanalyse - Qualitative Inhaltsanalyse. In V. Flaker, & T. Schmid (Hrsg.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit* (S. 453-462). Wien - Köln - Weimar: Böhlau.
- Mieg, H., & Näf, M. (2005). *Experteninterviews*. Zürich: Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES).
- Mielck, A. (2011). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In BZgA, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 510-515). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ministry of Health New Zealand. (2012). *HIA Support Unit*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Ministry of Health: <http://www.health.govt.nz/our-work/health-impact-assessment/hia-support-unit>

- Ministry of Social Affairs and Health Finland. (kein Datum). *Health in All Policies 2013*. Abgerufen am 9. Februar 2012 von Ministry of Social Affairs and Health
Finland: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=336317&name=DLFE-16307.pdf
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- National Institute for Health and Welfare. (2009). *Human Impact Assessment*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von National Institute for Health and Welfare: <http://info.stakes.fi/iva/EN/index.htm>
- Österreichische Nationalbank. (2012). Abgerufen am 20. Februar 2012 von Dictionary Österreichische Nationalbank: <http://www.oenb.at/dictionary/>
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2010). *Health Impact Assessment - Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Quigley, R. J., & Taylor, L. C. (2003). Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization* (6/81), S. 415-419.
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2011). Determinanten von Gesundheit. In B. f. Aufklärung, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 45-48). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ritsatakis, A. (2004). HIA at the international policy-making level. In J. Kemm, J. Parry, & S. Palmer, *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications* (S. 153-164). Oxford: Oxford University Press.
- Rohrauer-Näf, G., & Waldherr, K. (2011). Gesundheitsförderung in Österreich. In BZgA, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 223-230). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schiffer, E. (2009). *Wie Gesundheit entsteht*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Schmid, T. (2006). Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens. In V. Flaker, & T. Schmid (Hrsg.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit* (S. 37-54). Wien - Köln - Weimar: Böhlau.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- The Network of Public Health Observatories. (2007). *The HIA Gateway*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von Public Health Observatories: http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA

- The Scottish Government. (1999). *2010 - Towards a Healthier Scotland*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von The Scottish Government: <http://www.scotland.gov.uk/News/Releases/1999/02/51f0e0be-cf47-4e01-9526-6596e84b14e8>
- The Welsh Assembly Government. (2003). *Health impact assessment and government policymaking in European countries: a position report*. Wales: Public Health Strategy Division.
- Trojan, A., & Süß, W. (2011). Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik/Healthy Public Policy. In BZgA, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 133-136). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- United Nations. (2011). *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Abgerufen am 31. Jänner 2012 von United Nations: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E
- Wales Health Impact Assessment Support Unit. (2012). *HIA and the Planning System in Wales*. Abgerufen am 24. März 2012 von Wales Health Impact Assessment Support Unit: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=522&pid=47426>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1*. Kopenhagen: World Health Organization.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective. In *Challenging Inequities in Health Care: From Ethics to Action* (S. 309-322). New York: Oxford University Press.
- Wismar, M. (2003). Health Impact Assessment - Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. *G+G Wissenschaft* (4), S. 25-35.
- Wismar, M., Blau, J., Ernst, K., & Figueras, J. (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment*. Trowbridge: European Observatory on Health Systems and Policies.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Abgerufen am 6. Februar 2012 von Health Promotion: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 12. Jänner 2012 von World Health Organization: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

- World Health Organization. (1998). *The World Health Report 1998*. Abgerufen am 21. Februar 2012 von World Health Organization: http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf
- World Health Organization. (1999). *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“*. Abgerufen am 10. Jänner 2012 von World Health Organization: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf
- World Health Organization. (2005). *Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: Europäische Schriftenreihe "Gesundheit für alle", Nr. 7.
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Adelaide: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Abgerufen am 31. Jänner 2012 von World Health Organization: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
- World Health Organization. (2012a). *Health Impact Assessment*. Abgerufen am 8. Jänner 2012 von World Health Organization: <http://www.who.int/hia/policy/en/>
- World Health Organization. (2012b). *The Determinants of Health*. Abgerufen am 1. Februar 2012 von Health Impact Assessment: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- World Health Organization. (2012c). *Evidence Base of Health Determinants*. Abgerufen am 1. Februar 2012 von The Determinants of Health: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>

ANHANG

Anlagenverzeichnis

Anhang 1 Nähere Informationen über die Datenerhebung

Anhang 2 Determinanten der Gesundheit

Anhang 1: Nähere Informationen über die Datenerhebung

Die Erstellung der Interviewleitfäden erfolgte in Anlehnung an das fünfstufige Befragungsmodell nach Alf Seippel (Bobens, 2006, S. 322). Die dafür gewählte offene Fragestellung bot keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, um den Einfluss durch Meinungen, Einstellungen und Bewertungen zu minimieren. So konnten die InterviewpartnerInnen in freier Rede und selbst gewählter Terminologie antworten, was einen weitgehend unbehinderten Einblick in die spezifischen Relevanzstrukturen des Problemfeldes ermöglichte (Mieg & Näf, 2005, S. 4-16).

Um die Forschungsfragen beantworten und Hypothesen aufstellen zu können, wurden unter Einhaltung der essentiellen Kriterien der qualitativen Erhebung folgende Fragen im Rahmen der Interviews gestellt:

1. Laut den Aussagen der 1. Österreichischen HIA-Fachtagung, welche im Juni 2011 stattfand, steht die Etablierung von HIA als Unterstützung für politische EntscheidungsträgerInnen noch relativ am Anfang in Österreich. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?
2. Im Jahr 2009 erarbeitete die GÖG im Auftrag des BMG ein Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. Konnten dadurch ein gemeinsames Verständnis von HIA entwickelt und der Nutzen dieses Instrumentes zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik bekannt gemacht werden?
3. Im Frühjahr 2011 startete das Pilot-HIA zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Aus welchen Gründen konnten anhand dieses Projektes Praktikabilität und Einsatzmöglichkeiten von HIA in Österreich erprobt werden?
4. Was ist Ihrer Meinung nach der Nutzen des HIA-Pilotprojektes zur Kindergesundheit?

5. Ist es nach Beendigung des Pilot-HIA bereits möglich, Empfehlungen für die Etablierung von HIA in Österreich abzuleiten? Wenn ja, welche systematische Vorgehensweise erachten Sie dabei als sinnvoll?
6. Ein nationales Netzwerk von HIA-Fachleuten und Beauftragten soll die Qualität und Weiterentwicklung der HIA-Praxis in Österreich langfristig fördern. Was sind die derzeit wichtigsten Herausforderungen für die Mitglieder dieses Netzwerkes?
7. Die Instrumente der einzelnen HIA-Phasen sind in Ländern wie z.B. Australien, Neuseeland oder Großbritannien auf deren länderspezifische Eigenheiten angepasst. Gibt es in Österreich Bestrebungen, einheitliche Tools zur Durchführung von HIA zu etablieren?
8. Auf welche Besonderheiten bzw. Kriterien wären bei der Entwicklung und Adaptierung österreichspezifischer HIA-Instrumente zu achten? Welche Probleme könnten dabei entstehen?
9. Welchen Stellenwert hat HIA in anderen Ländern der Europäischen Union?
10. Gibt es Länder, die die gesundheitspolitischen Folgen von geplanten politischen Vorhaben schon seit mehreren Jahren mithilfe des Instruments HIA einschätzen und positive Erfahrungen damit gemacht haben? Wenn ja, was unterscheidet diese Länder von Österreich?
11. Wie schätzen Sie die Akzeptanz von HIA zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik unter politischen EntscheidungsträgerInnen in Österreich ein?
12. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Bedingungen, um das Konzept „Health in All Policies“ in Österreich nachhaltig umzusetzen?

Anhang 2: Determinanten der Gesundheit

Die Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ erhebt den Anspruch, dass Gesundheit nicht allein von der Qualität des jeweiligen Gesundheitssystems abhängig ist, sondern viele Politikbereiche die Gesundheit von Menschen mitbestimmen (World Health Organization, 2012b). Das Ziel dieser gesundheitspolitischen Strategie ist die Verbesserung der Gesundheitschancen einer Bevölkerung bei gleichzeitiger Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten. Wichtige gesundheitliche Einflussfaktoren bzw. Gesundheitsdeterminanten liegen außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems und sind bei der Erzeugung, Förderung und Erhaltung von Gesundheit speziell zu berücksichtigen (World Health Organization, 2012b). Im „Rahmenkonzept für Gesundheit“ wies die WHO neben Patientenversorgung, Prävention und Förderung gesunder Lebensweisen explizit auf die Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten hin, um Gesundheit nachhaltig verbessern zu können.

„Das Aufgreifen von Gesundheitsdeterminanten [...] geht bei der Bewältigung von Auswirkungen der physischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umwelt auf die Gesundheit über das Verhalten des Einzelnen hinaus. Zu den [...] Maßnahmen zählen Gesetzgebung, Politikgestaltung und sektoreübergreifendes anwaltschaftliches Auftreten“ (World Health Organization, 2005, S. 15-16).

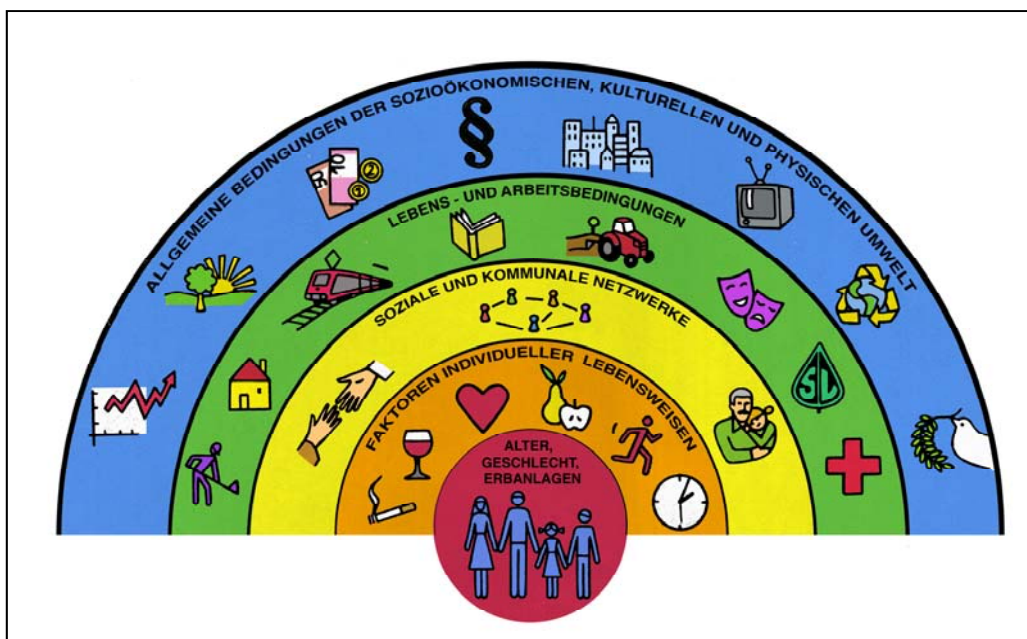
Die Erkenntnis, dass Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Umweltpolitik, aber auch Bereiche der Sozial-, Bildungs- und Verkehrspolitik maßgeblichen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit von Menschen nehmen, ist bei der Entwicklung effektiver, effizienter und kostenwirksamer Maßnahmen zur Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit zu beachten. Das Verständnis für eine umfassende Gesundheitspolitik, die den genannten Ansprüchen gerecht werden soll, habe sich in den letzten 20 Jahren international etabliert, wobei verbindliche Strategien zu deren Umsetzung bislang kaum Anwendung finden (World Health Organization, 2012c).

Das Modell der Gesundheitsdeterminanten

Neben dem System der Gesundheits- und Krankenversorgung bestimmen genetische und biologische Faktoren wie z.B. Alter oder Geschlecht die individuelle Veranlagung zur Gesundheit bzw. Krankheit (Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2001, S. 309-312). Sowohl Umfang, Qualität und Zugang zu vorhandenen Gesundheits- und Krankenversorgungsdiensten, Faktoren der physischen Umwelt wie Lebens- und Arbeitsbedingungen, individuelle Verhaltens- und Lebensweisen als auch allgemeine ökonomische und kulturelle Umweltbedingungen sind wichtige Determinanten, die Mortalität und Morbidität einer Gesellschaft beeinflussen (Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2001, S. 309-322).

Zur Veranschaulichung der zugleich positiven und negativen Einflüssebenen, in denen Gesundheit verändert und gefördert werden könne, wurde von Dahlgren und Whitehead das Modell der Gesundheitsdeterminanten entwickelt. Die Hauptdeterminanten der Gesundheit werden in fünf übergeordneten Bereichen systematisiert dargestellt, wie die folgende Abbildung 11 zeigt.

Abbildung 11: Modell der Gesundheitsdeterminanten
Abbildungsquelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren und Whitehead, 1991



Die Determinanten der Gesundheit stehen in einer wechselseitigen Beziehung zu einander und nehmen direkten und indirekten Einfluss auf die Gesundheit. Die unbeeinflussbaren Determinanten wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen stellen den Kern des sozialwissenschaftlichen Gesundheitsmodells dar und werden von Schichten umgeben, deren Faktoren mit Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention potentiell modifiziert werden können (Richter & Hurrelmann, 2011, S. 45-46).

Die Faktoren individueller Lebensweisen beziehen sich auf gesundheitsförderliche und -schädigende Verhaltensweisen, die über Wissen und Bewusstseinsbildung, z.B. zum Thema gesunde Ernährung oder mehr körperliche Bewegung, verändert werden können (Richter & Hurrelmann, 2011, S. 46). Soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Freundeskreis, Familie) unterstützen die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senken das Risiko gesundheitsschädigender Einflüsse. Diese Netzwerke werden durch die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen und ihren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und sozialen Diensten beeinflusst. Die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt stellen die komplexesten Determinanten dar (Richter & Hurrelmann, 2011, S. 46; Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2009, S. 26).

Mit dem Ziel, allen Menschen mehr Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit anzubieten, können im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik „Faktorenfelder“ identifiziert und individuelle Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit abgeleitet werden. Nachhaltige Strategien setzen dort an, wo Menschen gleichermaßen erreicht werden – bei der Gestaltung der Verhältnisse, in denen sie leben und im Verhalten, welches Menschen gesund erhält oder krank macht (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2009, S. 27-30).