

## **Health Impact Assessment – Status Quo in Österreich**

### **Einleitung**

Health Impact Assessment (HIA) ist ein Umsetzungsinstrument für die Strategie, Gesundheit in alle Politikbereiche als Querschnitt zu bringen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt etwa seit dem Jahr 2000 für die Umsetzung von HIA internationale Standards. In Skandinavien, Großbritannien, Irland und den Niederlanden findet bereits eine Umsetzung auf europäischer Ebene statt. Außerhalb von Europa werden HIAs vor allem in Neuseeland, Australien, den USA, Thailand und Kanada umgesetzt (Horvath et al. 2010, 15).

Die Chancen von HIA bestehen vor allem in der Erreichung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die soziale Ungleichheit abbaut und vulnerablen Gruppen mehr soziale Gerechtigkeit verschafft. Dies geschieht dadurch, dass Arbeits- und Wohnbedingungen, Erholungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung, Wissen usw. mittels Durchführung eines HIA politisch relevant werden.

Seit 2009 gibt es von Seite des Bundesministeriums für Gesundheit Bestrebungen, HIA bei politischen Entscheidungsprozessen auch in Österreich zu implementieren. Mittels fünf ExpertInneninterviews wurde erhoben, welche Faktoren hierzu in Österreich vorhanden sind – sowohl jene, die sich förderlich, als auch jene, die sich hemmend auf eine Implementierung von HIA auswirken. Die vorliegenden Ergebnisse richten sich an Personen, welche am aktuellen Verlauf der Implementierung von HIA in Österreich interessiert sind.

### **Was ist Health Impact Assessment?**

Die Definition von HIA lautet: „Health Impact Assessment ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit, sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. HIA dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu gestalten“ (GÖG/ÖBIG 2010, 35).

Das Instrument HIA soll dabei unterstützen, die vielen Einflussfaktoren von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit wie Einkommen, Armut, Bildung, Wohnverhältnisse, Arbeitssituation, Umwelt, Transport, Ausbildung, Stadt- und Verkehrsplanung sowie den Zugang zu Ressourcen zu erkennen und bei politischen Entscheidungsfindungen mit zu berücksichtigen.

HIA kann bei (Gesetzesentstehungs-) Prozessen, Programmen oder Projekten durchgeführt werden. Der Zeitpunkt der Durchführung kann im Vorhinein (prospective), begleitend (concurrent) oder nach Abschluss des politischen Vorhabens (retrospective) liegen. Das Bewertungsverfahren kann je nach Detailliertheit in „rapid appraisal“ (Schnellbewertung) und „comprehensive appraisal“ (umfassende Bewertung) unterschieden werden (Ison 2000, 6).

### **Rolle der Weltgesundheitsorganisation und Health in All Policies (HiAP)**

Die internationale Impulsgeberin für Health in All Policies Aktivitäten ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Bereits die WHO-Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 beinhaltet das Ziel einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: „Gesundheitsförderung geht über die Krankenversorgung hinaus. Sie macht Gesundheit zum Thema von Politikverantwortlichen in allen Bereichen und auf allen Ebenen. Gesundheitsförderungspolitik verbindet Ansätze wie Gesetzgebung,

finanzielle und steuerliche Maßnahmen und die Veränderung von Organisationen“ (WHO, 1986).

Aufbauend darauf wurden erste Grundlagenarbeiten für eine Umsetzung von HIA verfasst<sup>1</sup>.

HIA war neben „Gesundheitsförderliche Stadtplanung“ und „Altern in Gesundheit“ eines der drei Leitthemen in Phase IV (2003 - 2008) des WHO Gesunde Städte Netzwerks (WHO 2003, 3). Ein Ergebnis der Evaluation des Leitthemas HIA ist, dass das Fehlen von Expertise und Erfahrungen eine Herausforderung darstellen. Die langen Zeithorizonte, welche für einen Kapazitätsaufbau benötigt werden, erweisen sich darüber hinaus als schwierig. Wenn HIA außerdem kein hoher Stellenwert eingeräumt wird, fehlen die für eine Implementierung nötigen Ressourcen (Ison 2008, 16).

Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (HiAP – Health in All Policies) unterliegt der Annahme, dass es Aufgabe des Staates ist, dafür Sorge zu tragen, die Gesundheit ihrer BürgerInnen zu erhalten und zu fördern. Auf gesellschaftlicher Ebene sollen Lebensverhältnisse geschaffen werden, die eine gesunde Verhaltensweise vereinfachen. Eine solche Aufgabe kann nicht vom Gesundheitssektor alleine geleistet werden – HiAP benötigt die anderen Politikfelder und Ministerien. Die wesentlichsten Politikfelder hierzu sind die Sozial-, Bildungs-, Verkehrs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik. Gegenwärtig werden in Europa vor allem HIAs zu Fragen des Verkehrs, des Wohnens/der Stadtplanung und zu Umweltthemen durchgeführt (Antes 2008, 41).

HiAP versteht Gesundheit als eine Querschnittsmaterie, welche nur in Kooperation mit anderen Politikbereichen und Ministerien in einer Zusammenarbeit beeinflussbar und veränderlich ist. Je weniger krankheitsorientiert und je mehr Public Health-orientiert die Gesundheitspolitik ist, desto notwendiger wird es, Gesundheit in allen Politikbereichen zu verankern.

Nicht nur für die Gesundheitspolitik hat HiAP einen Nutzen, sondern auch andere Sektoren profitieren davon. Im Bereich der Bildungspolitik wäre bei einer Auseinandersetzung etwa rund um das Thema Kürzung der Turnstunden oder Ernährung im Setting Schule zu erwarten, dass auch für den Bildungsbereich spannende Schlussfolgerungen entstehen.

Mit der Strategie HiAP ist das Thema der sozialen Ungleichheit und Gesundheit eng verknüpft. Daten und Fakten belegen, dass geringeres Bildungsniveau, geringerer Beschäftigungsstatus und geringeres Einkommen mit schlechterer Gesundheit einhergehen. Wilkinson und Pickett entwickelten zudem die Theorie, dass wachsender sozialer Abstand schlecht für alle ist – je ungleicher eine Gesellschaft, desto mehr soziale Probleme gibt es (Wilkinson/Pickett, 2009). Reine Verhaltensprävention ist schlussfolgernd nicht nur „ineffektiv, sondern fast zynisch, wenn sie sich an Gruppen wendet, die aufgrund ihrer sozialen Situation wenig individuelle Spielräume haben“ (Haas 2010, 459).

Die finnische EU-Ratspräsidentschaft verstärkte im Jahr 2006 die bisherigen Bestrebungen auf europäischer Ebene, Gesundheit in allen wichtigen politischen Entscheidungen mit zu berücksichtigen und zu thematisieren. Dadurch wurden bereits begonnene Traditionen der WHO, der EU und Finnlands fortgesetzt. In Helsinki wird im Juni 2013 die 8. Weltgesundheitskonferenz u.a. mit dem Thema HiAP stattfinden.

---

<sup>1</sup>

Erica Ison verfasste im Jahr 2000 eine Arbeit für das National Health Service (NHS Exekutive) in London. Folgend war Erica Ison als HIA Beauftragte der WHO im Healthy City Projekt zuständig.

## Gesundheitsdeterminanten

Das Modell der Gesundheitsdeterminanten beschreibt, wie Gesundheit nicht alleine von medizinischer Versorgung oder Lebensstilfaktoren, sondern sehr stark von Lebens- und Arbeitsbedingungen und anderen Einflüssen außerhalb des Gesundheitswesens abhängt. So gilt laut Kickbusch nach wie vor, dass 60–80% der Faktoren, die zur guten Gesundheit führen, „nicht medizinischer Natur sind“ (Kickbusch 2006, 24). Die Determinanten stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander und haben sowohl einen direkten, als auch einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit.

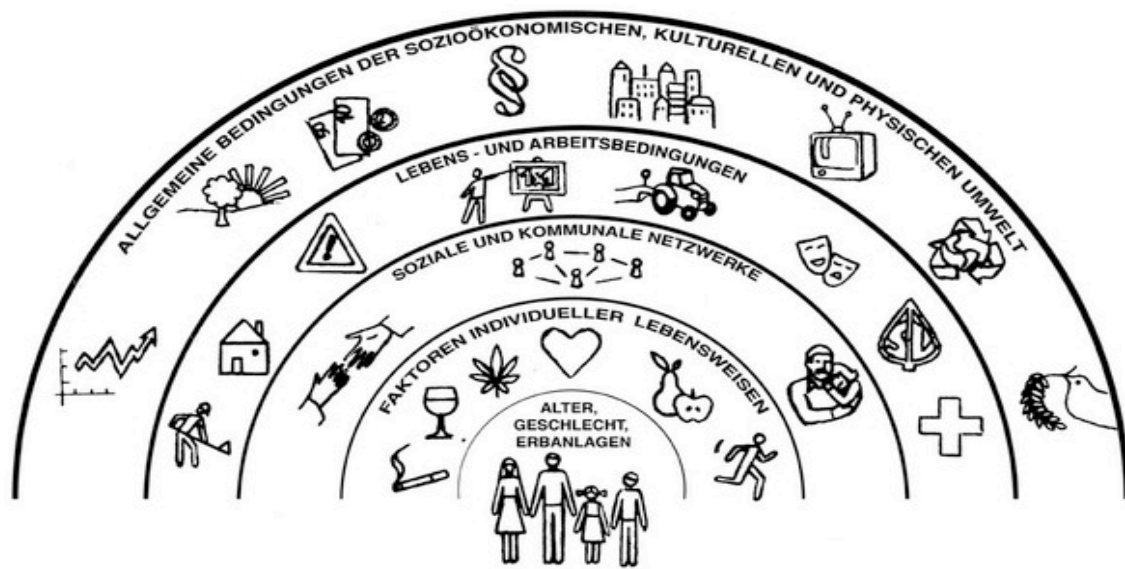


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit. Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren & Whitehead (1991).

Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen als unbeeinflussbare, feste Determinanten der Gesundheit den Kern des Modells dar. Die anderen Faktoren in den umgebenden Schichten können hingegen – mit Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung – potenziell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die Gesundheit auszuüben (Richter/Hurrelmann 2011, 46). Das Modell zeigt auch, dass Lebens- und Arbeitsbedingungen ebenso wie soziale und gesellschaftliche Bedingungen einen Einfluss auf Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum, Bewegungsgewohnheiten, Nikotinkonsum und Ernährung haben.

Das Determinantenmodell stellt den Ausgang aller Überlegungen bei der Durchführung eines HIA dar. Durch die Implementierung von HIA wird eine stärkere Determinantenorientierung in der gesamten Gesundheitsförderung geschaffen. Ebenso findet eine verstärkte Berücksichtigung der Verhältnisebene statt.

## Forschungsmethode

Um die Forschungsfrage zu beantworten – welche fördernden und hemmenden Faktoren für eine Implementierung von HIA in Österreich vorhanden sind, wurden zwischen Februar und März 2012 fünf ExpertInneninterviews (drei Männer, zwei Frauen) geführt. Die ExpertInnen wurden auf Grund ihrer Tätigkeit ausgewählt. Die Interviews dauerten jeweils ein Stunde. Die Gespräche wurden mittels Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend in Anlehnung an die Methode der qualitativen

Inhaltsanalyse analysiert. Dafür wurde nach einer Transkription ein Kategoriensystem u.a. mit den häufigsten genannten Faktoren für eine Implementierung von HIA erstellt. Im Anschluss an die Kategorienbildung wurden alle Interviews kodiert. Abschließend wurden die einzelnen Kategorien inhaltlich in Textform zusammengefasst und interpretiert.

Drei der interviewten ExpertInnen arbeiten selbstständig im Bereich Public Health. Eine interviewte Person ist MitarbeiterIn des Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment und eine interviewte Person ist MitarbeiterIn der Gesundheit Österreich GmbH. Der fachliche Wissenshintergrund der ExpertInnen ist heterogen und interdisziplinär. Die interviewten ExpertInnen kamen zumeist vor etwa zehn Jahren zum ersten Mal HIA in Berührung — internationale Public Health Ausbildungen, europäische Konferenzen und Tagungen zum Thema und das Gesunde-Städte Netzwerk machten sie auf das Thema zum ersten Mal aufmerksam.

### **Situation in Österreich**

Vorreiterrolle in der Entwicklung und Implementierung von HIA haben die skandinavischen und englischsprachigen Länder. Besonders positiv hervorgehoben werden bei den ExpertInneninterviews jene Länder, welche vermehrt auf (Evaluations-) Forschung setzen (u.a. Großbritannien, Norwegen) und Länder, die großen Mut in Richtung Reformen und Dynamik zeigen (u.a. Dänemark und Schweden). In Deutschland wird im Moment scheinbar weniger zum Thema HIA erarbeitet und umgesetzt.

Die Mitgliedsländer des Gesunde-Städte-Netzwerks setzten sich in Phase IV (2003 - 2008) des Gesunde Städte Netzwerks mit HIA auseinander und leisteten Aufbauarbeit in Richtung einer systematischen Verwendung von HIA als Instrument der Politikgestaltung. In Österreich wurde im Rahmen dieser WHO Schwerpunktsetzung innerhalb der Stadt Wien eine Masterarbeit mit dem Titel „Health Impact Assessment – Eine Einführung und Anleitung, sowie ein Beispielprojekt aus Wien“ verfasst (Antes 2008).

Nach Abschluss der Masterarbeit von Gernot Antes wurde es um das Thema HIA in Österreich für etwa zwei Jahre ruhig, bevor die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt wurde, ein Konzept zur Implementierung von HIA in Österreich zu verfassen. Im Zuge dieser Konzepterstellung begann eine Bewusstseinsbildungsphase. Parallel hierzu sieht das Konzept Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau (Capacity Building) bis zum Jahr 2015 vor. Im Rahmen der Bewusstseinsbildung sollen vor allem fachinterne Personen (Public Health ProfessionistInnen, Bundesministerium für Gesundheit usw.) ein vertieftes Wissen zum Determinantenmodell und der Bedeutung von HiAP aufbauen, bevor die Bewusstseinsbildung auch auf die weiteren Sektoren ausgebaut wird.

In Österreich wurden seit der Beauftragung der GÖG bereits folgende Aktivitäten umgesetzt:

Um praxisorientiert die Möglichkeiten eines HIA aufzuzeigen, fiel die Entscheidung, einen Piloten auf Bundesebene mit dem Titel „Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr“ durchzuführen. Bewusst wurde ein Thema für den Pilot-HIA gewählt, das politisch nicht kontroversiell diskutiert wird. Darüber hinaus wurde das Thema Kindergesundheit parallel beim

Kindergesundheitsaktionsplan<sup>2</sup> thematisiert. Die Durchführung dieses Piloten ist wichtig zur Wissensgewinnung und Veranschaulichung der Möglichkeiten des Instruments HIA. Mit dem Piloten und weiteren Projekten soll eine allgemeine Akzeptanz für HIA hergestellt werden und ihr Nutzen demonstriert werden.

Durch den Aufbau einer nationalen Homepage (<http://hia.goeg.at>) werden u.a. die bisherigen Aktivitäten dargestellt und bereits durchgeführte HIAs zum Download zur Verfügung gestellt. Diese offizielle Homepage stellt auch ein verbales Commitment des Bundesministeriums für Gesundheit zur Bereitschaft einer aktiven Mitgestaltung des Themenfeldes HIA dar.

Am 9.06.2011 fand in Wien die 1. Österreichische HIA-Tagung statt. Auf Einladung der ImplementierungsakteurInnen versammelten sich Interessierte, um sich zum Thema HIA in Österreich zu informieren, sich auszutauschen und gemeinsame weitere strategische Schritte zu planen.

Gleich beim ersten Durchgang einer Summer-School in Graz im Jahr 2011 zum Thema HIA kam es, nicht zuletzt auch durch die internationalen TeilnehmerInnen aus Ländern, wo HIAs bereits durchgeführt werden, zu einem wertvollen Austausch und Wissensgewinn. Im Herbst 2012 findet ein erneuter Durchgang der Summer-School statt.

Einzelne Veröffentlichungen von Fachartikeln in einschlägigen Zeitschriften, Präsentationen auf Tagungen (u.a. Gesundheit und Armut 2012) und vermehrte Netzwerkarbeit versuchen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit Bewusstseinsbildung zu schaffen.

Die HauptakteurInnen in Österreich setzen sich auf nationaler Ebene aus dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Hauptverband der Sozialversicherungen und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zusammen. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger setzt sich ebenso für eine Bewusstseinsbildung zu einer politikübergreifende Gesundheitspolitik und die Umsetzung einer gesundheitsorientierten Gesamtpolitik ein (Hauptverband 2012).

Das Bundesministerium für Gesundheit nimmt eine bedeutende Rolle im Rahmen der Implementierung von HIA ein. Das Thema wurde im Ministerium in jüngster Zeit vorangetrieben, da einige Sektionsleitungen durch internationale Tagungen mit HIA und dem Grundgedanken HiAP vermehrt in Berührung kamen.

In den Bundesländern hat vor allem das Land Steiermark neben Oberösterreich und Vorarlberg aktiv Implementierungsschritte für HIA gesetzt. Die Steiermark kann hierbei als die treibende Kraft bezeichnet werden.

Lange Zeit wurde auch in Österreich nach einem passenden Begriff für den englischen Terminus Health Impact Assessment gesucht. Der international gängige Begriff HIA wurde von den befragten Personen als zu sperrig und nicht anschlussfähig bei Laien bezeichnet.

„Es gab lange den Streit wie es heißen soll. Gott sei Dank ist es nicht Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – da würden sich alle wehren. Und andere sagen Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, da kennt sich aber jeder gleich aus! Und wir sagen – ja, es kennt sich jeder gleich aus – aber es ist die falsche Idee von auskennen. Und deswegen ein neuer Begriff“ (E 2, Zeile 83).

---

2

Auch beim Kindergesundheitsaktionsplan standen die Einbindung von HiAP und gesundheitliche Chancengleichheit im Vordergrund. Das Ziel der Etablierung der Gesundheitsfolgenabschätzung ist im Kindergesundheitsaktionsplan zu finden.

Der nun gewählte Begriff „Gesundheitsfolgenabschätzung“ kommt aus der Schweizer Community und wird seit Herbst 2011 in Österreich von den HauptakteurInnen einheitlich befürwortet. „Gesundheitsfolgenabschätzung“ soll sich als einheitlicher, selbsterklärender deutschsprachiger Terminus in der Schweiz, Österreich und Deutschland durchsetzen. Durch den Bezug der vorliegenden Arbeit auf Österreich, wird im weiteren Verlauf nur noch der neue Begriff verwendet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich nach wie vor am Anfang steht und im Moment ein gewisser „Hype innerhalb einer Community“ vorhanden ist, wie es eine Person in den ExpertInneninterviews ausdrückt (E 5, Zeile 25). Die Zahl jener, die darüber informiert sind, steigt ebenso, wie das generelle Interesse am Thema. Durch die bereits erfolgten Aktivitäten befindet sich Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich seit dem Jahr 2010 in der Implementierung.

### **Österreichspezifische Faktoren bei der Implementierung von Gesundheitsfolgenabschätzung**

In Rahmen der Analyse konnten folgende Handlungsfelder identifiziert werden, die aus Sicht der ExpertInnen von Gesundheitsfolgenabschätzungen zur Implementierung wichtig sind: (1) Evidenzbasierung, (2) Transparenz, (3) Intersektoralität und (4) die Einbeziehung der Bundesländer und Kommunen. Diese einzelnen Handlungsfelder werden nun folgend näher aufgeschlüsselt. Abschließend wird noch ein Blick auf vorhandene förderliche Faktoren geworfen.

Als aktuelles Thema der österreichischen Gesundheitspolitik, wird abschließend ein Blick auf die Rahmen-Gesundheitsziele und die wirkungsorientierte Folgenabschätzung geworfen.

#### **(1) Evidenzbasierung**

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung versucht zu verstehen, unter welchen Bedingungen und mit welchen Methoden komplexe soziale Interventionen erwünschte Wirkungen erzeugen, was die wesentlichen Erfolgsfaktoren sind und wie man Prozess und Ergebnis messbar macht (Ruckstuhl, 2003).

Um Evidenz in politische Entscheidungsfindungen im Bereich der Gesundheit zu bringen, ist es vordergründig nötig, dass Daten und Fakten, zum Beispiel durch eine systematische Evaluation im Bereich der Gesundheitsförderung, vorhanden sind. Eine Standardisierung der Qualitätsstandards in der Evaluation ist hierzu notwendig (Elkeles 2008, 61).

Im Rahmen der ExpertInneninterviews wurde reflektiert, dass eine Kultur der Evidenzbasierung in Österreich noch nicht weitgehend vorhanden ist.

„Dass man zuerst analysiert, bevor man Aktionismus zeigt. Weil in Österreich es klassisch der Fall ist, man hat einen Anlassfall und das erste was man tut ist man [...] macht eine Anlasspolitik. Man geht sofort in die Umsetzung. Man geht sofort in den Aktionismus. Ohne sich einmal zurück zu lehnen und die Situation einmal zu analysieren und sich einmal schlau zu machen“ (E 5, Zeile 15).

Die Evaluation von Programmen und Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention benötigt viel Zeit und Ressourcen. Viel Zeit wird u.a. benötigt, weil selten auf bestehende Studien zurückgegriffen werden kann und es bei multikausalen Zusammenhängen immer schwieriger ist, Erfolge zu messen.

Ein in diesem Zusammenhang genanntes Defizit stellt die nicht hinreichende Wissenslage beziehungsweise Forschungslandschaft in Österreich dar. Ohne entsprechende wissenschaftliche Basis wird es laut ExpertInnenmeinung langfristig an Zahlen und Daten für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung fehlen.

„Wenn mir das nichts wert ist, ja dann kann ich auch nicht erwarten, dass irgendwo erstens nicht nur Evidenz produziert wird, sondern dann werde ich auch die Evidenz, die produziert worden ist, nicht sehr akzeptieren. Also Auftragsforschung wie es in anderen Länder gibt, gibt es bei uns – also es gibt schon so etwas wie Gesundheitsberichtserstattung usw. aber das ist eigentlich für das siebtreichste Land der Welt nicht besonders viel – das ist kein hohes Niveau“ (E 5, Zeile 15).

Wird der Blick der Evidenz von der Gesundheitsförderung eine Stufe höher in die Politikgestaltung gehoben, so kann gesagt werden, dass es in Österreich noch nicht gut gelingt „evidence into policy“ zu bringen. Wissenschaft und ihre Ergebnisse werden oft ignoriert und Evidenz ist zumeist nicht die treibende Kraft von politischen Entscheidungsfindungen (E 5, Zeile 11). Nur vereinzelt ist durch einen vermehrten Einsatz von Arbeitskreisen oder sogar Systemen von Arbeitskreisen eine Verbesserung wahrzunehmen (E2, Zeile 17).

In der Politikberatung wird unter dem Evidenzbegriff verstanden, dass die Beratung auf ein solides wissenschaftliches Fundament aufbaut. Eine schwierige Lage innerhalb der evidenzbasierten Politikberatung ergibt sich durch die langfristige Perspektive in der Wissenschaft, welche mit kurzfristigen Erwartungshaltungen der Politik kollidiert, welche Probleme nur dann anpackt, wenn sie einem massiven Handlungsdruck gegenüber steht (Zimmermann 2011, 12).

Policy<sup>3</sup> ist von vielen verschiedenen Kräften, wie einer starken vorhandenen oder nicht vorhandenen Interessensgruppe, politisch ungelegenen Zeitpunkten oder einer Akzeptanz für eine Mehrheit usw. abhängig. Ressourcen und Werte sind die wichtigsten weiteren Einflussfaktoren für politische Strategien neben Evidenz (Ison 2000,92).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für eine evidenzbasierte Politikgestaltung im Bereich der Gesundheitsförderung vor allem auch eine Evidenzbasierung im Bereich der Gesundheitsförderung fehlt. Es bräuchte eine langfristige Finanzierung von Gesundheitsförderungsforschung für die Generierung von Daten, Zahlen und Fakten. Die Generierung eines breiteren Forschungsspektrums in der Gesundheitsförderung, als Grundvoraussetzung etwa für Gesundheitsfolgenabschätzungen, wäre somit nötig.

## (2) Transparenz

Ein weiteres Handlungsfeld aus den ExpertInneninterviews stellt das Thema Transparenz dar. Transparenz ist eine grundlegende Vorbedingung für eine Verbindung von Wissensproduktion und politischer Entscheidungsfindung.

„Wenn nicht transparent ist, welches Wissen da produziert wurde, kann man auch etwas ganz anderes entscheiden und keiner wird sich aufregen. Und das ist wohl auch Grund dafür, warum vieles verschlossen bleibt. Und ich sage einmal, das ist Teil unserer politischen Kultur“ (E 2, Zeile 17).

Diese nötige Transparenz könnte etwa durch einen Zwang zur Publikation geschaffen werden.

---

<sup>3</sup>

Im Englischen gibt es für das Wort „Politik“ zwei Begriffe. Bei „politics“ handelt es sich um einen allgemeinen Begriff, der zum einen das beschreibt, was man im Deutschen verallgemeinernd als „die Politik“ bezeichnet. Zum anderen bezeichnet man mit „politics“ die persönlichen politischen Überzeugungen und Meinungen einer Person. Mit „policy“ bezeichnet man dagegen die inhaltliche Seite der Politik, das heißt konkrete Handlungsweisen die von politischen Parteien beschlossen und durchgeführt werden.

„Und dann ist natürlich das österreichische Problem, dass die Leute nicht gewohnt sind, dass es unabhängige Forschungs – also dass es Ergebnisse gibt. [...] Der Zwang zur Publikation – zur unveränderten und der Zwang zur Peer-Journal Publikation (sollte gegeben sein)“ (E 1, Zeile 86).

Als positives Vorbild könnte hierbei das Health Technology Assessment dienen. Hier wird durch eine 60% Förderung durch öffentliche Forschungsgelder und 40% Förderung durch PartnerInnen vertraglich sichergestellt, dass sich die PartnerInnen dazu bereiterklären, die Ergebnisse in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen. Durch eine Publikationspflicht wird verhindert, dass Forschungsberichte in Schubladen verschwinden.

Zur Intransparenz trägt auch bei, dass statt einer Forschungskultur eine ExpertInnenkultur dominiert. Das heißt, dass in Österreich nicht wie z. B. in den Niederlanden einer starken Wissensproduktion eine Politik gegenübersteht, die sich systematisch dieser Forschungsergebnisse auch bedient.

Zusammenfassend kann hierzu gesagt werden, dass sich eine Publikationspflicht durchgeführter Gesundheitsfolgenabschätzungen förderlich auf die Transparenz der Gesundheitspolitikgestaltung auswirken kann. Auch wenn eine Gesundheitsfolgenabschätzung zumeist nur eine Empfehlung für eine politische Entscheidungsfindung darstellt, verlangt es bereits im Vorfeld der Durchführung einer Gesundheitsfolgenabschätzung Reflexions- und Lernbereitschaft. Ob diese Basis in Österreich bereits geschaffen ist, wird von den interviewten ExpertInnen in Frage gestellt.

### (3) Intersektoralität

Für die erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsfolgenabschätzungen ist ein vernetztes Arbeiten mit anderen Abteilungen, Ressorts und Ministerien Grundvoraussetzung. Die betroffenen Ressorts hatten im Regelfall bisher nicht die Verbesserung der Gesundheit zum eigentlichen Ziel und somit muss sehr viel Offenheit und Bereitschaft dieser Sektoren und Ministerien für die Anwendung des Instruments vorhanden sein. Dies ist auch eines der Ergebnisse der Evaluation der Schwerpunktphase des WHO Gesunde Städte Netzwerks (Ison 2008, 17).

Intersektoralität ist laut der ExpertInnen ähnlich wie die Evidenzbasierung und Transparenz eine Schwäche des österreichischen Politiksystems. Beim Pilot „Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr“ machte die GÖG zwar äußerst positive Erfahrungen beim Aufbau der intersektoralen Zusammenarbeit und die Einbindung der wesentlichsten Ministerien und Ressorts verlief gut. Das Thema Kindergarten an sich ist eine Querschnittsmaterie ohne eindeutige Zuordnung zu einem Politikbereich. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die beteiligten AkteurInnen aus dem Bildungsbereich es sehr begrüßten, dass eine Institution die Führung (lead) zu einer intersektoralen Diskussion zum Thema Kindergarten überhaupt übernommen hat.

Viel Feingefühl ist beim Einfädeln dieser intersektoralen Zusammenarbeit gefragt:

„Es kommt nicht gut, wenn man so – also wir belehren euch jetzt und wir sagen euch jetzt wo es lang geht und wir sagen euch jetzt was ihr tun müsst. Sondern es geht nur über die Schiene [...], einfach zu sagen: Ihr habt Anliegen und wir haben Anliegen und da gibt es eine Schnittmenge. Und wenn wir uns das gemeinsam anschauen, können wir beide davon profitieren“ (E 3, Zeile 46).

Von einer vorhandenen Basis, auf die im Bereich Intersektoralität aufgebaut werden könnte, ist in den meisten Fällen nicht auszugehen (E 2, 21). Verbesserungen in Richtung interdisziplinärer Zusammenarbeit sind jedoch erkennbar: Das Bundesministerium für Gesundheit wurde in den letzten Monaten vermehrt in Entscheidungsprozesse anderer Ministerien involviert. Dies war etwa bei der Entwicklung der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Fall. Auch als die Frage aufkam, ob



der „Generationen-Check“<sup>4</sup> in die Folgenabschätzung aufgenommen werden soll oder nicht, wurde das Bundesministerium angefragt (BM 2011, 1).

Zusammenfassend ist erkennbar, dass eine Neudefinition der intersektoralen Zusammenarbeit stattfinden muss, sodass unter einer gemeinsamen Kommunikation mehr verstanden wird, als dass verschiedene Ressorts bei Meetings um einen runden Tisch versammelt sind. Intersektorale Zusammenarbeit braucht gemeinsame Interessen und gemeinsame Ziele und nicht zuletzt Zeit für eine ehrliche Auseinandersetzung der unterschiedlichen Bedürfnisse. Ob es langfristig gelingt, eine effiziente intersektorale Zusammenarbeit im Kontext der Gesundheitsfolgenabschätzung zu ermöglichen, wird letzten Endes von den Ressourcen für eine persönliche Ansprache und Sensibilisierungsarbeit im Vorfeld liegen.

#### (4) Bundesländer und Kommunen

Der Förderalismus stellt ein weiteres Spezifikum in Österreich im Rahmen der Gesundheitsfolgenabschätzung dar. Die befragten ExpertInnen sehen vor allem auf Gemeindeebene das größte Entwicklungspotential für die Implementierung von Gesundheitsfolgenabschätzung. In diesem Kontext wird auch die Bedeutung des 15a Vertrags genannt, der die Kooperation zwischen Bund und Ländern im gemeinsamen Wirkungsbereich regelt.

„Ich würde einmal meinen je niedriger die Entscheidungsebene ist, also in Bezirken und Gemeinden, desto einfacher ist es. Erstens weil [...] es weniger Player sind und sich die Leute persönlich kennen und dadurch auch gemeinsam Entscheidungen fällen können [...]. Je höher ich hinaufgehe auf Ebene von Ministerien, die ja auch oft wechselnde Köpfe haben, desto schwieriger wird es mit großer Wahrscheinlichkeit“ (E 4, Zeile 41).

Die befragten ExpertInnen sind der Meinung, dass in Zukunft vermehrt Gemeinden eine Gesundheitsfolgenabschätzung (Bottom-Up) durchführen werden. Denn obwohl Gesundheitsfolgenabschätzung auf nationaler Ebene eingesetzt wird, ist es vorwiegend ein Instrument der regionalen bzw. kommunalen Politik (Antes 2008, 41). Die Aufgabe des Landes wäre hierbei, die Gemeinden zu unterstützen. Auf Ebene der Gemeinden, Regionen und Bezirken bekäme dann auch die Beteiligung der BürgerInnen eine tragendere Rolle. Zwar ist auch hier Angst der Politik gegenüber Partizipationsprozessen vorhanden, allerdings wäre damit eine größere Chance gegeben, Partizipation im Rahmen der Gesundheitsfolgenabschätzung als Chance anzunehmen. Da Gesundheit und Soziales in den Gemeinden einen hohen Stellenwert hat, vor allem budgetär, ist ein Zugang über Kommunen gut vorstellbar.

Zusammenfassend stellt der Förderalismus in Österreich für eine Implementierung auf nationaler Ebene eine Herausforderung, mit resultierenden Doppelgleisigkeiten dar. Langfristig wäre es voraussichtlich nötig, auch in den Bundesländern Support-Units vor Ort zu haben – auch wenn das zu vielen Parallelitäten führen wird. Im Moment fehlen hierzu allerdings zum Großteil noch die Ressourcen und das Capacity Building. Die Gesundheitsfolgenabschätzung trägt gerade auf kommunaler und regionaler Ebene aber langfristig Potential in sich. Die Befähigung würde somit auf zentraler Ebene erfolgen, die Umsetzung allerdings dezentral von lokalen Opinion Leaders (lokalen MeinungsführerInnen) aufgegriffen werden. Die Umsetzung von Gesundheitsfolgenabschätzung auf Gemeindeebene wäre vermutlich weniger evidenzbezogen und dafür vermehrt durch Partizipationsprozesse gekennzeichnet.

---

4

Die offizielle Bezeichnung lautete: Auswirkungen auf die Familien- und Jugendpolitik sowie Auswirkungen auf die Ausgewogenheit zwischen den Generationen. Das Ergebnis der Prüfung war, dass ein breiterer Begriff, wie etwa jener der Gesundheit, eine umfassendere Sichtweise und Breite darstellen könnte.

## (5) Spezifische hemmende Faktoren

Neben den bereits genannten Faktoren wurden noch weitere Faktoren von den befragten ExpertInnen genannt:

**Beteiligung der Sozialpartner:** Es wurde (bisher) das Thema Gesundheit von den Sozialpartnern nicht stark thematisiert. So sind zwar die Wirtschaftskammer Österreich, die Arbeiterkammer und der österreichische Gewerkschaftsbund mittels Informationsveranstaltungen in den Prozess der Implementierung eingebunden (E 3, Zeile 57), allerdings fehlt eine befürwortende Stellungnahme.

**Komplexität des Gesundheitssystems:** Das Gesundheitssystem in Österreich wird als „nicht steuerbar“ und „schwer veränderlich“ wahrgenommen. Gesundheitsfolgenabschätzungen benötigen moderne Strukturen im Gesundheitswesen, welche durch fehlende Reformen vermisst werden. Mit diesen fehlenden Reformen gehen eine „Überspitalisierung“, und ein nach wie vor auf Medikamentalisierung aufgebautes Gesundheitssystem einher (E 1, verschiedene Stellen).

**Komplexität des Instruments:** Der bürokratische Aufwand, die Komplexität von Gesundheitsfolgenabschätzungen und die Kosten sind weitere hemmende Faktoren. So klingt Gesundheitsfolgenabschätzung auf den ersten Blick sehr diffus und aufwendig und Erfolge sind erst langfristig sichtbar.

**Finanzkrise:** Auch wenn Gesundheitsfolgenabschätzung langfristig für die Gesellschaft einen finanziellen Nutzen haben kann, wird innerhalb der Politik zumeist in sehr kurzen Zeitfenstern agiert. Für langfristige Prozesse wie die Implementierung von Gesundheitsfolgenabschätzung stellt dies somit ein Hindernis dar.

Nicht zuletzt könnte ein Rechtsruck inklusive Populismus sich als hinderlich für eine intensivere Auseinandersetzung mit einem über das Gesundheitswesen hinaus gefassten Gesundheitsbegriff darstellen (E4, Zeile 37).

## (6) Spezifische fördernde Faktoren

Eine der sich aufdrängenden Fragen war, warum Gesundheitsfolgenabschätzung gerade jetzt in aller Munde ist. Die ExpertInnen zählten folgende Faktoren als ausschlaggebend für die Aktualität des Themas in Österreich:

**Reformbedarf:** Durch immer knapper werdende Ressourcen, auch im Gesundheitswesen<sup>5</sup>, kommt es zu einem einheitlichen Verständnis darüber, dass Veränderungen im System notwendig sind. Rezepte von gestern greifen nicht mehr und die Suche nach Lösungen führt zu Methoden, wie diese „Hilflosigkeit“ bewältigt werden kann (E 2, Zeile 63). Der Bedarf für ein Instrument wie der Gesundheitsfolgenabschätzung ist somit im hohen Maße vorhanden.

„Wir müssen, um Fortschritte in einer Gesellschaft zu produzieren, uns etwas anderes überlegen und zwar inneren, qualitativen Fortschritt der sich nicht am BIP orientiert. Das heißt wir haben einen ökonomischen Drucks, auf den die Politik irgendwie reagieren muss [...]. Also insofern glaube ich auf Grund des ökonomischen Drucks nicht auf Grund von Rationalität von Politik (Ergänzung: wird es zu einer Implementierung von HIA kommen)“ (E 4, Zeile 35).

---

<sup>5</sup>

Geplant ist laut Sparpaket 2012 eine Einsparung von 1,372 Millionen Euro bis 2016 im Gesundheitsbereich. Geplante Maßnahmen hierfür sind Einsparungen in der Sozialversicherung, die durch eine bessere Zielsteuerungs-Vereinbarung mit den Ländern möglich werden sollen, sowie eine Verlagerung der PatientInnenströme weg von den Krankenhäusern hin zu niedergelassenen ÄrztInnen (<http://wirtschaftsblatt.at/home/1212601/index>).

Public Health Ausbildung: Die Public Health Lehrgänge werden als wichtiger Grundstein für die nötige Expertise bei der Unterstützung und Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzung angeführt. An den Fachhochschulen schreiben vermehrt StudentInnen Seminar- und Masterarbeiten zum Thema Gesundheitsfolgenabschätzung. Diese neue, „junge“ Generation trägt zu einer Aufbereitung des Bodens für eine neue Denkkultur bei – was einen fördernden Faktor für die Implementierung darstellt. Da diese Personen immer mehr wichtige politische und außerpolitische Funktionen innehaben, tragen sie somit zu einer modernen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit bei. Es besteht große Hoffnung, dass immer mehr EntscheidungsträgerInnen einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff zu ihrer Basis erklären.

„ (...) Es sitzen jetzt in ein paar Landessanitätsdirektionen, im Hauptverband - an verschiedenen Stellen die Leute, die die Public Health Ausbildung gemacht haben und die deswegen ganz eine andere Basis dafür haben – das ist sicherlich sehr förderlich“ (E 3, Zeile 39).

Gute Gesundheitsförderung als Basis: Gesundheitsförderung ist in Österreich im Vergleich mit anderen Ländern bereits gut etabliert und institutionalisiert. Es kann somit auf diese Stärke weiter aufgebaut werden. Die Bekanntheit der Gesundheitsdeterminanten nimmt zu und dieses Wissen führt unweigerlich, langfristig auch zum Einsatz von Methoden, wie es die Gesundheitsfolgenabschätzung darstellt (E2, Zeile 55).

Wissenslieferant: Die Politik steht mit ihrem Wissen „mit dem Rücken zur Wand“ und ist auf die Expertise von anderen angewiesen, um Argumente für ihre Entscheidungen in der Hand zu haben (E 4, Zeile 66). So gibt es zwar viele Daten von Routineerhebungen, aber es fehlt an der Analysekapazität (E 1, Zeile 33). Auch das wird sich zukünftig auf eine Auseinandersetzung mit Gesundheitsfolgenabschätzung auswirken.

#### (7) Erfolgsfaktoren aus Sicht der ExpertInnen

Für die Implementierung wird ein ExpertInnenpool und/oder Kompetenzpool benötigt. Die GÖG als momentane Support-Unit soll laut ExpertInnenmeinung auch weiterhin Hauptverantwortung in der Implementierungsphase übernehmen. Argumente hierfür sind u.a. ihre hohe Akzeptanz und Bekanntheit, die bestehenden Kontakte in die Bundesländer, die bestehende Zusammenarbeit mit diversen Bundesministerien außerhalb des Gesundheitsbereichs, das nötige Know-How und die geforderte Kompetenz<sup>7</sup>. Bei der Frage, ob es sich bei der Implementierung um eine Bottom-up oder Top-down Strategie handelt, wird die momentane Vorgehensweise der GÖG als Top-down Weg bezeichnet. Als weiterer wichtiger Erfolgsfaktor wird die möglichst breite Implementierung genannt, um nicht der Gefahr eines „Strohfeuers zu unterlaufen (E2, Zeile 25)<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup>

In Österreich gibt es im Moment folgende Lehrgänge im Bereich Public Health: Postgradueller, berufsbegleitender Master of Public Health Lehrgang in Graz, Gesundheitsmanagement und Public Health Universitätslehrgang in Krems, Master of Public Health in Wien, Master in Health and Social Management in Innsbruck, Bachelor Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Pinkafeld, Bachelor Gesundheitsmanagement im Tourismus in Bad Gleichenberg und Bachelor in Health Care Management in Feldkirch.

<sup>7</sup>

Die Support-Unit benötigt auch überaus starke kommunikative Kompetenzen, um auch partizipative Entscheidungsfindungen begleiten und moderieren zu können.

<sup>8</sup>

Als ein Beispiel eines solchen Netzwerks wird ein Zusammenschluss des Hauptverbands der Sozialversicherungen mit dem Gesundheitsministerium, dem Land Steiermark und der GÖG genannt.

Für eine erfolgreiche Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich braucht es darüber hinaus eine Anbindung an ein universitäres Institut. Die Begründung hierfür ist unter anderem, dass im Vorhinein nicht der Bedarf für die Anzahl durchzuführender Gesundheitsfolgenabschätzungen geschätzt werden kann. Von den ExpertInnen wurde nicht eindeutig eine Präferenz genannt. Als eine mögliche in Frage kommende Fachrichtung wird die Sozialmedizin genannt.

Eine hohe Bedeutung wird auch den gesetzlichen Rahmenbedingungen beigemessen. So wird erwähnt, dass an das Parlament, als regierungs- und ressortneutraler Ort, angeknüpft werden soll (E2, Zeile 77). Ein weiteres starkes symbolisches Zeichen wäre ein Ministerialbeschluss.

#### (8) Gesundheitsziele

In Österreich lief vom September 2011 bis Frühjahr 2012 die Entwicklung von nationalen Rahmen-Gesundheitszielen (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>). Seit April 2012 liegt ein Entwurf mit zehn erarbeiteten Rahmen-Gesundheitszielen vor. Ziel ist, die „gesunden Jahre“ um mindestens zwei Jahre im Durchschnitt bis 2032 zu erhöhen (BM 2012, 1).

Über alle Gesundheitsziele hinweg liegt als Querschnitt die Determinantenorientierung, ein HiAP Ansatz und die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit (BM 2012, 3). Kritisch angemerkt wird von einem/einer InterviewpartnerIn, dass im Vorfeld der Rahmengesundheitsziele eine differenzierte Voranalyse, mit Einbeziehung internationaler Erfahrungen fehlte (E 1, Zeile 92).

In einer zweiten Phase, welche nun in den kommenden Monaten erarbeitet wird, geht es um die Operationalisierung von konkreten Zielen. Ebenso wird in einem zweiten Schritt die Gesundheitsfolgenabschätzung stärker ins Spiel kommen (E 3, Zeile 66). Ab Herbst 2012 sind dann auch die Ausarbeitung messbarer Ziele, sowie Umsetzungsmaßnahmen auf Basis des Beschlusses der Bundesgesundheitskommission vorgesehen (BM 2012, 3).

In Hinblick auf die weitere Entwicklung der Gesundheitsfolgenabschätzung bleibt es spannend, auch laufend einen Blick auf die Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele zu werfen. Interessant wird es auch zu beobachten, wie weit die Ausarbeitungen von Strategien in einem solchen Gremium voranschreiten können. Beanstandet wird von den befragten ExpertInnen, dass nun nach einigen Monaten Arbeit an den Rahmen-Gesundheitszielen, die führenden (politischen) VertreterInnen noch immer nicht von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgehen, sondern zumeist von Krankheiten gesprochen wird, „und wir nach wie vor eigentlich auf einem Krankheitsplaneten schweben“ (E 5, Zeile 31). Allerdings kann insgesamt die gemeinsame Erarbeitung von Zielen als Erfolg und Schritt in die richtige Richtung bezeichnet werden. Als Startbedingung für HiAP braucht es eine gemeinsame gesundheitspolitische Theorie. Die Prozesse rund um die Rahmen-Gesundheitsziele bieten eine Möglichkeit, diese gemeinsame Theorie zu erarbeiten.

#### (9) Wirkungsorientierte Folgenabschätzung

Die wirkungsorientierte Folgenabschätzung soll die Verwaltung bei der Definition und Quantifizierung von Zielen unterstützen. Eine Durchführung ist bei Regelverfahren und Vorhaben des Bundes von außerordentlicher Bedeutung vorgesehen.

Mit 1.1.2013 tritt die zweite Etappe des neuen Bundeshaushaltsgesetz 2013 in Kraft. Es besagt, dass bei Regelungsvorhaben „jedenfalls finanzielle, wirtschafts-, umwelt-, konsumentenschutzpolitische sowie Auswirkungen auf Verwaltungskosten für Bürger/innen und für Unternehmen, Auswirkungen in sozialer Hinsicht und insbesondere auch auf die tatsächliche Gleichstellung von Männern und Frauen zu berücksichtigen“ sind (Bundeshaushaltsgesetz 2013).

Offen steht, ob neben den angeführten Punkten auch der Bereich Gesundheit in das neue Bundeshaushaltsgesetz aufgenommen werden soll. Die befragten ExpertInnen haben hierzu die Meinung, dass dies ein wichtiges symbolisches Zeichen wäre – auch wenn das Ergebnis wenig Aussagekraft besitzen würde, zwingt es doch die Ressorts über ihre Wirkungen und Ziele nachzudenken. Wichtig wäre den ExpertInnen hierbei, dass:

- die wirkungsorientierte Folgenabschätzung nicht zu einer „lästigen“ Übung verkommt
- das benötigte Capacity Building vollzogen wird
- eine externe Expertise beigezogen wird
- die Folgenabschätzung keine Gelegenheit bietet, von einem umfassenden Gesundheitsbegriff abzukommen (keine Reduktion auf Morbidität und Mortalität) und auch
- dieses Instrument als entscheidungsunterstützend und nicht entscheidungsbestimmend verwendet wird.

Langfristig wird angeregt, dass es Überlegungen hin zu einer integrierten wirkungsorientierten Folgenabschätzung geben soll.

### **Zukunft der Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich**

Laut des von der GÖG entwickelten Stufenplans, folgt der Bewusstseinsbildungsphase, welche von 2010—2015 läuft, die Einführung (ab 2016), Umsetzung (bis 2020) und Institutionalisierung (ab 2021) der Gesundheitsfolgenabschätzung.

Aus Sicht der ExpertInnen wird es in naher Zukunft entscheidend sein, ob es auch gelingt, prospektiv und begleitend zu Gesetzesentwürfen Gesundheitsfolgenabschätzungen durchzuführen. Eher unklar ist noch, ob es sich bei Gesundheitsfolgenabschätzungen in Österreich vor allem um wissenschaftliche Studien, Übersichtsarbeiten zum Thema, Partizipationsprozesse oder Beratungsprozesse für PolitikerInnen handeln wird (E2, Zeile 85). Pilotprojekte können einen wichtigen Beitrag zu einem besseren Verständnis hierzu bieten.

Vermeehrt werden Health Technology Assessments (HTAs) für Interventionen durchgeführt, die keinen monokausalen Zusammenhang haben. So findet nun auch Evaluationsforschung von Präventionsprogrammen oder Politikprogrammen statt, welche sich aber in ihrem Aufbau komplexer darstellen. Ein aktuelles Beispiel ist die Bewertung und Umgestaltung des Mutter-Kind-Passes, wo bereits ähnliche Vorgehensweisen wie bei einer Gesundheitsfolgenabschätzung vorgenommen werden. Eventuell könnten sich hieraus langfristig Synergien in Erhebungen ergeben.

Die Realisierungschancen zu einer erfolgreichen Institutionalisierung bis zum Jahr 2020 reichen laut Interviews von ganz optimistischen Schätzungen bis zu „es bräuchte für eine erfolgreiche Institutionalisierung wahrscheinlich so etwas wie ein Wunder. Das Wunder könnte etwa in Form eines EU-Drucks, eines Führungswechsels oder eines neuen Opinion Leaders, der das Thema vorantreibt, in Erscheinung treten“ (E 5, Zeile 25).

## Schlussfolgerungen

Gesundheitsfolgenabschätzung hat in Österreich trotz aller hemmenden Faktoren und Schwierigkeiten durchaus Potential. Bereits jetzt ist feststellbar, dass durch die Auseinandersetzung mit der Gesundheitsfolgenabschätzung, etwa innerhalb der Diskussionen rund um die Rahmen-Gesundheitsziele oder dem Kindergesundheitsdialog, eine stärkere Determinantenorientierung in den Diskursen und Prozessen wahrnehmbar ist. Dieses einheitliche Verständnis ist wesentlich für die weiteren Prozesse.

Für eine nachhaltige Implementierung wird es auch um ein verstärktes gemeinsames Bild der Gesundheitsförderung und Krankenbehandlung gehen, sodass sie nicht mehr weiter als Gegensätze gesehen werden. Eine gemeinsame Kultur der Gesundheit gilt es hier erst zu entwickeln. Diese benötigt unter anderem eine evidenzbasierte Datengrundlage, welche ein Messen und Vergleichen überhaupt erst ermöglicht. Die bestehende Gesundheits- und Evaluationsforschung müsste hierzu noch ausgebaut werden.

Um vor allem auch vulnerable Gruppen wie ökonomisch benachteiligte Frauen und Männer, MigrantInnen und chronisch Kranke zu involvieren, wird es einen starken partizipativen Ansatz brauchen. Darüber hinaus ist eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern, den einzelnen Ministerien, Abteilungen, Ressorts und Institutionen gefragt. Neben der Aufgabe, stark auf der Verhältnisebene, etwa durch eine gesundheitsfördernde Raum- und Stadtplanung anzusetzen, gilt es auch, die Verantwortung der Einzelnen gegenüber ihrer Gesundheit zu stärken.

Den ExpertInnenmeinungen nach, gibt es im Moment noch zu wenig Commitment, eine intersektorale Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheit tatsächlich vorantreiben zu wollen. Die Frage nach der Verantwortlichkeit innerhalb des Bundesministeriums scheint für die befragten Personen ebenso offen zu sein.

Interessant war, dass bei den Interviews mit den ExpertInnen vermehrt der Hinweis kam, nicht sehr vertraut mit Gesetzesentstehungsprozessen, Steuerungseffekten in der Politik und der Zusammenarbeit auf Bundesebene zu sein. Um eine evidenzbasierte Politikentwicklung aufzubauen, wäre es daher nötig, sich mit diesem Ergebnis noch näher auseinanderzusetzen. Es bestätigt aber die gefühlte Ohnmacht gegenüber dem österreichischen Gesundheitswesen und das Bild der geringen Steuerbarkeit des Gesundheitswesens wird wiedergegeben.

Ob letzten Endes Erkenntnisse einer Gesundheitsfolgenabschätzung auch tatsächlich in eine politische Entscheidungsfindung einfließen werden, wird vor allem davon abhängen, ob der Prozess für die EntscheidungsträgerInnen nachvollziehbar ist, und von wem die Beauftragung kommt. Das eigentliche Potential liegt aber im Prozess an sich, der eine Bewusstseinsbildung schafft und somit zu einem gemeinsamen Verständnis zu Gesundheit und Gesundheitsförderung im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik beiträgt.

Autorin: Mag.<sup>a</sup> Martina Öhlinger. Soziologin, tätig im Gesundheitsförderungsbereich in Wien. Die Forschungsarbeit entstand im Rahmen der Abschlussarbeit des SOQUA Lehrgangs (Sozialwissenschaftliche Berufsqualifizierung) mit dem Schwerpunkt evidenzbasierte Politikgestaltung.

## Literatur

Antes, Gernot (2008): Health Impact Assessment. Eine Einführung und Anleitung, sowie ein Beispielprojekt aus Wien. Masterarbeit, Wien

BM Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bundeshaftungsobergrenzengesetz. Stellungnahme zu Entwurf: 15/SN-319/ME XXIV, Wien

BM Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele  
<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> (Zugriff am : 15.04.2012)

Bundeshaushaltsgesetz: [http://www.bmf.gv.at/Budget/Haushaltsrechtsreform/\\_start.htm](http://www.bmf.gv.at/Budget/Haushaltsrechtsreform/_start.htm)  
(Zugriff 25.04.2012)

Dahlgren, Göran/Whitehead, Margret (1991): Policies and strategies to promote social equity in Health. Institute for Future Studies, Stockholm

Elkeles, Thomas (2008): Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. In: Spicker, Ingrid/Sprengseis, Gabriele (Hrsg.) Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Wien, S. 61-78

GÖG/ÖBIG Gesundheit Österreich GmbH (2010): Health Impact Assessment. Konzept zur Implementierung von HIA in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

Haas, Sabine (2010): Gesundheit nachhaltig fördern. In: SV-aktuell. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung 9/2010, S. 458 - 461

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (2012):  
[http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_u\\_bid=648853&action=2&p\\_menuid=58215&p\\_tabid=1](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?p_u_bid=648853&action=2&p_menuid=58215&p_tabid=1) (Zugriff: 26.04.2012)

Horvath, Ilonka/Haas, Sabine/Knaller, Christine (et al.) (2010): Health Impact Assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. GÖG/ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

Ison, Erica (2000): Resource for Health Impact Assessment. Volume 1. The main resource. NHS Exekutive, London

Ison, Erica (2008): Health impact assessment. In: WHO. City leadership for health. Summery evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network, Kopenhagen, S. 16-17

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg

Sparpaket. Informationen im Wirtschaftsblatt vom 19.02.2012:  
<http://wirtschaftsblatt.at/home/1212601/index> (Zugriff: 22.04.2012).

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2011): Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Berlin, S. 45–56

Ruckstuhl, Brigitte (2003): Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Berlin, S. 34-36

WHO (1986): First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)  
(Zugriff: 22.04.2012)

WHO Gesunde Städte Netzwerk (2003): Phase IV (2003–2007) des Gesunde-Städte Netzwerks in der Europäischen Region der WHO: Ziele und Anforderungen, Kopenhagen

WHO Regional Office for Europe: <http://www.who.int/hia/network/regional/en/index.html> (Zugriff: 22.04.2012)

Wilkinson, Richard/ Pickett, Kate (2009): *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*, London

Zimmermann, Klaus F. (2011): *Evidenzbasierte Politikberatung*, IZA Standpunkte Nr. 38. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, Bonn