Preis: € 7,50

21

papers

Gesundheitswissenschaften

Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Wie werden Gesundheitseffekte berücksichtigt?

von Silvia Mock

Herausgegeben von Univ.- Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung: Mag. Werner Bencic
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Andrea Weber,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-3221,
Fax: 0732/7807-66 3221,
E-mail: andrea.weber@ooegkk.at,
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2007

Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG 5

ABSTRACT 6

1 EINLEITUNG 7

1.1 Problemstellung 7

1.2 Zielsetzung 8

1.3 Methodik 8

1.4 Arbeitsaufbau 9

2 EINFÜHRUNG IN DAS GRUNDKONZEPT VON HIA 11

2.1 Entwicklung von HIA auf europäischer Ebene 12

2.2 Definition von HIA und Begriffsbestimmung 13

2.3 HIA auf unterschiedlichen Ebenen 15

2.4 Schlüsselkonzepte und Prinzipien 17

2.4.1 Werte von HIA 17
2.4.2 Potentiale von HIA 19
2.4.3 Prinzipien 20
2.4.3.1 Gesundheitsdeterminanten 20
2.4.3.2 Outcome von Health Impact Assessment 22
2.4.3.3 HIA und gesundheitliche Ungleichheiten 23
2.4.3.4 Partizipatorischer Ansatz 25
2.4.4 Ziele, Formen und Inhalte 27
2.4.4.1 Ziele von Health Impact Assessment 27
2.4.4.2 Inhalte von Health Impact Assessment 28
2.4.4.3 Abgrenzung von HIA 29
2.4.5 Arten von HIA 29
2.4.6 Merkmale erfolgreicher HIA-Projekte 31
2.4.6.1 Mögliche Hindernisse 32
2.4.6.2 Effectiveness of HIA 33

2.5 Verfahren und Methoden 35

2.5.1 Screening (Selektion) 38
2.5.2 Scoping (Abgrenzung) 40
2.5.3 Appraisal (Bewertung) 42
2.5.3.1 Bewertungstiefe 43
2.5.3.2 Detaillierte Verfahrensschritte (HIA-Methodik) 45

2.5.4 Reporting (Berichterstattung) ... 49
2.5.4.1 Beeinflussung des Entscheidungsprozesses ... 50
2.5.4.2 Anhaltender Dialog mit den Entscheidungsträgern ... 51
2.5.5 Monitoring und Evaluation ... 51
2.5.5.1 Monitoring ... 51
2.5.5.2 Evaluation ... 52

2.6 Zusammenfassung ... 54

3 EINFÜHRUNG IN DAS GRUNDKONZEPT VON UVP/SUP ... 55

3.1 UVP/SUP auf europäischer Ebene ... 55

3.2 Definition und Begriffsbestimmung von UVP/SUP ... 57

3.2.1 Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) ... 57
3.2.2 Strategische Umweltprüfung (SUP) ... 57

3.3 Schlüsselkonzepte und Prinzipien von UVP/SUP ... 58

3.3.1 Ziele, Potentiale und Inhalte ... 58
3.3.1.1 Ziele ... 58
3.3.1.2 Nutzen und Potentiale ... 58
3.3.1.3 Inhalte von UVP und SUP ... 59
3.3.2 Verfahren und Methoden ... 60

3.4 UVP/SUP in Deutschland ... 61

3.4.1 Entwicklung und Gesetzliche Grundlage (UVP/SUP) ... 61
3.4.2 Erfahrungen in der Praxis (SUP) ... 62
3.4.3 Wirksamkeit von SUP ... 62

3.5 UVP/SUP in Österreich ... 63

3.5.1 Entwicklung und Gesetzliche Grundlage (UVP/SUP) ... 63
3.5.2 Erfahrungen in der Praxis (SUP) ... 68
3.5.3 Wirksamkeit von SUP ... 69

3.6 Zusammenfassung ... 69

4 EINFÜHRUNG IN DAS GRUNDKONZEPT VON GVP ... 71

4.1 Gesundheit und die GVP auf europäischer Ebene ... 71

4.2 Definition von GVP ... 72

4.3 Schlüsselkonzepte und Prinzipien ... 73

4.3.1 Ziele, Potentiale und Inhalte ... 73
4.3.1.1 Ziele ... 73
4.3.1.2 Potentiale ... 73
4.3.1.3 Inhalte ... 74
4.3.2 Verfahren und Methoden ... 74
4.3.2.1 Allgemeines GVP-Verfahren ... 75
4.3.2.2 Bielefelder GVP-Modell ... 76

4.4 GVP in Deutschland ... 81

4.4.1 Entwicklung und gesetzliche Grundlagen von GVP ... 81
4.4.2 Erfahrungen in der Praxis ... 84
4.4.3 Wirksamkeit von GVP ... 84

4.5 GVP in Österreich ... 85

4.5.1 Entwicklung und gesetzliche Grundlage von GVP ... 85
4.5.2 Erfahrungen in der Praxis ... 86
4.5.3 Wirksamkeit von GVP ... 87

4.6 Ausblick ... 87

4.6.1 Zielsetzung in Deutschland ... 88
4.6.2 Zielsetzung in Österreich ... 89
4.6.3 Ausblick für Deutschland und Österreich ... 89

4.7 Zusammenfassung ... 91

5 GEGENÜBERSTELLUNG HIA UND GVP ... 93

5.1 Die wesentlichen Unterschiede: HIA versus GVP ... 94

5.1.1 Unterschiedliche Wertigkeiten der beiden Ansätze ... 94
5.1.2 Die unterschiedliche Berücksichtigung von Gesundheitseffekten ... 99

5.2 Aufarbeitung der Fragestellung ... 101

5.3 Zusammenfassung ... 101

6 SCHLUSSWORT ... 103

7 VERZEICHNISSE ... 105

7.1 Literaturverzeichnis ... 105

7.1.1 Verwendete Internetquellen (letztes Zugriffsdatum) ... 112

7.2 Abbildungsverzeichnis ... 114

7.3 Tabellenverzeichnis ... 114

ANHANG A: SCREENING TOOL ... 115

ANHANG B: SCOPING CHECKLISTE ... 117

ANHANG C: PRIORISIERUNGSINSTRUMENT ... 118

ANHANG D: STRUKTURIERUNG DER BERICHTERSTATTUNG..... 119

ANHANG E: CHECKLISTEN ZUR ABKLÄRUNG DER ERFORDERLICHKEIT EINER GVP 120

ANHANG F: CHECKLISTEN FÜR DIE SCOPING-PHASE EINER GVP 121

ANHANG G: CHECKLISTEN FÜR DIE IDENTIFIKATION, ANALYSE UND BEWERTUNG DER GESUNDHEITSAUSWIRKUNGEN..... 122

ANHANG H: CHECKLISTE FÜR DIE DOKUMENTATION DER GESUNDHEITSAUSWIRKUNGEN 123

ANHANG I: EXPERTENINTERVIEWS 124

Kurzfassung

Das Hauptziel dieser Diplomarbeit ist ein umfassender Vergleich von Health Impact Assessment (HIA) mit der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP), wobei besonderes Augenmerk auf die Berücksichtigung von Gesundheitseffekten und die unterschiedliche Beachtung der Verteilungsgerechtigkeit gelegt wird.

Im Verlauf der Arbeit werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

- Welche Ziele, Formen, Inhalte und Methoden stehen hinter dem Konzept von HIA bzw. GVP?
- Welche Konsequenzen ergeben sich bei der Übersetzung der Begriffe Health Impact Assessment und Gesundheitsverträglichkeitsprüfung?

Im Zuge der Ausarbeitung der Fragestellung werden Schwierigkeiten aufgezeigt, welche sich durch die Verwendung von GVP im deutschsprachigen Raum ergeben. Außerdem wird die Wirksamkeit von HIA und GVP dargestellt, um die wichtigsten Punkte eines effektiven HIAs bzw. GVPs zu verdeutlichen.
Im letzten Kapitel werden die wesentlichen Differenzen beschrieben, wobei die unterschiedliche Beachtung der Gesundheitsauswirkungen besonders hervorgehoben wird. In die Arbeit fließen auch das Wissen und die Erfahrungen von Experten ein und aktuelle Forschungsergebnisse werden integriert, um die derzeitige Situation besser darstellen zu können.

Der Hauptteil der Arbeit basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche. Es wurden jedoch auch empirische Analysen und Untersuchungen in Form von Experteninterviews durchgeführt. Dadurch konnte der momentane Stand der Wissenschaft in die Arbeit integriert werden.

Health Impact Assessment ist ein interdisziplinärer, ganzheitlicher Ansatz, der alle Gesundheitsaspekte erfasst und alle relevanten Stakeholder und Schlüsselinformanten integriert. Die Umsetzung eines effektiven HIAs erfordert einen Public Health Ansatz, d.h. die Berücksichtigung aller betroffenen Gesundheitsdeterminanten. Dabei muss beachtet werden, dass nicht nur das Gesundheitswesen den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflusst, sondern auch andere politische Bereiche erheblichen Einfluss darauf haben (z.B. der Wirtschafts-, Umwelt-, Bildungs-, Beschäftigungs- oder Transportsektor).

GVP hingegen ist ein krankheitsorientierter Ansatz, ohne echte Interdisziplinarität, welcher sich am Individuum, anstatt an der gesamten Bevölkerung orientiert. Aus diesem Grund wurde GVP in jenen Ländern eingeführt, welche den Public Health Gedanken derzeit noch nicht in ihr Gesundheitswesen integriert haben; Länder, welche ein medizinisches Konzept verfolgen, ohne die Wichtigkeit anderer politischer Bereiche für die Gesundheit zu erkennen.

Bei einem Vergleich beider Konzepte konnte festgestellt werden, dass es sich um zwei unterschiedliche Instrumente handelt.

Abstract

The main objective of this Thesis is the comparison of Health Impact Assessment (HIA) and "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" (GVP) with a focus on the different consideration of health impacts and the divergent significance of equity in health.

This Thesis encompasses the analysis of the following research questions:

- What are the aims, objectives and methods behind the concept of HIA and GVP?
- Which consequences arise if "Health Impact Assessment" is translated into "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung"?

It covers all the problems and difficulties arising through the application of the term Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in the German-speaking regions. There is also a section on the effectiveness and efficiency of HIA and GVP to highlight the main issues, which need to be considered when undertaking an efficient HIA or GVP. The finishing chapter concentrates on the fundamental differences between HIA and GVP, especially concerning the diverse consideration of health impacts. The Thesis includes also expert knowledge and their experience and integrates ongoing research outcome to get a general idea of the current situation.

The main part of this work was accomplished by a comprehensive literature search. But the Thesis also includes empirical analysis and research, comprising conducting interviews and consulting experts to integrate their current knowledge into this work.

Health Impact Assessment is a multidisciplinary, holistic approach, encompassing all the different aspects of health and integrating all relevant stakeholders, key informants and specialists. Therefore conducting an effective HIA requires the understanding of the Public Health concept and the integration of its main ideas into the Health System. There is also a need to acknowledge that it is not only the Health sector alone which influences the health of the community, also other political areas have got a crucial impact on health, for example the economic, environment, educational or transport sector.

GVP on the other hand is a pathogenic approach with no real multidisciplinarity, orientated towards the individual rather than the community and concerned only with medical aspects. Therefore GVP has been established in those countries that have not adopted the Public Health concept yet; countries which follow a medically orientated concept and accentuate the significance of the health sector in influencing the health of the community.

Although GVP has been developed using HIA guidelines to accomplish an adjustment, the comparison of the two concepts has led to the conclusion that HIA and GVP are two different instruments.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die Frage nach dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Erhaltung bzw. Verbesserung erlangt im politischen Entscheidungsfindungsprozess immer größere Bedeutung. Gesundheitspolitische Belange wurden in den letzten Jahren verstärkt diskutiert und haben heute einen weitaus höheren Stellenwert auf der Tagesordnung der Regierungen, als noch vor einigen Jahren.
Es wurde jedoch auch erkannt, dass die Gesundheit nicht ausschließlich vom Gesundheitssektor beeinflusst wird, sondern andere politische Bereiche (z.B. der Wirtschafts-, Umwelt-, Beschäftigungs-, Bildungs- oder Transportsektor) den Gesundheitszustand der Bevölkerung ebenfalls erheblich beeinflussen.
Mit der wachsenden Bedeutung des Gesundheitsaspektes in allen politischen Entscheidungen stieg auch die Nachfrage nach gesundheitspolitischen Konzepten und Instrumenten - somit auch nach Health Impact Assessment als gesundheitspolitisches Entscheidungsinstrument.
Denn mit einem HIA können die Gesundheitsauswirkungen von Politiken, Programmen und Projekten erfasst, bewertet und in die Entscheidung integriert werden, wodurch die positiven Aspekte des Vorhabens vermehrt und die negativen reduziert bzw. gänzlich vermieden werden können.

Die Umsetzung von HIA erfolgt jedoch fast ausschließlich im angloamerikanischen Raum. In deutschsprachigen Gebieten wird anstelle von "Health Impact Assessment" der Begriff "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" verwendet. Diese Übersetzung birgt allerdings Gefahren, insbesondere resultierend aus der unterschiedlichen Berücksichtigung der Gesundheitseffekte, welche jedoch weitgehend missachtet werden.

Diese grundlegende Problemstellung ist der Ausgangspunkt für diese Arbeit. Es wird versucht die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Konzepten zu erarbeiten und die Konsequenzen resultierend aus der unterschiedlichen Beachtung der Gesundheitsaspekte für den Leser verständlich aufzubereiten. Daraus ergeben sich folgende zentrale Forschungsfragen, welche im Zuge dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

- Welche Ziele, Formen, Inhalte, Konzepte und Methoden verbergen sich hinter dem Begriff "Health Impact Assessment"?
- Welche Ziele, Formen, Inhalte, Konzepte und Methoden verbergen sich hinter den Begriffen "Umweltverträglichkeitsprüfung" bzw. "Strategische Umweltprüfung"?
- Welche Ziele, Formen, Inhalte, Konzepte und Methoden verbergen sich hinter dem Begriff "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung"?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten der beiden Begriffe und welche Folgen hat die Verwendung von GVP als Übersetzung von HIA?

Anmerkung: Die relevante Literatur der HIA-Thematik ist fast ausschließlich englischsprachig. Um diese Diplomarbeit somit möglichst authentisch zu halten, wurde versucht ein Gleichgewicht zwischen der Gewährleistung eines adäquaten Leseflusses und der Sicherstellung einer authentischen Übersetzung zu finden.

1.2 Zielsetzung

Die vorhandene Literatur zur HIA-Thematik ist sowohl quantitativ als auch qualitativ sehr umfassend. Die Quellen, welche sich mit der GVP auseinandersetzen, sind im Vergleich dazu weitaus weniger umfangreich. Zum Thema "HIA versus GVP" gibt es so gut wie keine relevante Literatur.
Der einzige Artikel, welcher HIA und GVP gegenüberstellt, wurde von Martin Sprenger 2005 in der österreichischen Krankenhauszeitung veröffentlicht (Sprenger, 2005).
Die Auseinandersetzung mit der HIA/GVP Problematik und deren unterschiedliche Berücksichtigung von Gesundheitseffekten auf einer wissenschaftlichen Basis fehlt jedoch gänzlich.
Das Ziel dieser Arbeit ist somit die Gegenüberstellung von "Health Impact Assessment" und der "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung". Die verschiedenen Ziele, Konzepte und Prinzipien der beiden Ansätze werden aufgezeigt, die wesentlichen Differenzen hervorgehoben und die unterschiedliche Berücksichtigung von Gesundheitseffekten wird erläutert.
Diese Arbeit soll die Diskussion um die Verwendung von GVP als Übersetzung für HIA anregen und unterstützen. Das Bewusstsein der handelnden Akteure soll in Bezug auf die wesentlichen Gegensätze und die unterschiedliche Beachtung von Gesundheitseffekten sensibilisiert werden.

1.3 Methodik

Das Kapitel über die Grundlagen von Health Impact Assessment basiert ausschließlich, die Kapitel über die Grundlagen der Umweltverträglichkeitsprüfung, der Strategischen Umweltprüfung und der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung teilweise auf einer Literaturrecherche.
Einige Fragen konnten jedoch mit der vorhandenen Literatur nicht abgedeckt werden, wie z.B. die Frage nach der Wirksamkeit von UVP/SUP und GVP und die Beschreibung der Erfahrungen in der Praxis mit diesen Instrumenten.
Um diese Fragen zufrieden stellend zu beantworten, wurden Experten aus Deutschland und Österreich kontaktiert. Mit einem E-Mail wurde der Kontakt hergestellt und mit einem darauf folgenden Telefongespräch etwaige Fragen der Experten zu Ziel und Zweck der Diplomarbeit geklärt. Danach wurden den Experten per E-Mail spezifische Fragen zugesandt, deren Beantwortung im Anhang I dargestellt wurde.
Das letzte Kapitel der Arbeit, "Gegenüberstellung von HIA und GVP", wurde ebenfalls zum Einen aus der vorhandenen Literatur und zum Anderen aus der Zusammenfassung der Meinung der befragten Experten erarbeitet.

1.4 Arbeitsaufbau

Die folgende Arbeit ist in drei Bereiche gegliedert:
Im ersten Abschnitt wird der Leser in das Grundkonzept von Health Impact Assessment eingeführt, wobei zuerst auf die europaweite Entwicklung des Gesundheitsbegriffes und in weiterer Folge auf die Entwicklung von HIA näher eingegangen wird. Danach werden jene Definitionen von HIA zitiert und erläutert, welche von der Autorin im Zuge der Recherche der vorhandenen Literatur als wichtig erachtet wurden. Im Anschluss daran werden die drei Ebenen (politische Ebene, Programm- und Projektebene) dargestellt, auf denen HIA durchgeführt wird, wobei in besonderem die politische Ebene näher aufgezeigt wird.
Es folgt eine Darstellung der grundlegenden Werte, Potentiale und Prinzipien von HIA. Letzteres umfasst die Darstellung der Gesundheitsdeterminanten, die Beschreibung des Prinzips der Verteilungsgerechtigkeit und die Erläuterung des partizipatorischen Ansatzes. Im Anschluss an die Charakterisierung der Ziele, des Inhaltes und der Grenzen von HIA, werden die drei zeitlich unterschiedlichen Phasen (prospektiv, zeitgleich oder retrospektiv) dargestellt, in denen ein HIA in den Entscheidungsfindungsprozess eingeführt werden kann. Dieses Kapitel wird durch die Beschreibung der Merkmale erfolgreicher HIA-Projekte abgerundet.
Der erste Abschnitt wird von einem Kapitel über das Verfahren und die Methoden von HIA abgeschlossen, wobei auf die fünf Phasen (Screening, Scoping, Appraisal, Reporting und Monitoring/Evaluation) näher eingegangen wird.

Im zweiten Abschnitt werden zuerst die Grundzüge der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. der Strategischen Umweltprüfung erläutert, um ein Verständnis für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zu schaffen, welche als Teil der UVP/SUP durchgeführt wird. Einleitend wird die UVP/SUP Situation in Europa dargestellt, gefolgt von der Definition des UVP bzw. des SUP Begriffes. Im Anschluss werden die Ziele, Potentiale und Inhalte der beiden Instrumente aufgezeigt und es wird der Verfahrensablauf beschrieben. Abschließend erfolgt die Darstellung der UVP/SUP Situation in Deutschland und in Österreich, wobei jeweils auf die Entwicklung, die gesetzlichen Grundlagen und die Praxiserfahrungen von UVP/SUP und die Wirksamkeit von SUP eingegangen wird.

Im Anschluss daran werden dem Leser die Grundzüge der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung vermittelt wobei wiederum zuerst die Situation in Europa dargestellt wird, gefolgt von der Begriffsdefinition und den Schlüsselkonzepten und Prinzipien von GVP. Der letzte Punkt umfasst die Beschreibung der Ziele, Potentiale, des Inhaltes und der zwei wesentlichen GVP-Verfahren (das allgemeine, an die UVP/SUP angelehnte Verfahren und das Bielefelder GVP-Modell). Es folgt die Darstellung der GVP in Deutschland und in Österreich, wobei wieder auf die jeweiligen Entwicklungen, die gesetzlichen Grundlagen, die Praxiserfahrungen und die Wirksamkeit eingegangen wird. Abschließend wurde ein Ausblick für Deutschland und Österreich verfasst, wobei sowohl die Ziele der vergangen Jahre erwähnt und auf ihre Umsetzung hin überprüft wurden, als auch künftige Wege aufgezeigt werden.

Im dritten und letzten Abschnitt werden HIA und GVP einander gegenübergestellt. Die Problematik der Verwendung des Begriffes GVP als Übersetzung für HIA wird

aufgezeigt und die Ursache der europaweit unterschiedlichen Anwendung von HIA wird erläutert.
Die wesentlichen Unterschiede von HIA und GVP werden tabellarisch aufgezählt, gefolgt von einer genaueren Auseinandersetzung mit den einzelnen Punkten. Im Anschluss daran wird der Zusammenhang zwischen der unterschiedlichen Berücksichtigung von Gesundheitseffekten und der Ausprägung des jeweiligen Gesundheitssystems dargestellt.
Abschließend erfolgt die Aufarbeitung der eingangs festgelegten Problemstellung, wobei die während der Arbeit gesammelten Erkenntnisse als Grundlage dienen.

2 Einführung in das Grundkonzept von HIA

Bei einem Health Impact Assessment werden die Auswirkungen einer Politik, eines Programms oder eines Projektes auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. einer Bevölkerungsgruppe beurteilt (Barnes und Scott-Samuel, 2000, S.1).
HIA erfasst und behandelt alle relevanten Gesundheitsdeterminanten, verhindert die Entstehung bzw. die Vergrößerung von Ungerechtigkeiten und fördert Partizipation und Empowerment im Gesundheitssektor (Blau et al. 2006, S.209).

HIA ist ein systematisches Verfahren, womit sowohl Gesundheitsrisiken als auch Gesundheitschancen bereits in den Anfängen des Entwicklungsprozesses beachtet werden. Dies verhindert die Entstehung von unnötigen Kosten und fördert die multisektorale Verantwortlichkeit für Gesundheit und Wohlbefinden (Quigley et al. 2006, S.1).

Es wird verwendet um mögliche Gesundheitseffekte vorherzusagen und zu bewerten (Barnes und Scott-Samuel, 2000, S.1), und ermöglicht auf diese Weise das angestrebte Vorhaben konstruktiv zu verändern (Scott-Samuel et al. 2001, S.5).
Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten gelegt (Public Health Advisory Committee, 2004, S.iii).
Die erforderliche Evidenz wird sowohl durch Bewertung relevanter Literatur, als auch durch die Einbindung der Meinung und Erfahrung von Schlüsselpersonen erbracht (Parry und Stevens, 2001, S.1178).

Im Laufe des Prozesses werden alternative Entscheidungsmöglichkeiten erarbeitet und analysiert (Public Health Advisory Committee, 2004, S.iii) und diese evidenzbasierten Empfehlungen werden in weiterer Folge verwendet, um den Entscheidungsfindungsprozess zu beeinflussen (Quigley et al. 2004, S.2).

Die Konsequenzen, welche sich für den Gesundheitszustand der betroffenen Bevölkerung ergeben, werden bei der abschließenden Entscheidungsfindung erwogen (Kemm, 2006, S.189), um positive Aspekte weiter auszubauen und negative Auswirkungen zu minimieren (Taylor und Quigley, 2002, S.3).

Im folgenden Kapitel wird zuerst auf die Entwicklungen auf europäischer Ebene hingewiesen, welche zur Etablierung von Health Impact Assessment geführt haben. Im Anschluss an die Begriffsbestimmung werden die unterschiedlichen Ebenen von HIA (project-level, program-level, policy-level) erläutert. Im Kapitel "Schlüsselkonzepte und Prinzipien" wird zuerst auf zugrunde liegende Werte eingegangen, gefolgt von Prinzipien, wie den Gesundheitsdeterminanten, dem Outcome von HIA, gesundheitlicher Ungleichheiten und dem partizipatorischen Ansatz. Nach der Beschreibung von Zielen, Formen und Inhalten, werden die unterschiedlichen Arten von HIA und Merkmale erfolgreicher HIA-Projekte vorgestellt. Zuletzt werden noch Verfahren und Methoden dargestellt, gefolgt von einer genauen Beschreibung der einzelnen Phasen.

2.1 Entwicklung von HIA auf europäischer Ebene

Die Gesundheit und deren unmittelbare Auswirkung auf die Bevölkerung wurde lange Zeit nur begrenzt berücksichtigt, vorrangig in Verbindung mit Environmental Impact Assessments (EIA) bzw. Umweltverträglichkeitsprüfungen (UVP) (European Centre for Health Policy, 1999, S.1).

In den letzten 10 bis 15 Jahren (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.6) wurden jedoch verstärkt Ansätze, welche den Gesundheitsaspekt miteinbeziehen, gefördert und mit Nachdruck weiterentwickelt. Aus diesem Grund hatten sowohl nationale und internationale Organisationen, als auch Regierungen weltweit HIA in ihr Programm aufgenommen (European Centre for Health Policy, 1999, S.1).

Die erste Grundlage für eine Entwicklung von HIA wurde von der WHO am 21. November 1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, durch die Verabschiedung der so genannten "Ottawa-Charta", festgelegt.
Eines der vorrangigen Handlungsfelder dieser Charta war die "Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik": "*Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als 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. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie saubere- re und erholsamere Umgebungen zu schaffen*" (Weltgesundheitsorganisation, 1986).
Ziel der "Healthy Public Policy" ist es politischen Entscheidungsträgern gesundheitsgerechte Entscheidungen zu ermöglichen (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

In der Europäischen Union wurde eine wichtige Voraussetzung durch die Verabschiedung der "Treaty of Amsterdam" am 2. Oktober 1997 geschaffen (Eurotreaties, 2004), in deren Artikel 152 folgendes beschlossen wurde: "*A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities*" (Treaty of Amsterdam, 1999. Zitiert in: WHO European Centre for Health Policy, 1999, S.1).

Das finnische "Ministry of Social Affairs and Health" hat 2006 im Rahmen des Projektes "Europe for Health and Wealth" ein Strategiepapier mit dem Titel "Health in All Policies", dem Motto der finnischen EU-Präsidentschaft 2006, herausgegeben.
In diesem Dokument wurde hervorgehoben, dass Entscheidungen in allen politischen Sektoren Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben (Ståhl et al. 2006).

Es wurde festgestellt, dass die alleinige Konzentration auf den Gesundheitssektor und die Anbietung von Gesundheitsdienstleistungen nicht ausreichen um den Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Ein Gesundheitszuwachs wird vor allem durch die adäquate Umsetzung einer Politik, eines Programms oder eines Projektes in Bereichen außerhalb des Gesundheitssektors erzielt (Ståhl et al. 2006). Deshalb gilt es die Auswirkungen von Vorhaben, z.B. im Transport-, Bildungs-, Beschäftigungs- oder Wirtschaftssektor aufzuzeigen (Ison, 2000d, S.91).

Mit Health Impact Assessment wurde nun ein Instrument entwickelt, mit dessen Hilfe die Ziele dieser und anderer gesundheitspolitischer Entwicklungsstrategien umgesetzt werden sollen. In Ländern in denen das Bewusstsein um eine starke Einflussnahme aller Politikbereiche auf die Gesundheit verankert ist, wird HIA vermehrt als unterstützendes Instrument zur Entscheidungsfindung herangezogen.

Ausführlich mit HIA befasst haben sich vor allem Länder wie Kanada, Australien, England, Schweden und die Niederlande (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.6). Diese Länder haben mehr Erfahrung im Umgang mit dem Instrument, da die gesamte Entwicklung weitaus früher als in anderen Ländern begonnen hat. Dies lässt sich mitunter durch fehlende politische Verankerung und Unterstützung, unzureichende Etablierungsmechanismen, mangelnde Finanzierung (Blau et al. 2006, S.228) und Missachtung des "Health in All Policies" Konzeptes erklären.

2.2 Definition von HIA und Begriffsbestimmung

In den zahlreichen, primär englischsprachigen Dokumenten, welche sich mit Health Impact Assessment auseinandersetzen, konnten unterschiedliche Definitionen der zentralen Begriffe gefunden werden. Es wurde jedoch im Rahmen dieser Arbeit auf eine Darstellung aller Definitionen verzichtet. Falls der Leser Interesse an weiteren Definitionen bekundet, verweist die Autorin auf Krieger et al. "Assessing Health Impact Assessment: multidisciplinary and international perspectives" erschienen im "Journal of Epidemiology and Community Health" (Krieger et al. 2003, S.660) und auf Parry und Stevens, "Prospective Health Impact Assessment: Pitfalls, problems, and possible ways forward" erschienen im "British Medical Journal" (Parry und Stevens, 2001, S.1178). In diesen beiden Artikeln ist eine umfassende Auswahl von HIA Definitionen verfügbar.

Eine immer wiederkehrende Definition von HIA stammt vom "Institute of Health Promotion Research" der Universität von British Columbia, welche Health Impact Assessment wie folgt definiert hat: "A*ny combination of procedures or methods by which a proposed policy or program may be judged as to the effect(s) it may have on the health of a population*" (Frankish et al. 1996).

Dieses Konzept erläutert die Idee eines umfassenden Instrumentes, welches nicht nur die Auswirkungen auf die Gesundheit in Betracht zieht, sondern anerkennt, dass weit reichende Programme und politische Entscheidungen überdies Einfluss auf ökonomische und soziale Gesichtspunkte und Umweltbelange haben (Frankish et al. 1996).

Die am häufigsten verwendete Definition von Health Impact Assessment stammt ursprünglich aus dem 1999 entstandenen "Gothenburg consensus paper", welches in vielen Quellen als Schlüsseldokument in Bezug auf die angegebenen Ziele und Methoden genannt wird (Parry und Stevens, 2001, S.1177).
"*Health Impact Assessment is a combination of procedures, methods and tools by which a policy, program or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population*" (European Centre for Health Policy, 1999, S.4).
Diese Definition bietet einen allgemeinen Rahmen und eine Orientierung für jene, die sich mit Health Impact Assessment beschäftigen (Blau et al. 2006, S.216).

HIA wird als ein Prozess beschrieben, welcher Entscheidungsträger unterstützen soll möglichst alle Auswirkungen, die ihre Entscheidung auf die Gesundheit der Bevölkerung haben könnte, in Betracht zu ziehen (HIA Research Unit, 2003).
Im Vergleich zur Definition des "Institutes of Health Promotion Research" wird der Bereich von Health Impact Assessment im "Gothenburg consensus paper" um die Projekte erweitert. Außerdem wird auf den Begriff "proposed" verzichtet, um Politik, Projekte und Programme nicht nur prospektiv (vorausblickend) zu bewerten, sondern alle Arten von Health Impact Assessment miteinzubeziehen, somit auch concurrent (mitlaufende) und retrospective (rückblickende) Health Impact Assessments (Ison, 2000, S.21).

Der Versuch einer Übersetzung erfolgte in der deutschen Version von "Policy Health Impact Assessment for the European Union" (EPHIA):
"*Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit wurde definiert als eine Kombination aus Verfahren, Methoden und Werkzeugen, durch die sich eine Politik, ein Programm oder ein Projekt hinsichtlich der potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung samt Verteilung dieser Auswirkungen innerhalb der Bevölkerung beurteilen lässt*" (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.6).
Bei dieser Übersetzung gilt allerdings zu beachten, dass Health Impact Assessment mit Gesundheitsverträglichkeitsprüfung gleichgesetzt wird. Diese Begrifflichkeitsproblematik wird im 5. Kapitel der Arbeit noch näher erläutert.

Trotz der zahlreichen Definitionen von HIA, haben Kemm und Perry festgestellt, dass sich viele Verfasser auf zwei zentrale Eigenschaften einigen konnten (Kemm und Perry, 2004):

- Durch HIA wird bestrebt die Konsequenzen verschiedener alternativen Entscheidungsoptionen auf die Gesundheit der Bevölkerung vorherzusagen.
- HIA dient der Unterstützung und Beeinflussung der Entscheidungsträger.

Im Folgenden werden weitere essentielle Begriffe zum besseren Verständnis des HIA Prozesses definiert:
Gesundheitsauswirkungen: Dabei handelt es sich um Konsequenzen für die Gesundheit, welche sich aus bestimmten Handlungen und Vorhaben ergeben. Die Wirkungen können nützlicher oder schädigender Natur sein (Public Health Advisory Committee, 2007, S.4).
Gesundheitsdeterminanten: Dabei handelt es sich um persönliche, soziale, kulturelle, ökonomische und ökologische Faktoren, welche den Gesundheitszustand eines

Einzelnen, einer Gruppe oder der gesamten Bevölkerung beeinflussen (European Centre for Health Policy, 1999, S.9).
Gesundheitsoutcome: Dabei handelt es sich um Veränderungen im gegenwärtigen oder künftigen Gesundheitszustand von Einzelnen oder Gruppen, welche auf vorangegangene Maßnahmen zurückzuführen sind (European Centre for Health Policy, 1999, S.9).
Gesundheitspolitik: Das Ziel der Gesundheitspolitik ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, durch die Bereitstellung entsprechender Interventionen und durch die Sicherstellung der Zugänglichkeit für die Bevölkerung. Bei der Auswahl geeigneter Interventionen ist es wichtig sowohl Aspekte der Effektivität und der Effizienz, als auch sämtliche positiven und negativen Faktoren zu berücksichtigen, wobei die positiven Effekte der ausgewählten Maßnahme überwiegen sollen (Rosenbrock und Gerlinger, 2004).

2.3 HIA auf unterschiedlichen Ebenen

Health Impact Assessment kann auf drei verschiedenen Ebenen eingesetzt werden, der politischen Ebene, der Programm- und der Projekt-Ebene (siehe Abbildung 1).
Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Politik, das Projekt und das Programm auch zusammenfassend als Vorhaben bezeichnet.

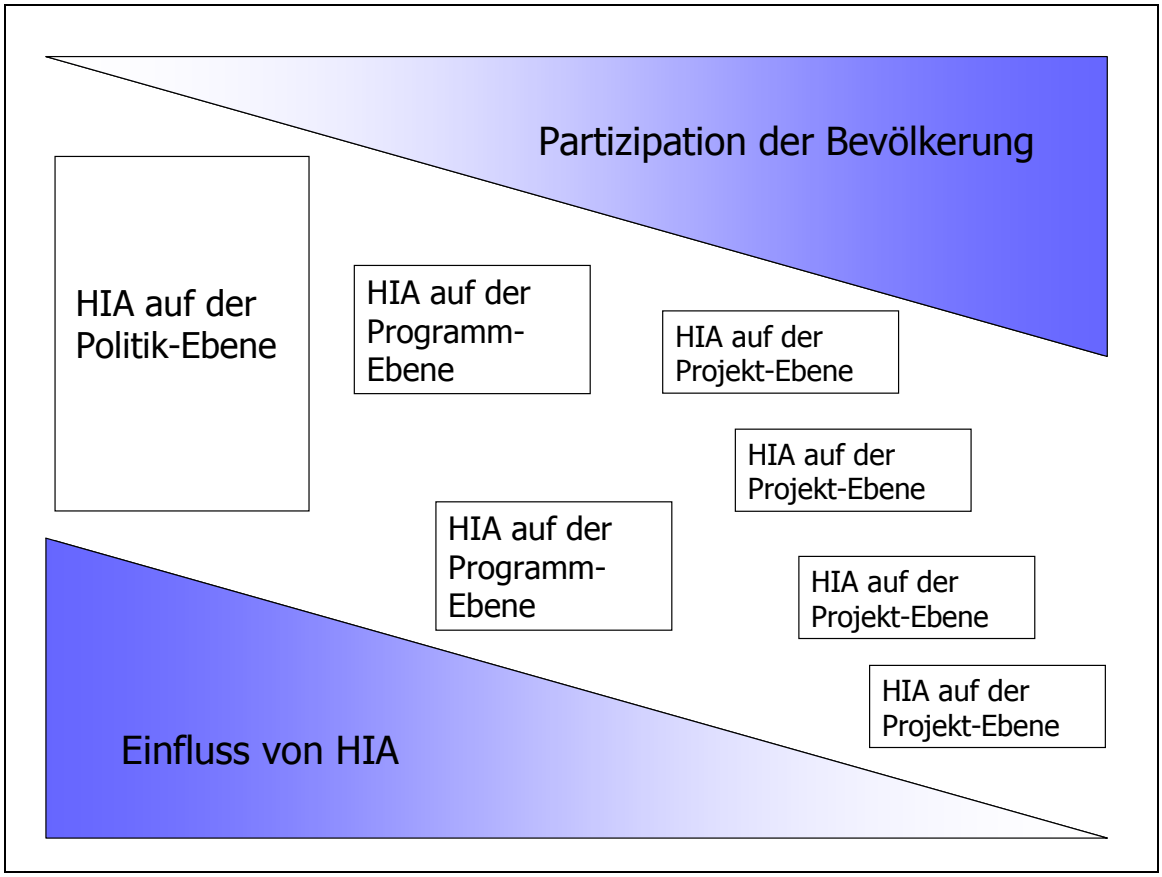

Abbildung 1 Die unterschiedlichen Ebenen von HIA

Die häufigste Anwendung erfährt Health Impact Assessment derzeit auf der Projekt-Ebene, zum Beispiel wenn eine neue Straße, eine Müllverbrennungsanlage (Public Health Advisory Committee, 2004, S.3) oder ein Freizeitzentrum errichtet werden sollen (HIA Research Unit, 2003, S.1). Auf dieser Ebene erfolgt die partizipative Einbindung der Bevölkerung, zur Erlangung eines umfassenden Meinungsbildes, am häufigsten (Kemm, 2006, S.192).

Des Weiteren kann HIA zur Beurteilung von Programmen herangezogen werden. Programme bestehen aus einer Reihe miteinander verbundener Aktivitäten (Ison, 2000a, S.30), wie z.B. einem Programm zur Unterstützung der öffentlichen Sicherheit oder zur Erneuerung städtischer Naherholungsgebiete (Scott-Samuel et al. 2001, S.4).

In einigen wenigen Ländern wird HIA bereits auf politischer Ebene angewendet und unterstützend bei der Bewertung von Gesetzesvorschlägen und bei der Einführung oder Änderung von Gesetzen eingesetzt.
Hierbei handelt es sich nicht nur um Gesetze, welche direkt den Gesundheitssektor betreffen, sondern vor allem um Gesetze in anderen Bereichen wie dem Wirtschaftssektor, dem Umweltsektor oder dem Verkehrssektor, (Scott-Samuel et al. 2001, S.4), ein Beispiel hierfür wäre ein nationaler Verkehrsplan (HIA Research Unit, 2003, S.1).

Wie schon zuvor erwähnt wird Health Impact Assessment nur in einigen wenigen Ländern zur Bewertung politischer Fragen verwendet, obwohl ein in diesem Bereich effektiv durchgeführtes HIA umfassenden und weitreichenden Einfluss haben könnte. Um diesen wichtigen Aspekt besonders hervorzuheben, wird im Folgenden auf die politische Ebene näher eingegangen.

<u>HIA auf der politischen Ebene:</u>

HIA wird während des politischen Entwicklungsprozesses eingesetzt, um diesen zu verbessern und effektiver zu gestalten. Erreicht wird dies durch fundierte Evidenzgrundlagen, einen Fokus auf Ergebnisse und der Miteinbeziehung der Interessen unterschiedlicher Sektoren (Public Health Advisory Committee, 2004, S.iii).

Durch die Einbindung von HIA in den Entwicklungsprozess politischer Entscheidungen kann sichergestellt werden, dass die Gesundheitsbelange der betroffenen Bevölkerung beachtet werden (Ison, 2000a, S.29).

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird vor allem durch jene Faktoren beeinflusst, welche außerhalb des Gesundheitssektors zu finden sind, wie zum Beispiel der Bildungs-, Beschäftigungs-, Wohnungs-, Sozial- oder Transportbereich sowie durch politische Entscheidungen auf sozialer, oder auf wirtschaftlicher Ebene. Entscheidungen, welche in diesen Sektoren getroffen werden, können die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.3).
Allerdings kann die Implementierung von HIA außerhalb des Gesundheitssektors auf Widerstand stoßen; HIA kann als zu zeitaufwendig, zu kostenintensiv oder als zu wenig relevant erachtet werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.19).

Auf politischer Ebene Health Impact Assessment durchzuführen erbringt folgenden Nutzen:

- Positive Aspekte der politischen Entscheidung können identifiziert, verstanden und gefördert werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.7, S.19).
- Negative Aspekte können identifiziert, verstanden, minimiert oder sogar ganz vermieden werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.7, S.19).
- Möglicherweise auftretende Probleme können bereits vor ihrer Entstehung verhindert werden (Ison, 2000a, S.30).
- Durch die erweiterte Einbindung von Stakeholdern kann der politische Entscheidungsprozess transparenter gestaltet werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.7, S.19).
- Gesundheitliche Ungleichheiten können erkannt und reduziert werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.7, S.19).
- Eine nachhaltige Veränderung der politischen Entscheidungskultur wird ermöglicht, durch die verstärkte Beachtung des Gesundheitsaspektes (Kemm, 2006, S.194) und der Integration von Gesundheitsbewusstsein in alle Ebenen der politischen Entscheidungsfindung (Barnes und Scott-Samuel, 2000, S.1).

Die Bereitschaft politischer Entscheidungsträger Health Impact Assessment in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen muss beachtet und gefördert werden. Dies kann unter anderem durch eine umfassende Integration der Bevölkerung geschehen (Signal und Durham, 2000, S.21-22).

2.4 Schlüsselkonzepte und Prinzipien

2.4.1 Werte von HIA

So wie auch andere Impact Assessments basiert Health Impact Assessment auf grundlegenden Werten und ist in ein rahmengebendes Konstrukt aus Prinzipien und Zielvorstellungen eingeflochten. Dies verhindert, dass Health Impact Assessment zu einem künstlichen Prozess wird, ohne wirklichen Einfluss auf die Entscheidungsgebung (European Centre for Health Policy, 1999, S.4).
Durch die Identifikation von zugrunde liegenden Werten zu Beginn des Prozesses, können zu einem späteren Zeitpunkt mögliche Nutzen gegen potentielle Schäden aufgewogen werden (Ison, 2000e, S.108).

Im "Gothenburg consensus paper" wird auf vier zentrale Werte hingewiesen (European Centre for Health Policy, 1999, S.4):

- **Demokratie:** Die aktive Teilnahme, der von einer Politik, einem Programm oder einem Projekt betroffenen Bevölkerung an dessen Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation, soll Erweiterung erfahren (European Centre for Health Policy, 1999, S.4), deshalb werden alle relevanten Stakeholder in den HIA-Prozess eingebunden (Ison, 2000a, S.32).
  Den Interessen der betroffenen Bevölkerung soll dabei mit Hilfe von ausgewählten Vertretern oder durch Bürgerbeteiligung gerecht werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.6).

- **Verteilungsgerechtigkeit:** Es wird hervorgehoben, dass durch Health Impact Assessment die gerechte Verteilung der Auswirkungen innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen hinsichtlich deren Geschlechts, Alters, ethnischen Hintergrundes und sozioökonomischen Status beachtet wird. Durch diesen Ansatz sollen gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden (European Centre for Health Policy, 1999, S.4).
  Weiters soll verhindert werden, dass bereits benachteiligte Gruppen, durch das Vorhaben zusätzliche Beeinträchtigungen erleiden müssen. Stattdessen soll in diesen marginalisierten Gruppen ein Gesundheitszuwachs verzeichenbar werden (Ison, 2000a, S.32).

- **Nachhaltige Entwicklung:** Das gewählte Vorhaben und dessen Entwicklung soll den Anliegen der derzeitigen Generation entsprechen und die Bedürfnisse künftiger Generationen nicht beeinträchtigen (Quigley et al. 2006, S.3). Sowohl kurzfristige und langfristige, als auch direkte und indirekte Auswirkungen werden berücksichtigt (European Centre for Health Policy, 1999, S.4). Bei effizienter Ressourcennutzung werden somit negative Auswirkungen verhindert und ein effektives Empowerment der Bevölkerung gefördert (Ison, 2000c, S.81).

- **Ethische Verwendung der Evidenz:** Um eine umfassende Beurteilung sicher zu stellen, wird sowohl quantitative, als auch qualitative Evidenz verwendet, beruhend auf verschiedener wissenschaftlicher Methodik (European Centre for Health Policy, 1999, S.4).
  Die Kombination von quantitativer und qualitativer Evidenz ist entscheidend, da auf diese Weise Entscheidungsträger einerseits mit wissenschaftlicher Basisinformation und andererseits mit den Meinungen, Erwartungen und Erfahrungen der betroffenen Bevölkerung versorgt werden (Ison, 2000a, S.32).

In anderen Literaturquellen wurde auf weitere Werte und spezifische Charakterzüge von HIA hingewiesen:

- **Transparenz:** Alle Phasen und Schritte sollen der Allgemeinheit offen dargelegt und zugänglich gemacht werden (Scott-Samuel et al. 2001, S.16).

- **Interdisziplinarität:** Um ein HIA effektiv zu gestalten, werden Inputs von Spezialisten aus den verschiedensten Bereichen benötigt, da eine Politik, ein Programm oder ein Projekt oft weitreichende Auswirkungen hat. Die Palette umfasst Public Health Experten, Sozialwissenschaftler, Epidemiologen, Toxikologen, Politikforscher und Umweltwissenschaftler. Weiters ist es wichtig Meinungen und Erfahrungen aus den verschiedenen Sektoren, wie Umwelt, Bildung, Wirtschaft oder Verkehr miteinzubeziehen (Ison, 2000a, S.32).

- **Gesundheitsförderung:** Der maximal zu erreichende Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung soll erzielt werden (Ison, 2000c, S.81).

2.4.2 Potentiale von HIA

Die folgenden Punkte beschreiben den Nutzen bzw. das Potential von Health Impact Assessment:

- Die Gesundheit von verschiedenen Bevölkerungsgruppen wird verbessert und Krankheiten bzw. krankheitsauslösende Aspekte reduziert (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.6).
- Gleichheit und gerechte Verteilung von Gesundheit wird begünstigt, besonderes Augenmerk wird vor allem auf benachteiligte und marginalisierte Gruppen gelegt (Cameron, 2000, S.4).
- HIA gibt der Öffentlichkeit die Möglichkeit ihre Bedenken und Anliegen in Bezug auf die Einführung oder Änderung einer Politik, eines Programms oder eines Projektes zu äußern und sich in den Prozess einzubringen (Taylor and Blair-Stevens, 2002, S.8).
- Partizipation führt zu Empowerment: Durch HIA werden die Menschen ermutigt über jene Aspekte nachzudenken, welche ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinflussen und in weiterer Folge lernen sie diese Faktoren zu steuern und zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes zu nutzen. Außerdem wird dem Einzelnen die Möglichkeit gegeben sein Wissen und seine Erfahrungen mit anderen zu teilen und von den Erkenntnissen seiner Mitmenschen zu lernen (Kemm, 2006, S.199-200).
- Gesundheit wird in den verschiedenen Sektoren beachtet und eine multidisziplinäre Arbeitsweise wird gefördert (Krieger et al. 2003, S.659).
- Es bietet sich die Möglichkeit zur Reduzierung jener Kosten, welche durch die fehlgeleitete Planung und Entwicklung von Vorhaben außerhalb des Gesundheitssektors entstehen (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.6).
- Die durchführende Organisation kann deutlich machen, dass sie sich um die Gesundheit der Bevölkerung sorgt, ihre Erfahrungen und Meinungen miteinbezieht und auf die Bedürfnisse der einzelnen Gruppen eingegangen wird (Cameron, 2000, S.9).
- Entscheidungsträger erhalten Informationen, welche auf quantitativer und qualitativer Evidenz basieren (Taylor and Blair-Stevens, 2002, S.8).
- Durch die verstärkte Durchführung von Health Impact Assessments und die Aufzeichnung und Evaluation der Ergebnisse, können evidenzbasierte Grundlagen erweitert werden und somit stehen für nachfolgende HIAs umfassendere Informationen zur Verfügung (Taylor and Blair-Stevens, 2002, S.4).
- Der Entscheidungsfindungsprozess wird verbessert, da alle möglichen Effekte des Vorhabens in die Planung miteinbezogen werden (Scottish HIA network, 2001, S.1).

2.4.3 Prinzipien

2.4.3.1 Gesundheitsdeterminanten

Die Gesundheit und das Wohlbefinden jedes Einzelnen werden im Laufe seines Lebens nicht nur von Gesundheitsdienstleistungen und –angeboten beeinflusst; eine umfangreiche Palette weiterer Aspekte, wie zum Beispiel soziale, kulturelle, ökonomische und biologische Aspekte, Umweltfaktoren und persönliches Verhalten spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle (Public Health Advisory Committee, 2004, S.14). Diese, den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren werden Gesundheitsdeterminanten genannt (Ison, 2000a, S.21).

Die folgende Abbildung zeigt jene Bereiche welche den Gesundheitszustand eines Menschen nachhaltig beeinflussen, wobei die einzelnen Elemente auch als Grundlage für die Bestimmung und Ausformung spezifischer Gesundheitsdeterminanten dienen.

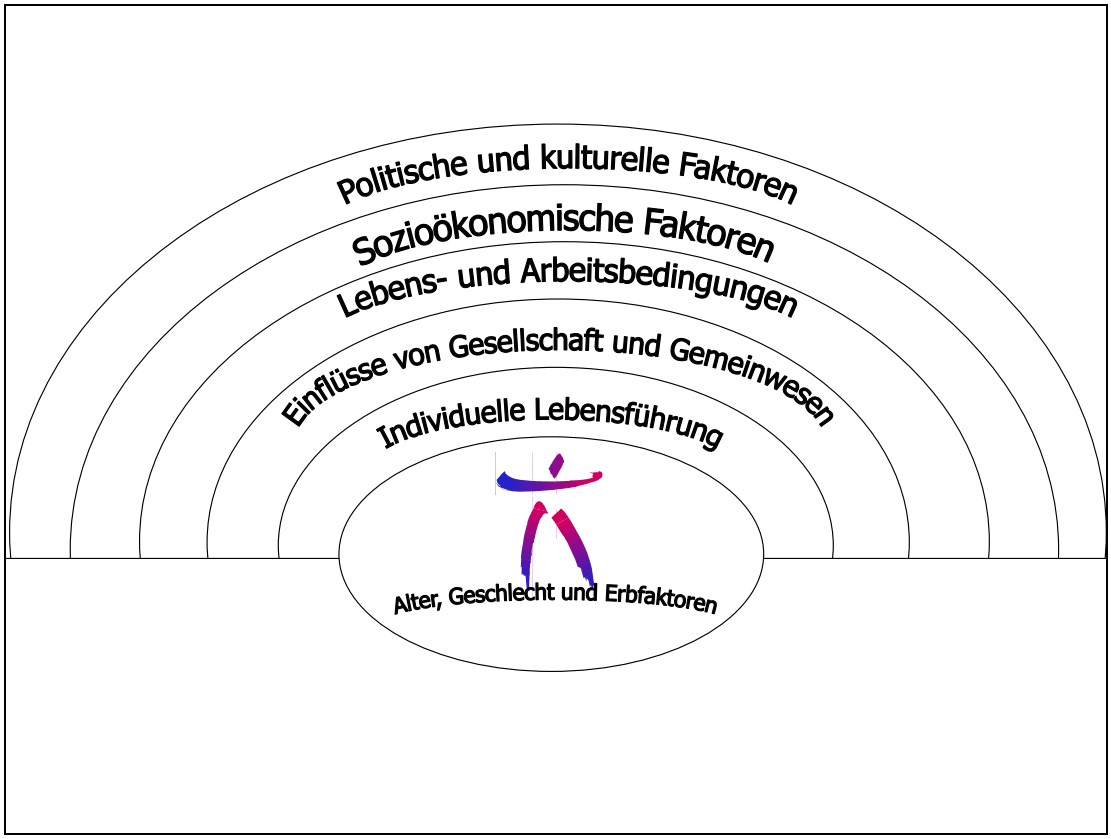

Abbildung 2 Die Hauptgruppen der Gesundheitsdeterminanten
(nach Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.4)

In der folgenden Tabelle sind jene spezifischen Gesundheitsdeterminanten gelistet, welche bei der Durchführung von Health Impact Assessment von Bedeutung sein können (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1 Beispiele spezifischer Gesundheitsdeterminanten
(nach Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.5; Ison, 2000f, S.153; Scottish HIA network, 2001, S.4; Public Health Advisory Committee, 2004, S.28; Public Health Advisory Committee, 2007, S.10)

Gesundheits-determinanten in Kategorien	Spezifische Gesundheitsdeterminanten
Politische und kulturelle Faktoren	▪ Internationale, nationale und regionale Politik (z.B. Wirtschafts-, Gesundheits-, Bildungs-, Verkehrs- und Sozialpolitik) ▪ Beziehung zwischen Staat und Bürger ▪ Soziale und kulturelle Werte und Normen (Einstellung gegenüber verschiedenen Bevölkerungsgruppen, Diskriminierung, Verhalten gegenüber Behinderung, Voreingenommenheit) (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.5) ▪ Gesundheitsbezogene Ziele auf nationaler, regionaler bzw. lokaler Ebene ▪ Wohlstandsverteilung und Niveau des verfügbaren Einkommens ▪ wirtschaftliches Wachstum (Beschäftigungsniveau) ▪ Entwicklung und Erhaltung eines dynamischen und positiven Gemeinwesens ▪ Gerechtigkeit und Fairness (Gleichberechtigte Möglichkeiten in Bezug auf Alter, Geschlecht, Behinderung und ethnische Herkunft) (Ison, 2000f, S.153)
Sozioökonomische Faktoren	▪ Sozialer Status (Beschäftigungsstatus, Rolle in der Familie) ▪ Einkommen (Wohlstandsverteilung, Armut) (Scottish HIA network, 2001, S.4) ▪ Kriminalitätsrate (Public Health Advisory Committee, 2004, S.28) ▪ Wahrgenommene und tatsächliche Sicherheit (persönliche und des Eigentums) ▪ Möglichkeiten für lebenslanges Lernen (Möglichkeit zur Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten) (Ison, 2000f, S.153)
Physische Umweltfaktoren (Lebens- und Arbeitsbedingungen)	▪ Wohnung (Verfügbarkeit, Qualität, Erschwinglichkeit adäquaten Wohnens) ▪ Arbeitsbedingungen (Schadstoffexposition, Führungsstil, Entwicklungs- und Aufstiegschancen) ▪ Veränderung bei den Treibhausgasemissionen ▪ Belastung durch Krankheitserreger (ansteckende und schadstoffhaltige Gefährdungen) (Public Health Advisory Committee, 2004, S.28) ▪ Umweltbedingungen (Luft-, Wasser-, Bodenqualität, Klima, Lärm, Abfallentsorgung) ▪ Umweltfaktoren (Energieverbrauch und Ressourcen-Nachhaltigkeit, natürlicher Lebensraum, biologische Vielfalt) ▪ Zugangsmöglichkeit zu Menschen, Orten und Produkten ▪ Öffentliche, bevölkerungsbezogene Dienste (z.B. Notfalldienste, Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Kinderbetreuungseinrichtungen, Möglichkeiten am Arbeitsmarkt und im Bildungssektor) (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.5) ▪ Zugang zu und Qualität von Leistungen (Soziale Dienstleistungen, Wohnungswesen, öffentliche Verkehrsmittel, Transport, Freizeitangebote) (Scottish HIA network, 2001, S.4) ▪ Quantität und Qualität von heimischer Technologie (Möglichkeiten oder Gefahren, welche sich durch die Anwendung kommerzieller oder industrieller Technologie ergeben) ▪ Verfügbarkeit und Weiterentwicklung in der Medizintechnik (Ison, 2000f, S.153)

Gesundheits-determinanten in Kategorien	Spezifische Gesundheitsdeterminanten
Einflüsse von Gesellschaft und Gemeinwesen	▪ Soziale Unterstützung, Zusammenhalt und Integration (Freunde, Familie, Arbeitskollegen) ▪ Soziale Isolation und Ausschluss ▪ Bürgerpartizipation bei Politikentscheidungen ▪ Verfügbarkeit und Qualität von Arbeitsplätzen und Beschäftigungsmöglichkeiten ▪ Verfügbarkeit und Qualität von Ausbildungsplätzen und Lehrgängen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.5)
Faktoren individueller Lebensführung	▪ Persönliche Verhaltensweisen, Lebensstil (Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Ertüchtigung, Bewegung, Eßgewohnheiten, Drogenmissbrauch) ▪ Persönliches Sicherheitsverhalten ▪ Höchste abgeschlossene Ausbildung, Beschäftigungsstatus und verfügbares Einkommen (Public Health Advisory Committee, 2007, S.10). ▪ Bewältigungskompetenz, Umgang mit Stress ▪ Selbstwertgefühl, Selbstachtung und Zuversicht (Public Health Advisory Committee, 2004, S.28) ▪ Persönliche Einstellungen, Überzeugungen und Ansichten ▪ Persönliche Lernfähigkeit (Ison, 2000f, S.153)
Biologische Faktoren	▪ Biologisches Alter ▪ Geschlecht ▪ Genetische Faktoren (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.5)

Den "HIA practicioners" stehen mehrere Methoden zur Ermittlung der Gesundheitsdeterminanten zur Verfügung, z.B. Workshop Ansätze mit Brainstorming oder die Involvierung von außenstehenden Personen (Sozialwissenschaftler, Gemeindearbeiter, Public Health Spezialisten etc.).

Einige der Faktoren wirken direkt auf die betroffene Person bzw. Gruppe (z.B. biologische Faktoren und individuelles Verhalten), andere, wie z.B. soziale und ökonomische Aspekte haben einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit (Public Health Advisory Committee, 2004, S.15).
Auf die Ermittlung und die komplexen Interaktionen der jeweiligen Gesundheitsdeterminanten wird bei der Erarbeitung eines Health Impact Assessment besonderes Augenmerk gelegt.
Dabei werden jene Einflüsse aufgezeigt, welche zu einer Veränderung der Gesundheitsdeterminanten führen. Gleichzeitig wird festgestellt, ob diese Veränderungen für die gesamte Bevölkerung in gleichem Maße gelten, oder ob Unterschiede in der Verteilung zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen erkennbar sind (HIA Research Unit, 2003, S.4).

2.4.3.2 Outcome von Health Impact Assessment

Der Begriff Outcome wird verwendet um den veränderten Gesundheitszustand einer einzelnen Person, einer Gruppe oder der ganzen Bevölkerung zu beschreiben, welcher aus einer politischen Entscheidung, einem Programm oder einem Projekt resul-

tiert. Outcome wird vorrangig von den Gesundheitsdeterminanten beeinflusst (Public Health Advisory Committee, 2004, S.15).
Ergebnisse sollen demnach nicht nur für die gesamte Bevölkerung erarbeitet werden, sondern vor allem für die verschiedenen Bevölkerungsuntergruppen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.16).
Falls sich die Identifikation von Outcomes als schwierig erweist, können diese durch die Verwendung von Szenarios bestimmt werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.19).

2.4.3.3 HIA und gesundheitliche Ungleichheiten

Begriffsdefinition:

In diesem Zusammenhang müssen zwei Begriffe vorab definiert werden, gesundheitliche Ungleichheit und Verteilungsgerechtigkeit:
Die **Gesundheitliche Ungleichheit** entsteht aus unberechtigten und vermeidbaren Unterschieden zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen.
Die **Verteilungsgerechtigkeit** beschreibt das Recht jedes Einzelnen sein Gesundheitspotential voll auszuschöpfen (European Centre for Health Policy, 1999, S.9), schafft für alle gleichwertige Voraussetzungen im Gesundheitsbereich und vereint bestehende Unterschiede auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner (Taylor et al. 2003a, S.1).

Gesundheitliche Ungleichheit beschreibt somit die Tatsache, dass manche Personen einen besseren bzw. schlechteren Gesundheitszustand haben als andere. Dies lässt sich auf die unterschiedlichen Risiken zurückführen, welcher diese Personen, aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu verschiedenen Untergruppen, ausgesetzt sind (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.4).
Im Verlauf der Arbeit wurde auch der Begriff vulnerable Gruppen verwendet um jene Gruppen zu beschreiben, welche gesundheitlichen Schäden stärker ausgesetzt sind (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Die Differenz zwischen den Gruppen kann unter anderem auf dem sozioökonomischen Status, ethnischen Minderheiten, Alter und Geschlecht beruhen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.4).
Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen zeigen sich z.B. durch Ungleichheiten im Bereich der Mobilität (Taylor et al. 2003a, S.1), der Resistenz gegenüber Krankheiten oder Unterschiede in der sozialen Unterstützung.
Eine Ungleichheit im sozioökonomischen Status zeigt sich dahingehend, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, verglichen mit jenen mit hohem sozioökonomischen Status, kürzer leben, bei schlechterer Gesundheit sind und nur eingeschränkt Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7; Public Health Advisory Committee, 2004, S.16).
Differenzen im Bereich der Gesundheit lassen sich demnach hauptsächlich auf Unterschiede in der Verteilung und beim Zugang zu Bereichen wie Einkommen, Bildung und Beschäftigung zurückführen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.16).

Die gesundheitliche Ungleichheit bzw. die Verteilungsgerechtigkeit haben einen derart hohen Stellenwert, dass es eigene Verfahren zur Bestimmung der sozialen Gerechtigkeit, so genannte Social Impact Assessments (SIA) gibt (Vanclay, 2003).
Bei einem SIA werden die positiven und negativen sozialen Auswirkungen eines Vorhabens analysiert und eine langfristige Strategie für einen effektiven Umgang mit diesen Effekten entwickelt (Vanclay, 2003, S.2).

HIA und gesundheitliche Ungleichheiten:

Durch HIA/SIA können Vorhersagen getroffen werden, wie sich bei der Verwirklichung und Umsetzung verschiedener Optionen, bestimmte Gesundheitsdeterminanten auf den Gesundheitszustand unterschiedlicher Bevölkerungsuntergruppen auswirken (Kemm, 2006, S.197).
Es kann aufgezeigt werden wie das Vorhaben vulnerable Gruppen beeinflusst, möglicherweise bestehende Ungleichheiten verschlimmert, neue Belastungen für spezifische Gruppen hervorruft oder die Verteilung bestimmter Gesundheitsdeterminanten verändert (Taylor et al. 2003a, S.2).

Eine der zentralen Aufgaben von Health Impact Assessment beschreibt die Reduzierung der bestehenden Ungleichheiten zwischen den einzelnen Gruppen. Dieses Ziel zieht sich durch alle Phasen und Methoden von HIA.
Durch die Einbeziehung von Vertretern verschiedener Untergruppen sollen die jeweiligen Interessen beachtet und gewahrt werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.6).
Entscheidungsträger werden über potentielle Auswirkungen eines Vorhabens auf die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen informiert und es werden Alternativen empfohlen, welche für eine gerechtere Verteilung der Auswirkungen sorgen (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.5).

Der Gesundheitszustand der einzelnen Gruppen soll angeglichen werden und zwar nach dem Prinzip der Anpassung auf höherem Niveau. Das bedeutet, dass der Gesundheitszustand der am wenigsten gesunden Bevölkerungsgruppe an den der gesündesten Gruppe herangeführt werden soll (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.5).
Es gilt allerdings zu beachten, dass eine Balance gefunden werden muss, zwischen dem größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Gesamtbevölkerung und dem Schutz, sowie der Förderung der Gesundheit von Untergruppen (Taylor et al. 2003a, S.2).

Die Integration der Frage nach Verteilungsgerechtigkeit kann in weiterer Folge positive Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung haben (Taylor et al. 2003a, S.2):

- **Verbesserter Entscheidungsfindungsprozess:** Entscheidungsträger erwägen die Alternativen im Licht der gerechten Verteilung und die so gewonnenen Erkenntnisse können zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.
- **Bewusstseinserweiterung für die politische Dimension von Gesundheit:** Es wird deutlich gemacht welchen Beitrag Entscheidungen, welche in Bereichen außerhalb des Gesundheitssektors getroffen werden, zur Veränderung des Gesundheitszustandes leisten.

- **Bessere Ergebnisse für das Gemeinwesen:** Durch die Eingliederung der Bevölkerung in den HIA-Prozess können die Gemeinden gestärkt und gefördert werden.

Die Verteilungsgerechtigkeit erhält jedoch nicht bei allen Health Impact Assessments einen gleich hohen Stellenwert auf der Agenda. Die Berücksichtigung der gerechten Verteilung der Auswirkungen auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, ist eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe, welche sich außerdem als äußerst zeit- und ressourcenintensiv erweist (Blau et al. 2006, S.218-219).
Des Weiteren ist es oft schwierig den genauen Wirkungsgrad eines Vorhabens auf verschiedene Gruppen zu ermessen. Ein Projekt welches die Luftqualität verschlechtert, hat verheerende Auswirkungen auf Menschen mit Atemwegserkrankungen. Im Hinblick auf die gesunde Bevölkerung wären diese Effekte jedoch unerheblich und somit vernachlässigbar (Blau et al. 2006, S.219).
Bei diesen Erwägungen handelt es sich oft um eine Gratwanderung, weshalb diese Frage mit unterschiedlicher Intensität behandelt wird. In welchem Ausmaß dieses Thema umgesetzt wird, hängt demnach von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab (Blau et al. 2006, S.218-219).

2.4.3.4 Partizipatorischer Ansatz

Blau et al. nennen drei Arten der Partizipation:
- das Recht informiert zu werden,
- das Recht gehört zu werden und
- das Recht entscheiden zu können.

(Blau et al. 2006, S.220).

Dabei werden folgende Personen und Gruppen in den Prozess integriert:
- **Stakeholder** sind alle Personen, die von einem Vorhaben betroffen sind (Ison, 2000a, S.23). Dabei kann es sich um regionale Planungsbeauftragte, Gesundheitsexperten verschiedener Bereiche, Entscheidungsträger oder um die ansässige Bevölkerung handeln (Taylor and Blair-Stevens, 2002, S.7).
- **Schlüsselinformanten** sind jene Personen bzw. Gruppen, die über relevantes Wissen für den Prozess verfügen (Ison, 2000a, S.23). Diese Gruppen können sich auf ein gemeinsames geographisches Gebiet beziehen, eine gemeinsame Charakteristik, wie z.B. Alter, Geschlecht oder ethnischen Ursprung aufzeigen, gemeinsame Interessen oder Bedürfnisse aufweisen oder durch eine gemeinsame Eigenschaft, z.B. Radfahren verbunden sein (Ison, 2000a, S.34). Der Grund für die Befragung von Ortsansässigen liegt daran, dass erfahrungsgemäß jene, die in einem bestimmten Gebiet wohnen, am besten über Veränderungen in diesem Gebiet urteilen können (Kemm, 2006, S.192)
- **Spezialisten** sind Experten, welche Spezialwissen aufweisen können (Ison, 2000a, S.23).
- **Assessoren** sind für die Bewertung der Auswirkungen und Effekte, für die Berichterstattung und das Verfassen der Empfehlungen verantwortlich (Ison, 2000a, S.23).
- Der **Lenkungsausschuss** überwacht den HIA-Prozess und ernennt die Assessoren (Ison, 2000a, S.23).

- Die **Entscheidungsträger** treffen aufgrund der ausgegebenen Empfehlungen angemessene Entscheidungen (Ison, 2000a, S.23).

HIA bietet somit die Möglichkeit das Wissen und die Erfahrung von Personen und Gruppen mit unterschiedlichem Hintergrund und Perspektiven für einen gemeinsamen Zweck zusammenzuführen. Durch die Partizipation aller involvierten Personen, können jene Bereiche hervorgehoben werden, welche für die betroffene Bevölkerung von besonderem Interesse sind.

Bei der Integration der unterschiedlichen Meinungen muss jedoch darauf geachtet werden, eine ausgeglichene Balance zwischen den Bedürfnissen und Anliegen der verschiedenen Stakeholder zu finden (Taylor et al. 2003a, S.4).
Dieser Prozess kann sich oft als sehr schwierig erweisen, denn die speziell fokussierten Interessen der direkt betroffenen Bevölkerung müssen mit den Anforderungen der breiten Masse abgestimmt werden (Taylor et al. 2003a, S.4).
Weiters muss die Tatsache bedacht werden, dass eine Person zumeist mehreren Gruppen angehört und somit nicht nur einen einzelnen Standpunkt vertritt (Ison, 2000a, S.34).

Die genaue Zusammenstellung der relevanten Stakeholder für ein HIA, wird von mehreren Sachverhalten beeinflusst (Ison, 2000a, S.33):
- Die Art des Vorhabens und die Ebene auf der es durchgeführt wird.
- Das Einzugsgebiet des Vorhabens.
- Welche Bevölkerungsgruppen bzw. Bevölkerungsuntergruppen von dem Vorhaben betroffen sind.

Durch den partizipatorischen Ansatz kann der Entscheidungsprozess nachhaltig verbessert werden:
- Menschen sind eine wichtige Informationsquelle und durch den partizipatorischen Ansatz wird diese Information den HIA durchführenden Personen zugänglich gemacht (Kemm, 2006, S.198).
- Die Qualität von HIA als ein demokratischer Prozess wird verbessert (Ison, 2000a, S.34), da jene Personen, welche von der Entscheidung betroffen sind, Einblick in den Entscheidungshergang erhalten und die getroffenen Überlegungen nachvollziehen können (Kemm, 2006, S.198).
- Die identifizierten Auswirkungen haben einen umfassenden Charakter und reflektieren die regionalen Bedürfnisse, somit wird die Qualität des durchgeführten Health Impact Assessments erhöht (Ison, 2000a, S.34).
- Durch die aktive Einbindung der betroffenen Personen erfolgt eine bessere Identifikation mit dem Entscheidungsprozess (Kemm, 2006, S.198).
- Durch die Offenlegung der zugrunde liegenden Werte und Prinzipien, erhöht sich die Transparenz des gesamten Prozesses (Ison, 2000a, S.34).

Bei der Umsetzung des partizipatorischen Ansatzes muss außerdem Folgendes besonders beachtet werden (Parry und Stevens, 2001, S.1179):
- Die Einbindung der betroffenen Bevölkerung muss zuverlässig durchgeführt werden.
- Die Meinung und Erfahrung von Stakeholdern darf nicht die alleinige Evidenz darstellen.

- Die Tatsache, dass ein HIA durchgeführt wird, darf die Einstellung der Bevölkerung gegenüber dem Vorhaben nicht beeinflussen.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass Partizipation nur eine Art der Informationsbeschaffung darstellt, für eine umfassende Informierung der Entscheidungsträger werden sowohl weitere qualitative, als auch quantitative evidenzbasierte Daten benötigt (Taylor et al. 2003a, S.4).

Die Einbindung der betroffenen Personen in den Entscheidungsprozess erfolgt zum gegenwärtigen Zeitpunkt am häufigsten bei Health Impact Assessments, welche auf der Projekt-Ebene umgesetzt werden (Kemm, 2006, S.198-199).
Die umfassende Anwendung des partizipatorischen Ansatzes auf politischer Ebene ist derzeit noch wenig entwickelt. Diese divergierende Entwicklung lässt sich durch den unterschiedlichen Wirkungsradius erklären. Politische Entscheidungen beeinflussen weitaus mehr Menschen und haben demzufolge auch eine größere Anzahl Stakeholder.

Viele Gesetze, Verordnungen oder Beschlüsse, welche auf nationaler Ebene verabschiedet werden, betreffen die gesamte Bevölkerung des jeweiligen Landes. In solchen Fällen stellt die Einbindung der gesamten betroffenen Bevölkerung eine Herausforderung dar, welcher sich nur wenige Länder stellen. Somit geht die Partizipation auf politischer Ebene über ein oberflächliches beratendes Verfahren, oft nicht hinaus (Kemm, 2006, S.198-199).
Eine weitere Ursache für die geringe Anwendung des partizipatorischen Ansatzes auf politischer Ebene, liegt in der für viele Regierungen ungewollten Transparenz, welche mit der Partizipation einhergeht (Kemm, 2006, S.198-199).

2.4.4 Ziele, Formen und Inhalte

2.4.4.1 Ziele von Health Impact Assessment

Im "Gothenburg consensus paper" werden die wesentlichen Ziele wie folgt zusammengefasst: "*The general objective of such assessments is to improve knowledge about the potential impact of a policy or programme, inform decision-makers and affected people, and facilitate adjustment of the proposed policy in order to mitigate the negative and maximise the positive impacts*" (European Centre for Health Policy, 1999, S.1).

Die Hauptziele von Health Impact Assessment sind demnach die evidenzbasierte Informierung und Beeinflussung der Entscheidungsträger und die dadurch in weiterer Folge möglich werdende Reduzierung von Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.5)

Um den Ungleichheiten zwischen verschiedenen vulnerablen Untergruppen besser begegnen zu können, ist es wichtig den Aspekt der unterschiedlichen Verteilung der Auswirkungen in Betracht zu ziehen und in die Beurteilung mitaufzunehmen.

Es gilt zu erkennen, welchen Einfluss eine Politik, ein Programm oder ein Projekt auf die Gesundheitsdeterminanten und in weiterer Folge auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der betroffenen Bevölkerung hat (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.6).
Es werden alternative Entscheidungsmöglichkeiten zur Verbesserung des ursprünglichen Vorhabens entwickelt und den Verantwortlichen vorgelegt (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.1).

Durch die Mitwirkung und Zusammenarbeit von Personen mit unterschiedlichem Hintergrund und divergierenden Perspektiven werden Nahtstellenmanagement und transsektorale Kooperation gefördert (Cameron, 2000, S.10).

Health Impact Assessment soll dazu beitragen, dass das Auftreten von unerwarteten negativen Aspekten reduziert bzw. verhindert wird, bei gleichzeitiger Förderung und Mehrung der positiven Auswirkungen (Kemm, 2006, S.189).

2.4.4.2 Inhalte von Health Impact Assessment

Health Impact Assessment berücksichtigt den Einfluss, welchen ein Vorhaben auf die Gesundheit der betroffenen Bevölkerung hat und weiters werden deren Erwartungen und Erfahrung in Betracht gezogen. Um positive Gesundheitseffekte zu steigern und negative Auswirkungen zu verringern werden die Entscheidungsträger über die Gesamtfolgen aller möglichen Entscheidungsalternativen unterrichtet (European Centre for Health Policy, 1999, S.5). Um diese Informationen zu erlangen wird sowohl quantitative, als auch qualitative Evidenz verwendet (Cameron, 2000, S.4).

Um ein HIA effektiv umzusetzen, gilt es vorab einige Bestandteile zu definieren (Ison, 2000e, S.106):

- Werte, welche dem Health Impact Assessment zugrunde liegen.
- Ein umfassendes Gesundheitsmodell und eine Definition für Gesundheit, auf welchen die festgelegten Werte basieren.
- Ein HIA-Modell, welches den Rahmen für das HIA vorgibt.
- Gesundheitsdeterminanten, Indikatoren und gewünschte Ergebnisse.

Health Impact Assessment stützt sich auf verschiedene Methoden und Techniken, welche den Umständen entsprechend angepasst werden können. Es beinhaltet Elemente von Projektmanagement, Forschung und Evaluation und lehnt sich an den Erfahrungen und der Expertise anderer Impact Assessments an (Taylor and Blair-Stevens, 2002, S.3).

Die Wichtigkeit von Health Impact Assessment hängt von der Art des Vorhabens, vom Ort der Durchführung und von der betroffenen Bevölkerung ab. Der Bau eines neuen Autobahnabschnittes in einem dünn besiedelten Gebiet muss demnach anders gewichtet werden, als die Errichtung einer Müllverbrennungsanlage in einem Wohngebiet, mit einer großen Anzahl von Asthmaerkrankungen (Lerer, 1999, S.199).

2.4.4.3 Abgrenzung von HIA

Es gilt zu beachten, dass HIA zwar auf einer wissenschaftlichen Wissensbasis fundiert, aber streng genommen keine Wissenschaft ist. Jedes HIA hat verschiedene zeitliche und räumliche Bedingungen. Außerdem müssen aufgrund von allfällig auftretenden Ungewissheiten Annahmen getroffen werden, welche sich auf die Gültigkeit des Health Impact Assessments auswirken können. Deshalb ist es wichtig solche Annahmen für die Entscheidungsträger transparent darzustellen (Scott-Samuel et al. 2001, S.16) und deutliche Indikationen zu geben wie fundiert diese Theorien sind (Kemm, 2006, S.193). Des Weiteren muss bestimmt werden ob die Ungewissheiten quantifiziert werden können, oder ob die eindeutige Festsetzung der Annahmen nicht möglich ist (Kemm, 2006, S.193).

HIA stellt lediglich eine Unterstützung zur Entscheidungsfindung dar, es kann kein Ersatz sein. Entscheidungsträgern wird das Ergebnis mit unterschiedlichen Alternativen unterbreitet und basierend auf diesem Resultat müssen adäquate Entscheidungen getroffen werden (Cameron, 2000, S.8).

2.4.5 Arten von HIA

Es gibt drei Arten von Health Impact Assessment, basierend auf dem Zeitpunkt, zu dem es in den Prozess eingeführt wird. Diesen Zusammenhang zeigt die folgende Abbildung:

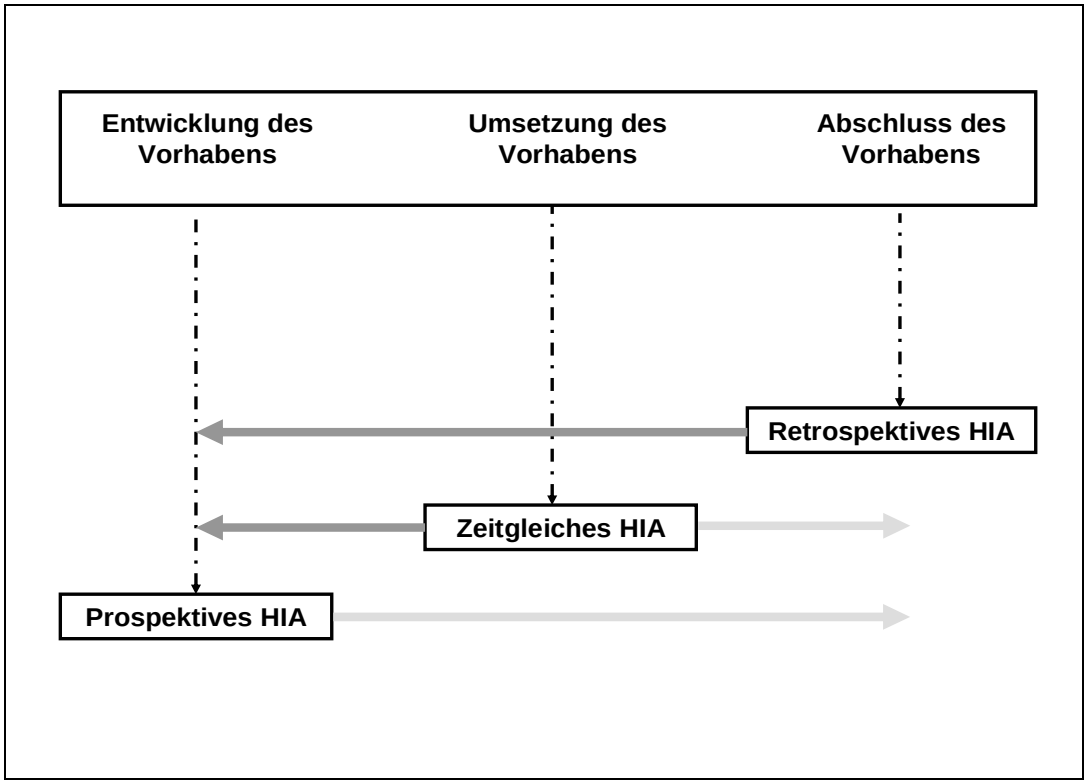

Abbildung 3 Das Verhältnis zwischen prospektiven, zeitgleichen und retrospektiven Health Impact Assessments
(nach HIA Research Unit, 2003, S.2)

Um festzustellen zu welchem Zeitpunkt ein HIA am effektivsten umgesetzt werden kann, ist es wichtig die zeitliche Planung der Schlüsselentscheidungen zu kennen (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.9).
Die Empfehlungen müssen getroffen werden bevor über wichtige Punkte entschieden wurde (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.10).

Prospektives HIA:

Ein prospektives HIA wird vor der endgültigen Umsetzung eines Vorhabens durchgeführt (Ison, 2000a, S.23). Dadurch ergibt sich die Möglichkeit auf ein Vorhaben verändernd einzugreifen (Ison, 2000a, S.23).

Es soll zum frühest möglichen Zeitpunkt in den Entwicklungsprozess der Politik, des Programms bzw. Projektes eingebunden werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.19). In der gewählten Phase sollen Art und Inhalt des Vorhabens bereits feststehen, aber Modifikationen müssen nach wie vor möglich und durchsetzbar sein (Ison, 2000a, S.24).
Denn nur unter dieser Voraussetzung können die möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsuntergruppen prognostiziert werden (Ison, 2000a, S.23), sowie positive Aspekte verbessert und negative Effekte minimiert werden (Quigley et al. 2004, S.2).
Die Genauigkeit der Vorhersagen ist einerseits von der vorhandenen Evidenz und andererseits von der Erfahrung und dem Wissen der Beteiligten abhängig (Ison, 2000a, S.24).

Es gilt jedoch zu beachten, dass es bei der Durchführung prospektiver HIA auch zu Schwierigkeiten kommen kann. Trotz einer prospektiven Initiierung, kann die Umsetzung aufgrund von zeitlichen Fehlkalkulationen zeitgleich oder sogar retrospektiv erfolgen (Blau et al. 2006, S.225).

Zeitgleiches HIA:

Von einem zeitgleichen HIA spricht man wenn mit der Umsetzung der Politik, des Programms oder des Projektes bereits begonnen wurde (Quigley et al. 2004, S.2) und das HIA analog mit dem Vorhaben durchgeführt wird (Ison, 2000a, S.23).
Diese Art von HIA wird verwendet, wenn das Vorhaben noch nicht ausreichend charakterisiert wurde (Ison, 2000a, S.24).
Außerdem können möglicherweise auftretende negative Effekte rechtzeitig erkannt und verhindert werden (Ison, 2000a, S.24) und die Genauigkeit der Vorhersagen kann überwacht werden (Cameron, 2000, S.5).

Retrospektives HIA:

Ein retrospektives HIA wird bei einem bereits abgeschlossenen Vorhaben durchgeführt (Quigley et al. 2004, S.2), um jene Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu bewerten, welche erst nach der Umsetzung einer Politik, eines Programms oder eines Projektes auftreten (Ison, 2000a, S.24).

Folgende Ziele lassen sich aus der rückwirkenden Betrachtung eines Vorhabens ableiten (Ison, 2000a, S.24):

- Eine Informationsgrundlage für die Entwicklung von zukünftigen Politiken, Programmen und Projekten zu schaffen.
- Das Verständnis für mögliche Gesundheitsauswirkungen von ähnlichen Vorhaben erhöhen.
- Die Evidenzbasis zum Nutzen künftiger Health Impact Assessments erweitern.

Die Vorhersagbarkeit der Auswirkungen hängt von der Genauigkeit des Wissens um den Gesundheitszustand der Bevölkerung vor der Umsetzung ab, um einen akkuraten Vergleich zum Gesundheitszustand nach der Verwirklichung des Vorhabens ziehen zu können (Ison, 2000a, S.24).
Die Ergebnisse retrospektiver Bewertungen von Gesundheitsauswirkungen liefern die Grundlage für zukünftige prospektive Health Impact Assessments (Scott-Samuel et al. 2001, S.16).

2.4.6 Merkmale erfolgreicher HIA-Projekte

Um Health Impact Assessment erfolgreich durchzuführen, müssen einige grundlegende Dinge beachtet werden:

- Es gilt zu beachten, dass die Institutionalisierung und die Umsetzung von HIA zwischen den einzelnen Ländern variiert. Um HIA effektiv zu gestalten, müssen diese Abweichungen bei der Erstellung des konzeptionellen Rahmens beachtet werden (Blau et al. 2006, S.211).
- Um eine erfolgreiche Integration von HIA in den Gesamtprozess zu erreichen, muss es zu einem Teil der üblicherweise angewendeten Verfahren werden, nach welchen sich die Entscheidungsträger richten (Wismar et al. 2006, S.231).
- Es gilt zu beachten, dass der Gesundheitszuwachs für die lokale Bevölkerung nicht das einzige Interesse der Entscheidungsträger ist, es werden unter anderem auch ökonomische und ökologische Aspekte in die letztendliche Entscheidung integriert (Ison, 2000d, S.93).
- Effektive Kommunikation ist ausschlaggebend für ein erfolgreiches Health Impact Assessment (Public Health Advisory Committee, 2004, S.19). Know How, welches sich bereits innerhalb der durchführenden Organisation befindet soll effizient genutzt werden, um von der Erfahrung von anderen zu lernen (Cameron, 2000, S.11). Denn trotz der relativen Neuartigkeit dieses Ansatzes, basiert HIA bereits auf vorhandenem Wissen, Fähigkeiten und Erkenntnissen (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.1).
- Der Einsatz von multidisziplinären Teams ist von Vorteil (Public Health Advisory Committee, 2004, S.19).
- Zur Identifizierung und Bewertung der Auswirkungen müssen möglichst unterschiedliche Methoden verwendet werden (Ison, 2000a, S.32).
- Um HIA effektiv umzusetzen, muss es zum passenden Zeitpunkt in den Entwicklungsprozess der Politik, des Programms bzw. des Projektes eingebunden werden. Der geeignete Zeitpunkt für die Durchführung hängt davon ab, ob es sich um ein prospektives, zeitgleiches oder retrospektives HIA handelt (Cameron, 2000, S.11).

- Eine detaillierte Darstellung des Vorhabens soll allen Beteiligten eine verständliche Übersicht gewähren (Public Health Advisory Committee, 2004, S.19).
- Jede Empfehlung muss sich auf eine vorausgehende Analyse der potentiellen Auswirkungen beziehen, basierend auf evidenzbasierten qualitativen und quantitativen Daten (Kemm, 2006, S.194).

Es gilt zu beachten, dass die Durchführung eines umfassenden Health Impact Assessments sehr ressourcenintensiv ist, wobei vor allem Zeit eine große Rolle spielt (Signal und Durham, 2000, S.21). Empfehlungen werden von Entscheidungsträgern oft in weitaus kürzeren Zeitspannen benötigt, als es möglich ist diese mit Hilfe von Health Impact Assessment zur Verfügung zu stellen (Signal und Durham, 2000, S.21).
Für eine effektive Umsetzung von HIA werden informationsgesteuerte, konstruktive Netzwerke und Verbindungen innerhalb des öffentlichen Sektors benötigt. Dadurch wird die Bedeutung der gesetzten Prioritäten, der Methodenwahl und des Kommunikationsprozesses unterstrichen (Signal und Durham, 2000, S.22).

Health Impact Assessment sollte bei der abschließenden Empfehlung zumindest zwei Optionen bereitstellen, am häufigsten wird das Vorhaben in veränderter Form mit dem gegenwärtigem Stand verglichen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.17).
Um den größtmöglichen Nutzen aus HIA zu ziehen, muss es in jenen Situationen eingesetzt werden, in denen es einen effektiven Beitrag zum Entscheidungsprozess leisten kann (Taylor and Blair-Stevens, 2002, S.4).

2.4.6.1 Mögliche Hindernisse

Um HIA erfolgreich durchzuführen, müssen Hindernisse und Schwierigkeiten rechtzeitig erkannt und beseitigt werden. Folgende Probleme können bei der Umsetzung von HIA auftreten (Cameron, 2000, S.11):
- Ressourcen, wie Geld oder Personal sind nur in begrenzter Form vorhanden.
- HIA passt nicht mehr in den dicht gedrängten Programmplan.
- In manchen Sektoren wird traditionellerweise mit einer geringen Partizipation der Bevölkerung gearbeitet.
- Den durchführenden Personen fehlt das Wissen und/oder die Erfahrung im Umgang mit Health Impact Assessment.

Bei der Bearbeitung der gesammelten Informationen gilt zu beachten, dass sowohl quantitative, als auch qualitative Quellen fehlerhaft sein können, deshalb ist die Verwendung von stabilen Methoden und Verfahren notwendig (Parry und Stevens, 2001, S.1178).

Das Fehlen eines rahmengebenden Konstruktes für HIA (Krieger et al. 2003, S.661) und eine oft vernachlässigte detaillierte Darstellung der Suchkriterien und solcher zur Qualitätsbewertung, können zu einem unausgewogenen Endergebnis und einer unzureichenden Bewertung der Gesundheitsauswirkungen führen (Parry und Stevens, 2001, S.1179).

Wenn die durchführende Organisation verabsäumt, diese risikobehafteten Punkte ausreichend zu beachten, wird HIA zu einem weiteren einflusslosen Instrument, verstrickt im bürokratischen Netz, dessen hauptsächliche Tätigkeit das Ausfüllen von Checklisten umfasst (Krieger et al. 2003, S.661).

2.4.6.2 Effectiveness of HIA

HIA findet zwar verbreitet großen Anklang, es besteht jedoch nach wie vor eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit des Instrumentes (Wismar, 2004, S.42).
Es erweist sich als äußerst schwierig Aussagen über die Effektivität und die Qualität von Health Impact Assessment zu treffen (Blau et al. 2006, S.210), insbesondere in Bezug auf die Evaluation eines Gesundheitsgewinnes bzw. –verlustes für die betroffene Bevölkerung (Wismar, 2004, S.42).

Eine alternative und auch durchführbare Überprüfung der Effektivität beschreibt anstatt des Gesundheitszustandes, die Beeinflussung des politischen Entscheidungsprozesses.
Dabei bestehen folgende Möglichkeiten: Das Bewusstsein der Entscheidungsträger für eine Verbindung zwischen Gesundheit und physikalischer, sozialer und ökonomischer Umwelt kann erhöht werden und sie können bei der Identifizierung und Bewertung von potentiellen Gesundheitsauswirkungen unterstützt werden. Außerdem kann die Integration der betroffenen Bevölkerung in den Entscheidungsfindungsprozess gefördert werden (Wismar, 2004, S.42).

Bis zum Jahr 2004 gab es vereinzelte Effektivitätsstudien in England, Schweden und den Niederlanden. Daraus ging jedoch nicht hervor ob es sich um Einzelerfolge bzw. -misserfolge handelte und ob die Ergebnisse aufgrund länderspezifischer Bedingungen nur für dieses eine Land anwendbar waren. Es galt somit zu ermitteln welche Methoden unter welchen Umständen funktionierten (Wismar, 2004, S.42).

Basierend auf diesen Grundlagen wurde im August 2004 der erste Versuch, die Effektivität von HIA auf europäischer Ebene zu beschreiben, gestartet. Das dreijährige Projekt "The effectiveness of HIA" wurde vom European Observatory on Health Systems and Policies durchgeführt und von der Europäischen Kommission im Zuge des "Public Health Work Programme" mitfinanziert (Wismar, 2004, S.42). Im Herbst 2007 werden die Ergebnisse in Form einer WHO-Publikation von Dr. Matthias Wismar veröffentlicht (Rudolf Welteke, 30.03.2007, siehe Anhang I).
Das zentrale Ziel dieses Projektes ist es abzubilden, inwieweit HIA verwendet wird und wie wirksam es ist. Außerdem sollen jene Faktoren identifiziert werden, welche zu einer erfolgreichen Umsetzung führen.
Die Wirksamkeit bezieht sich in diesem Projekt auf das Vermögen von HIA den Entscheidungsfindungsprozess zu beeinflussen und auf die Darstellung inwieweit im HIA getroffene Aussagen über Gesundheitsauswirkungen eines bestimmten Vorhabens von Entscheidungsträgern berücksichtigt werden (Wismar, 2004, S.43).

Das Projekt umfasst folgende Aufgaben und Arbeitsschritte (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2 Darstellung der 1. und 2. Aufgabe des Projektes "The effectiveness of health impact assessment"
(nach European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, S.3; European Observatory on Health Systems and Policies)

Aufgabe 1: Literaturrecherche	**Aufgabe 2: Interviews mit Schlüsselinformanten**
Die Literaturrecherche bildet die Grundlage für Aussagen bezüglich der Verwendung von HIA innerhalb Europas	Dies dient der Überprüfung der Gültigkeit der gefundenen Literatur und füllt eventuell vorhandene Lücken. Außerdem wird das Treffen von Aussagen über die Effektivität einzelner HIAs vereinfacht

Vergleich der Abbildung von HIA mit der Effektivitätsanalyse		
	Aufgabe 1: Literaturrecherche	**Aufgabe 2: Interviews mit Schlüsselpersonen**
Definition von HIA/Effektivität	"Offen"	Effektivität in drei Dimensionen: "Health, Equity, Community"
Methodik	Literaturrecherche (gesammelt und global)	Interviews (Einzelfälle)
Schlüsselkonzepte	Definitionen, HIA-Modelle, andere Bewertungsverfahren	Wirksamkeit von HIA, Faktoren die Effektivität fördern bzw. behindern
Form	Beschreibend	Analytisch
Ergebnis	Übersicht über europaweite Verwendung von HIA	Fallstudien

Die drei Dimensionen "Health, Equity, Community", welche die Effektivität in der 2. Aufgabe dieses Projektes charakterisieren, sollen nachfolgend näher erläutert werden (European Observatory on Health Systems and Policies, 2006):
Beim Entscheidungsfindungsprozess ist es wichtig darauf zu achten, dass "Health, Equity, Community" Fragen anerkannt und bei Änderungen des Vorhabens berücksichtigt werden. Die Gegenüberstellung dieser beiden Aspekte führt zu vier verschiedenen Effektivitätsarten, die in der folgenden Tabelle dargestellt werden (European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, S.7-8).

Tabelle 3 Bestimmung der vier Effektivitätsarten
(nach European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, S.8)

		Berücksichtigung von "Health, Equity, Community" Aspekten bei der Änderung des Vorhabens	
		JA	NEIN
Anerkennung von "Health, Equity, Community" Fragen	JA	**Direkte Effektivität:** ▪ HIA hat eine Vorhabensänderung bewirkt ▪ Aufgrund von HIA wurde das Vorhaben nicht durchgeführt ▪ Aufgrund von HIA wurde die Entscheidung verschoben	**Generelle Effektivität:** ▪ Gründe wurden aufgezeigt, aufgrund derer den HIA Empfehlungen nicht nachgekommen wird ▪ Die Gesundheitsauswirkungen sind positiv bzw. vernachlässigbar ▪ HIA hat das Bewusstsein der Entscheidungsträger erhöht
	NEIN	**Opportunistische Effektivität:** ▪ Die Entscheidung wäre ohnehin getroffen worden	**Keine Effektivität:** ▪ Das HIA wurde ignoriert ▪ Das HIA wurde abgelehnt

Bei der direkten Effektivität hat HIA somit zu einer Veränderung des Vorhabens beigetragen. Die generelle Effektivität bezieht sich auf jene Fälle, in denen die Ergebnisse von HIA berücksichtigt wurden, aber letztendlich zu keiner Änderung geführt haben. Bei der opportunistischen Effektivität scheint das HIA zwar eine Veränderung zu bewirken, hat aber tatsächlich keinen Einfluss und wird nur verwendet um bereits getroffenen Entscheidungen zu rechtfertigen. Die letzte Kategorie beschreibt den Fall, wenn die Ergebnisse von HIA gänzlich ignoriert werden (European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, S.8-9).
Die weiteren Aufgaben des Projektes werden der Vollständigkeit halber zwar genannt, jedoch nicht näher ausgeführt, da dies den Rahmen der Arbeit überschreiten würde (European Observatory on Health Systems and Policies):

- Aufgabe 3: Entwicklung von Indikatoren
- Aufgabe 4: Zusätzliche Datenerfassung
- Aufgabe 5: Expertenausschuss
- Aufgabe 6: Politische Analyse
- Aufgabe 7: Organisatorische Analyse
- Aufgabe 8: Instrumentenentwicklung
- Aufgabe 9: Verbreitung

2.5 Verfahren und Methoden

Die verschiedenen Literaturquellen, welche sich mit Health Impact Assessment auseinandersetzen, weisen unterschiedliche Bezeichnungen der Verfahrensschritte auf (Taylor und Quigley, 2002, S.3).
Bei gleich bleibendem Inhalt werden die einzelnen Schritte unterschiedlich gruppiert und auch benannt. Die folgende Auswahl der Begrifflichkeiten und die Abfolge der Phasen wurde aufgrund häufiger Erwähnung in relevanten Literaturquellen getroffen:

- **Screening (Selektion):** Die erste Phase fungiert als Selektionsprozess, wobei Vorhaben bezüglich ihrer möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung bewertet werden (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.11) und wo festgestellt wird, ob HIA die effektivste Methode ist, um Gesundheit und Verteilungsgerechtigkeit in den Entwicklungsprozess des Vorhabens miteinzubeziehen (Public Health Advisory Committee, 2007, S.13).

- **Scoping (Abgrenzung):** In dieser Phase werden die unterschiedlichen Perspektiven und Erkenntnisse einer multisektoralen Gruppe dazu verwendet einen Rahmen für den HIA-Prozess zu schaffen. Das HIA wird räumlich eingegrenzt, die betroffenen Bevölkerungsgruppen werden ermittelt und der zeitliche Rahmen wird festgesteckt (Scottish HIA network, 2001, S.2).

- **Appraisal (Bewertung):** Die Bewertungsphase ist sozusagen der Hauptteil eines Health Impact Assessments. Das Vorhaben wird analysiert, die Auswirkungen auf die Gesundheit werden festgestellt und charakterisiert, es erfolgt die Schaffung einer evidenzbasierten Informationsgrundlage und Empfehlungen werden formuliert (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.7).

- **Reporting (Berichterstattung):** Zum Abschluss der Bewertungsphase wird ein Bericht erstellt, um das Verständnis für den Einfluss des Vorhabens auf betroffene Bevölkerungsgruppen zu verbessern und um den Fokus auf wichtige Gesundheitsaspekte zu legen (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.14).

- **Monitoring und Evaluation:** In dieser Phase wird festgestellt ob die vorab gesetzten Ziele erreicht wurden und es werden Aussagen bezüglich der Effektivität und der Angemessenheit der verwendeten Methoden getroffen (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.7).

Die Interaktion der einzelnen Schritte, sowie der detaillierte Ablauf werden in der Abbildung 4 verdeutlicht:

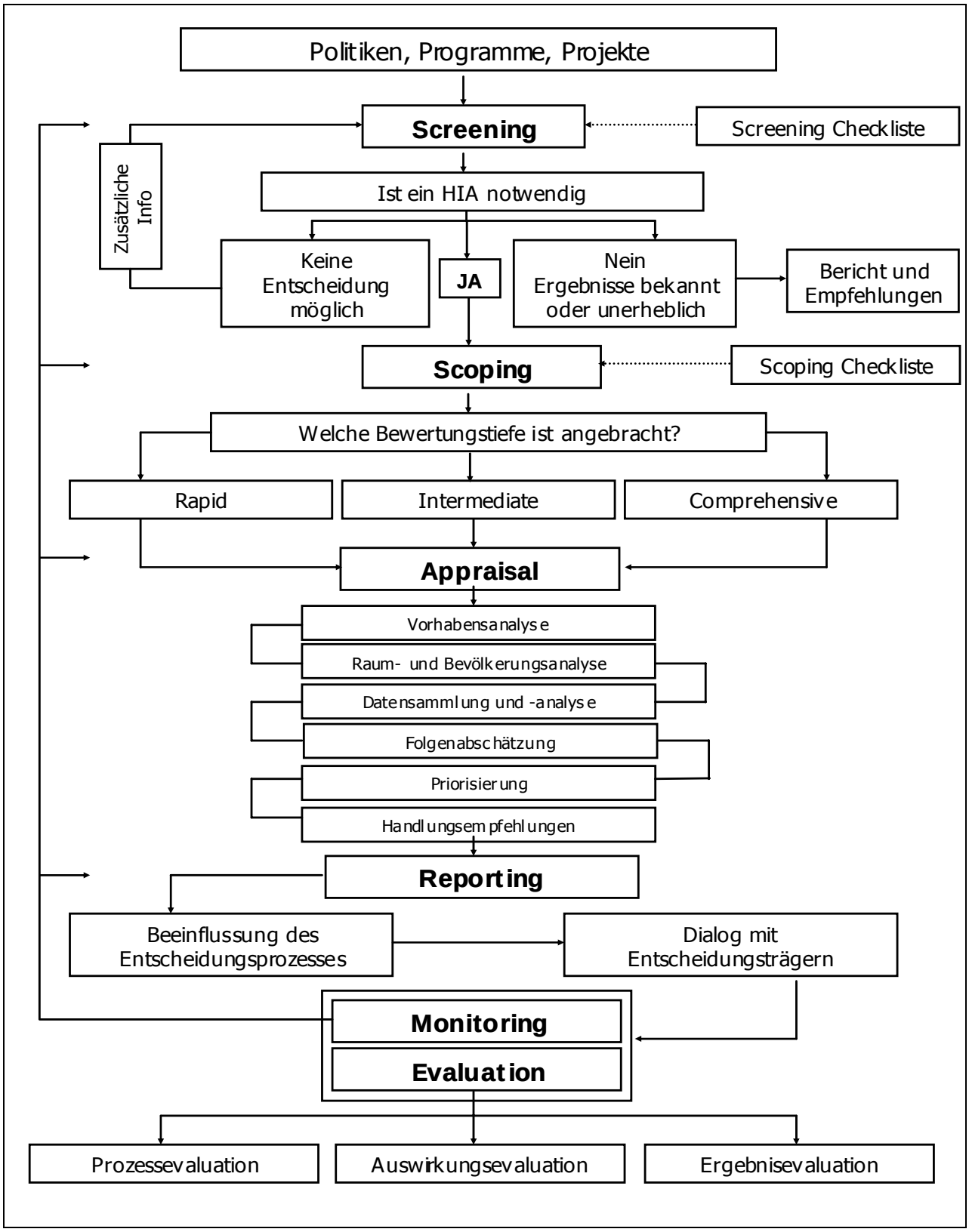

Abbildung 4 Die Interaktion der einzelnen HIA-Phasen

Im folgenden Kapitel wird jede Phase zum besseren Verständnis einzeln beschrieben. Allerdings gilt zu beachten, dass in der Praxis die einzelnen Schritte oft wiederholt werden, da neue Erkenntnisse und Informationen dieses Vorgehen notwendig machen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.4).

2.5.1 Screening (Selektion)

Jedes HIA beginnt mit einem Selektionsprozess, bei dem das Vorhaben im Schnellverfahren auf seine Auswirkungen auf die unterschiedlichen Aspekte der Gesundheit geprüft wird. Danach kann eine Entscheidung ob der Notwendigkeit eines Health Impact Assessments getroffen werden (Taylor et al. 2003b, S.1).
Es wird empfohlen, dass das Screening von mehr als einer Person durchgeführt werden soll (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.9) und die Anwendung von qualitativen Methoden forciert wird. Die Integration von Schlüsselinformanten und Stakeholdern in dieser frühen Phase unterstützt eine breit gefächerte Perspektive, fördert die Akzeptanz und begünstigt eine frühzeitige Identifizierung mit dem Prozess (Taylor et al. 2003b, S.2).
Die mit dem Screening beauftragten Personen werden bei der Bearbeitung des Prozesses einerseits von vorhandenen Erkenntnissen über Gesundheitsauswirkungen und von ihrem Wissen um die Wichtigkeit des Vorhabens und andererseits von ihrer Einschätzung der Kompetenz der durchführenden Organisation geleitet (Ison, 2000b, S.43).

Durch das Screeningverfahren kann auf systematische Weise entschieden werden ob es sinnvoll und notwendig ist, bei einem bestimmten Vorhaben ein HIA durchzuführen (Taylor et al. 2003b, S.2). Leistungen und Ressourcen werden somit nur für jene Vorhaben verwendet, welche einen Bedarf für eine gründliche Untersuchung aufweisen und wo eine Alterierung des ursprünglichen Entwurfes zu einer Erweiterung positiver bzw. einer Reduzierung negativer Auswirkungen auf die Gesundheit führen kann (Ison, 2000b, S.43).
Es können auch jene Vorhaben identifiziert werden, welche kein HIA erfordern, da deren Einfluss auf die Gesundheit sowohl im positiven als auch im negativen Sinn minimal ist, oder deren Auswirkungen bereits bekannt und ausführlich dokumentiert sind (Ison, 2000b, S.43). Je mehr internationale Erfahrungen als gesammelte Daten zur Verfügung stehen, desto häufiger kann auf die Durchführung eines umfassenden HIA-Verfahrens verzichtet werden (Sprenger, 2005, S.19). Evidenzbasierte Empfehlungen können direkt gegeben werden (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.9), sie müssen nur an nationale bzw. regionale Besonderheiten angepasst werden (Sprenger, 2005, S.19). In diesen Fällen wird im Anschluss an das Screeningverfahren ein Bericht verfasst, welcher den Entscheidungsträgern vorgelegt wird (European Centre for Health Policy, 1999, S.5).

Es ist wichtig, dass die Schlüsselelemente des Screenings verstanden werden, die möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen einer anfänglichen Betrachtung unterzogen werden und es muss festgestellt werden in welchem Ausmaß evidenzbasierte Datenquellen zur Verfügung stehen (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.12).

Das Screening hat fünf Schlüsselfunktionen (Taylor et al. 2003b, S.2-3).

- **Effiziente Nutzung der Ressourcen:** Der Selektionsprozess unterstützt eine effektive Ressourcennutzung, da nur jene Vorhaben einem HIA zugeführt werden, welche bedeutende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Verteilung von Ungleichheiten aufweisen.
- **Objektive Entscheidungsfindung:** Durch die Verwendung von Screeninginstrumenten können bedeutende Fragen identifiziert werden. Außerdem wird aufgezeigt wie Entscheidungen getroffen wurden, dadurch werden Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhöht.
- **Partizipatives Screening:** Die Einbindung der Stakeholder ist bereits in diesem ersten Stadium von Vorteil, da eine offene und transparente Entscheidung bei welchen Vorhaben ein HIA durchgeführt wird, eine weiterführende Unterstützung der betroffenen Bevölkerung sichert.
- **Gesteigerte Qualität der Health Impact Assessments:** Eine Qualitätsverbesserung erfolgt durch die genaue Identifizierung der Schlüsselperspektiven und einer eindeutigen Fokussierung auf die vordringlichsten Aspekte.
- **Änderung des ursprünglichen Vorhabens:** Im Verlauf des Screeningprozesses können unter Umständen schon genügend Informationen gesammelt werden, um eine Empfehlung zur Adaptierung des Vorhabens möglich zu machen. Somit wäre die Durchführung eines umfangreichen Health Impact Assessments nicht mehr notwendig.

Nach einem Screening kann man zu folgenden Ergebnissen kommen:

- Die Durchführung eines HIA ist notwendig, da ein Bedarf an zusätzlichen Informationen über mögliche Gesundheitsauswirkungen besteht (Ison, 2000b, S.47).
- Die Durchführung eines HIA ist nicht notwendig, da mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit bereits bekannt und dokumentiert sind. Aber Empfehlung bezüglich der Reduzierung negativer Effekte sind notwendig (Ison, 2000b, S.47).
- Die Durchführung eines HIA ist nicht notwendig, da die möglichen Auswirkungen als unerheblich bewertet werden (Ison, 2000b, S.47).
- Eine Entscheidung ob der Notwendigkeit ist aufgrund mangelnder Informationen noch nicht möglich. In diesem Fall wird das Screening mit zusätzlichen Informationen wiederholt (Public Health Advisory Committee, 2004, S.21).

Es ist wichtig das Screening strategisch aufzubauen, um sowohl Aktivitäten in einem einzelnen Sektor, als auch sektorenübergreifende Vorgänge zu erfassen (Parry und Stevens, 2001, S.1178). Außerdem ist es wichtig das Vorhaben im Kontext zu erfassen, die Hintergründe zu kennen und die Ziele zu verstehen (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.9). Die gewonnenen Erkenntnisse werden ausführlich dokumentiert, um jene zu informieren, die zu einem späteren Zeitpunkt in den Prozess integriert werden (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.12).
Um die Durchführung des Screening-Prozesses zu vereinfachen werden in den verschiedenen Quellen Leitfäden und Checklisten zur Verfügung gestellt (Public Health Advisory Committee, 2004, S.4). Diese Screening-Instrumente erhöhen des Weiteren die Transparenz des Prozesses und ermöglichen die Aufzeichnung der getroffenen Entscheidungen (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.10).
Im Anhang befindet sich je eine beispielhafte Vorlage.

2.5.2 Scoping (Abgrenzung)

Wenn während der Screeningphase der Bedarf für ein Health Impact Assessment festgestellt wird, erfolgt mit dem Scoping der zweite Schritt im HIA-Prozess (European Centre for Health Policy, 1999, S.6). Dabei geht es um die Planung und Ausformung des Health Impact Assessments (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.8).

In vielen Fällen wird in dieser Phase ein Beirat, ein so genannter Lenkungsausschuss einberufen (Scott-Samuel et al. 2001, S.7), bestehend aus dem Initiator des Vorhabens, Repräsentatoren der durchführenden Organisation, Vertretern verschiedener Interessensgruppen und anderen Stakeholdern (HIA Research Unit, 2003, S.11). Die Zusammensetzung und die Größe dieses Ausschusses sind von der Art, dem Umfang bzw. der Vielschichtigkeit des Vorhabens und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.10).
Diese multisektorale Zusammenarbeit bringt eine breite Palette verschiedener Erfahrungen und Interessen in den HIA-Prozess ein (Ison, 2000b, S.51).
In diesem Beirat werden Richtlinien für das HIA, so genannte "Terms of Reference", festgelegt, außerdem werden Begutachter und die HIA-Projektleitung ernannt (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.8-9). Des Weiteren überwacht der Lenkungsausschuss den gesamten HIA-Prozess und beaufsichtigt die Planung und Verteilung der Verantwortlichkeiten und Aufgaben (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.12).
In den "Terms of Reference" werden jene direkten und indirekten Auswirkungen festgelegt, welche im Verlauf des Prozesses berücksichtigt werden sollen, die von diesen Effekten betroffene Bevölkerung wird ermittelt (European Centre for Health Policy, 1999, S.6) und relevante Gesundheitsdeterminanten werden bestimmt (Public Health Advisory Committee, 2004, S.4).

Während des Scopingverfahrens wird der organisatorische Rahmen für den weiteren Ablauf des Health Impact Assessments festgelegt. Dabei wird unter anderem über die Methoden, Ziele und Inhalte, die benötigten Ressourcen, den Umfang der Beurteilung, die Stakeholder, mögliche Ergebnisse und den Zeitrahmen entschieden (European Centre for Health Policy, 1999, S.6; Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.9).

Annahmen bezüglich des Umfanges und der Tiefe eines HIAs, müssen in Anbetracht der Bedeutung und der Vielschichtigkeit des Vorhabens getroffen werden. Außerdem haben Faktoren wie die verfügbare Evidenz und die vorhandenen Daten, Einfluss auf diese Entscheidung (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.9-10).
Ein schnelles HIA wird bevorzugt, wenn Zeit und Ressourcen in eingeschränktem Maß zur Verfügung stehen und die Umsetzung eines zeitintensiven Prozesses nicht durchführbar ist. Wenn jedoch detailliertere Informationen zur Beurteilung benötigt werden, muss ein umfangreicheres Bewertungsverfahren gewählt werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.25).
Eine Checkliste, welche als Unterstützung zur Wahl der geeigneten Bewertungstiefe herangezogen wird, befindet sich im Anhang.

Das Scoping liefert die Grundlage für ein systematisch entwickeltes Bewertungsverfahren, wobei die charakteristischen Besonderheiten eines HIA und die zugrunde liegenden Werte der durchführenden Organisation berücksichtigt werden (Ison, 2000b, S.50).

Um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, erfolgt bereits in dieser Phase die Planung der Einbindung diverser Stakeholder in den Prozess. Sowohl die Methodenwahl, als auch der Umfang der Partizipation hängt von dem jeweils geplanten Vorhaben ab (Public Health Advisory Committee, 2004, S.24).

Die Entscheidung bezüglich der Integration eines externen HIA-Beraters wird ebenfalls in dieser Phase getroffen. Es besteht die Möglichkeit den Berater während des gesamten Prozesses hinzuzuziehen oder externe Unterstützung nur in einem bestimmten Abschnitt des Verfahrens in Anspruch zu nehmen (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.11), wobei beide Varianten positive Auswirkungen aufweisen.
Externe Berater können dem HIA-Prozess durch ihre Objektivität höhere Glaubwürdigkeit verleihen. Wird ein HIA jedoch intern durchgeführt, wird die organisationseigene Kompetenz für diese Unternehmen gestärkt (HIA Research Unit, 2003, S.13).

Des Weiteren müssen in dieser Phase bereits Überlegungen bezüglich Art und Umfang der Endberichte getroffen werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.23) und es wird fixiert wann die Empfehlungen den Entscheidungsträgern vorgelegt werden und wie diese kommuniziert werden (HIA Research Unit, 2003, S.13).

Schließlich wird noch festgelegt, in welcher Art und Weise die Evaluierung durchgeführt wird. Um den Evaluationsvorgang zu vereinfachen, können auch bereits Schlüsselfragen formuliert werden, z.B. (Public Health Advisory Committee, 2004, S.24):

- Hat das HIA zur Qualitätssteigerung des Vorhabens beigetragen?
- Mit welcher Wahrscheinlichkeit kann das Vorhaben ausführlich evaluiert werden?

Bei dem Scopingverfahren handelt es sich um einen schrittweisen Vorgang, der im Verlauf des Prozesses entsprechend angepasst und weiterentwickelt werden kann (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.9).
Das Scoping kann auch zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden, um gewonnene Erkenntnisse neu abzugrenzen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.23).

Die Ergebnisse werden oft in einem so genannten "assessment plan" zusammengefasst, um so die Eckpfeiler zur Durchführung des HIA festzulegen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.23).

2.5.3 Appraisal (Bewertung)

In der Bewertungsphase werden positive und negative Auswirkungen auf die Gesundheit zuerst identifiziert, um dann deren Größenordnung bestimmen und deren Bedeutung beurteilen zu können. (Public Health Advisory Committee, 2004, S.4,31).
Es wird festgestellt, welche Gesundheitsdeterminanten durch das Vorhaben verändert werden, der derzeitige Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Verteilung von gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb verschiedener Bevölkerungsuntergruppen werden definiert und die Änderung des allgemeinen Gesundheitszustandes wird eingeschätzt (HIA Research Unit, 2003, S.14).

Abhängig von Umfang und Tiefe des HIA, werden verschiedene Methoden zur Datensammlung herangezogen.
Die Analyse bereits vorhandener Informationen ist die Grundlage aller Health Impact Assessments. Die Sammlung weiterer, teilweise neuer, qualitativer und quantitativer Informationen wird zumeist nur bei umfassenden und weitreichenden HIAs eingesetzt (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.10).

Der Einsatz von unterschiedlichen Methoden ist nicht nur bei der Abdeckung der divergenten Ansprüche der einzelnen Teilaspekte des Prozesses von Vorteil, auch die Beurteilung eines einzelnen Aspektes mit Hilfe verschiedener zur Verfügung stehender Methoden trägt zur Verbesserung der allgemeinen Validität bei, indem die adäquateste Methode zur Bewertung dieses Aspektes herausgefiltert werden kann (Scott-Samuel et al. 2001, S.16).

Um die geeigneten Methoden für ein HIA festzulegen, muss der Einfluss lokaler Faktoren in die Entscheidung einbezogen werden (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.6):

- Die Vielschichtigkeit der Politik, des Programms bzw. des Projektes;
- Der Zeitpunkt der Umsetzung (prospektiv, zeitgleich oder retrospektiv);
- Die Wahrscheinlichkeit, mit welcher die Gesundheitsauswirkungen auftreten;
- Das Ausmaß der möglichen Gesundheitseffekte;
- Die zur Verfügung stehenden Ressourcen;
- Die Verfügbarkeit und Qualität der evidenzbasierten Daten;
- Bereits festgelegte Ziele und Prioritäten im Gesundheitsbereich.

Ziel dieser Phase ist es festzustellen, welches Potential ein Verfahren hat, die Gesundheit der Bevölkerung zu beeinflussen (Public Health Advisory Committee, 2004, S. 31), dazu werden evidenzbasierte Handlungsempfehlungen erstellt und abgegeben (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.12).

2.5.3.1 Bewertungstiefe

Der Prozess des Appraisals kann mit divergierender Intensität durchgeführt werden, wobei der Umfang der benötigten Ressourcen und der Zeitbedarf abweichen können. Welche Art der Bewertung angebracht ist, lässt sich von der Komplexität und dem Zweck des Vorhabens, der verfügbaren Ressourcen und den vorhandenen Zeitvorgaben ableiten (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Unabhängig davon, in welchem Umfang ein HIA durchgeführt wird, sollte darauf geachtet werden, dass folgende Kriterien erfüllt werden (Sprenger, 2005, S.20):

- Interdisziplinarität der beteiligten Akteure;
- Integration von Public Health- bzw. HIA-Experten;
- Beachtung aller Gesundheitsdeterminanten, bei gleichzeitiger Verwendung eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes;
- Berücksichtigung der Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitschancen;
- Bevölkerungsbezogener Ansatz (Public Health Perspektive);
- Nutzung internationaler HIA-Netzwerke, um bereits getätigte Erfahrungen und Erkenntnisse rechtzeitig in den Prozess integrieren zu können;
- Verwendung international gültiger Checklisten und Bewertungsinstrumente;
- Erfahrungen der durchführenden Akteure im Umgang mit quantitativen und qualitativen Methoden und im Bereich des Projektmanagements.

Eine klare Abgrenzung zwischen den verschiedenen Bewertungsarten ist schwierig, in der Praxis ist eine Überschneidung der Bereiche nicht auszuschließen (siehe Abbildung 5) (Ison, 2000a, S.25):

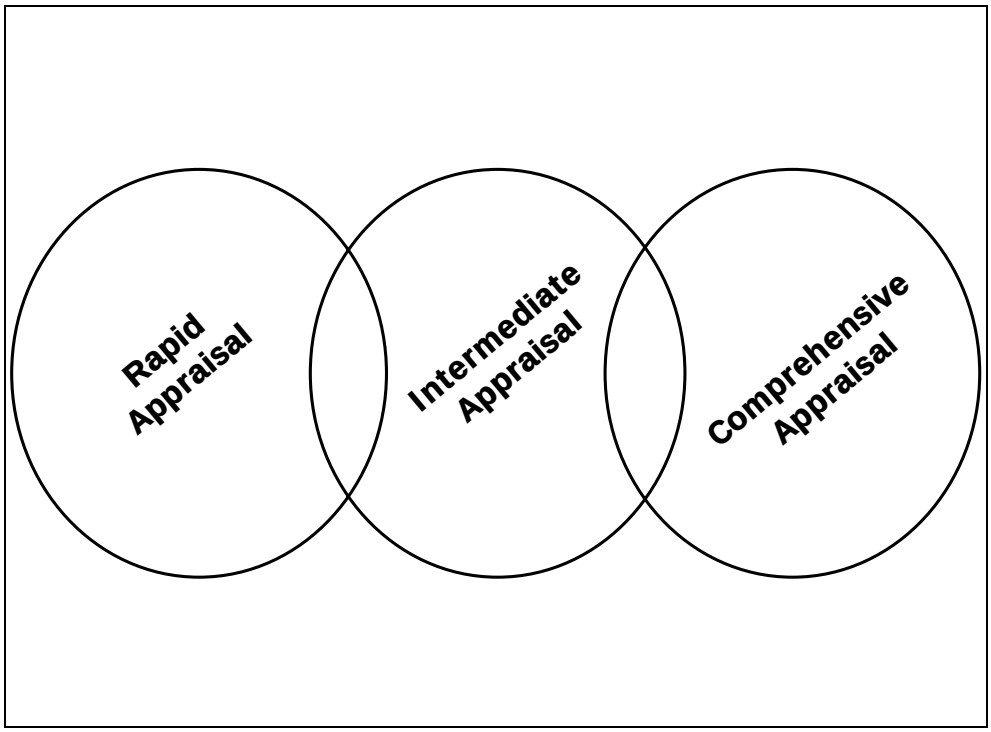

Abbildung 5 Das Zusammenspiel der Bewertungsarten
(nach Ison, 2000a, S.25)

Rapid Health Impact Appraisal (Rasches Bewertungsverfahren):

Das Rapid Health Impact Appraisal erlaubt eine grobe Einschätzung der möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Vorhandene Daten und Informationen werden gesammelt und analysiert und die Erfahrungen und Erkenntnisse von vorangegangenen HIAs werden integriert (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.13).
Die involvierten Parteien bringen bereits vorhandenes Wissen und bestehende Erfahrungen und Erkenntnisse ein (European Centre for Health Policy, 1999, S.6).

Ein solches Bewertungsverfahren kann mit wenigen Ressourcen durchgeführt werden und bedarf nur eines geringen Zeitaufwandes (European Centre for Health Policy, 1999, S.6). Aufgrund dessen bietet das Rapid Health Impact Appraisal für viele Organisationen eine ansprechende Möglichkeit, um die HIA-Strategie einzuführen (Ison, 2000e, S.114).

Mit Unterstützung eines fachlich spezialisierten Assessors dauert ein Rapid Health Impact Appraisal ca. zwei bis sechs Wochen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Intermediate Health Impact Appraisal (Fortgeschrittenes Bewertungsverfahren):

Bei einem Intermediate Appraisal werden Gesundheitsauswirkungen über einen angemessenen Zeitraum hinweg untersucht. Der Unterschied zum Rapid Health Impact Appraisal liegt in einem detaillierteren Untersuchungsprozess, der Zuhilfenahme von mehr als einer Methode zur Befragung der Stakeholder und der bedarfsbestimmten Analyse neuer Daten (Ison, 2000a, S.28).

Dieses Bewertungsverfahren liefert ausführlichere Angaben über mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit und erhöht somit die Verlässlichkeit der Wirkungseinschätzung (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Es werden vorhandene Daten gesammelt und analysiert und bei Bedarf neues Wissen durch die Sammlung qualitativer, evidenzbasierter Informationen generiert (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Aufgrund der detaillierten Ergebnisse bei verhältnismäßig geringem Ressourceneinsatz, handelt sich dabei um die am häufigsten verwendete Vorgehensweise (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Mit Unterstützung eines fachlich spezialisierten Assessors kann ein Intermediate Health Impact Appraisal in ca. zwölf Wochen durchgeführt werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

Comprehensive Health Impact Appraisal (Umfassendes Bewertungsverfahren):

Bei einem Comprehensive Health Impact Appraisal erfolgt eine systematische, umfassende Untersuchung der Gesundheitsauswirkungen über einen längeren Zeitraum, mittels diverser methodischer Ansätze zur Integrierung von Stakeholdern und der Schaffung einer erweiterten Evidenzgrundlage, durch die Erfassung neuer Daten und Informationen (Ison, 2000a, S.27).
Es werden umfassende multidisziplinäre Erkenntnisse und eine Kombination verschiedener Methoden benötigt, um die potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit aufzuzeigen und mögliche Anpassungen zu erkennen. Die vorhandene Evidenz wird bewertet, die Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen der betroffenen Personen werden berücksichtigt und es werden neue Informationen gesammelt und analysiert (European Centre for Health Policy, 1999, S.6).
Der Zeitaufwand und Ressourceneinsatz für ein solches Bewertungsverfahren ist verhältnismäßig hoch (European Centre for Health Policy, 1999, S.6).
Mit Unterstützung eines fachlich spezialisierten Assessors dauert die Durchführung eines Comprehensive Appraisal in der Regel vier bis sechs Monate (Scott-Samuel et al. 2001, S.17).
Diese Art der Beurteilung liefert die verlässlichsten Aussagen über mögliche Gesundheitsauswirkungen. Der relativ seltene Einsatz dieses Verfahrens, lässt sich durch den hohen zeitlichen Aufwand sowie den erheblichen Ressourcenbedarf erklären (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.7).

2.5.3.2 Detaillierte Verfahrensschritte (HIA-Methodik)

Abhängig von der gewählten Bewertungstiefe werden einige der folgenden Schritte weniger gründlich ausgeführt oder in manchen Fällen sogar gänzlich weggelassen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.23).

Vorhabensanalyse:

Das Ziel der Vorhabensanalyse liegt in der Schaffung einer Informationsbasis für den weiteren Verlauf des HIA-Prozesses (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.11).
Es werden Schlüsselaspekte definiert und deren Verhältnis zu den identifizierten Gesundheitsdeterminanten festgestellt (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.13). Bei diesen Kernelementen handelt es sich um für das HIA inhaltlich bedeutende Dimensionen, auf die Umsetzung des Vorhabens einflussnehmende Faktoren und um vorab festgelegte Ziele, Prioritäten und Ergebnisse (Scott-Samuel et al. 2001, S.10).
Dabei werden Aussagen über das Grundprinzip und den sozialen, ökonomischen, politischen und kulturellen Kontext des Vorhabens (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.13), über die betroffene Bevölkerung, über Stakeholder und Schlüsselinformanten und über Erkenntnisse aus der Beurteilung ähnlicher Vorhaben getroffen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.11).

Raum- und Bevölkerungsanalyse:

Die Raum- und Bevölkerungsanalyse erlaubt einen Überblick über die vom Vorhaben betroffenen Bevölkerungsgruppen und schafft eine Grundlage anhand welcher künftige Gesundheitsauswirkungen bewertet werden können (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.12).
Es wird der soziodemographische Einfluss des Vorhabens dargestellt, um einen besseren Einblick in die möglichen Gesundheitsauswirkungen und die Verteilung innerhalb verschiedener Bevölkerungsuntergruppen zu erlangen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.11).

Abhängig von der Art des Vorhabens werden die betroffenen Bevölkerungsgruppen anhand unterschiedlicher Faktoren kategorisiert. Die Gruppierung kann nach Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstatus, Einkommen oder anderen sozialen, ökonomischen oder umweltbedingten Aspekten erfolgen (Scott-Samuel et al. 2001, S.10).

Es erfolgt die Erstellung eines Profils jener Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheit infolge der Vorhabensverwirklichung gefördert bzw. gefährdet wird. Dies geschieht unter Zuhilfenahme von soziodemographischen Gesundheitsdaten und Angaben von Stakeholdern, wobei benachteiligte Gruppen besonders berücksichtigt werden (Scott-Samuel et al. 2001, S.10).

Es werden Daten für eine Reihe von relevanten Indikatoren gesammelt, dabei handelt es sich um Faktoren, welche den Zustand einer Bevölkerung oder einer Bevölkerungsgruppe ausdrücken, z.B. Morbiditäts- und Mortalitätsraten, Wohn- und Arbeitsbedingungen, Zugang zu öffentlichen Leistungen, soziale Unterstützung oder Faktoren persönlicher Lebensführung (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.11-12).

Durch diese Hervorhebung der wesentlichsten Aspekte des Vorhabens können die Kerngedanken des HIA weiter verfeinert werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.12).

Qualitative und quantitative Datensammlung und –analyse:

In dieser Phase werden Beweise für die Auswirkung eines Vorhabens auf die Gesundheit der Bevölkerung gesammelt (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.13).
Es können vorhandene Daten als Informationsquelle herangezogen werden und auch neues Datenmaterial gesammelt werden (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.13).

Bei qualitativer Evidenz handelt es sich um die Meinungen, Sichtweisen, Erkenntnisse und die Wissensbasis von Stakeholdern und Schlüsselinformanten. Der Begriff quantitative Evidenz umschreibt das Informationsmaterial und Erfahrungswerte aus vorhandenen Literaturquellen (Ison, 2000b, S.56).

Abhängig von der gewählten Bewertungstiefe werden Daten in unterschiedlichem Ausmaß erfasst (Scott-Samuel et al. 2001, S.11).
Oft ist die Erlangung von neuem Wissen, welches über den partizipatorischen Ansatz generiert wird, nicht notwendig und die Verwendung von vorhandenen Daten ist aus-

reichend. Dabei kann es sich um Daten aus bereits durchgeführten Studien handeln, welche weiter analysiert werden oder es können systematische Reviews von vorhandenen Forschungsergebnissen erstellt werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.13).

Die Sammlung qualitativer Daten ist für die Durchführung von Comprehensive Health Impact Appraisals jedoch unbedingt erforderlich und auch bei einem Intermediate Health Impact Appraisal kann die Befragung von Stakeholdern eine Rolle spielen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.14).
Diese Informationen ergeben ein detailliertes Bild der involvierten Gesundheitsdeterminanten, ermöglichen ein besseres Verständnis für Erfahrungen und Erkenntnisse der in den Prozess integrierten Stakeholder und erlauben eine Einschätzung der Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.14). Weiters werden regionale Bedürfnisse und Ansprüche sozialer Gerechtigkeit erfüllt (Scott-Samuel et al. 2001, S.10).

Es können unterschiedliche Methoden zur qualitativen Datenerhebung herangezogen werden. Neben Interviews, Fokusgruppen, Befragungen, Brainstorming, Untersuchungen und Workshops (Scott-Samuel et al. 2001, S.11-12; Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.13), können auch noch folgende Methoden zur Konsensbildung herangezogen werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.16):

- **Delphi-Techniken:** Dabei handelt es sich um eine anonyme Fragenbogenerhebung mit offenen Fragen, um die Einstellung möglichst vieler Menschen zu einem bestimmten Themengebiet zu erfahren (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.16).
- **Gremien zur Konsensbildung:** Dabei handelt es sich um ein Treffen von Experten, von Laien oder um eine Versammlung von Vertretern beider Parteien, deren Ziel es ist das Verständnis für ein bestimmtes Themengebiet zu verbessern und einen Konsens in diesem Bereich zu schaffen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.16).
- **Nominal Group Process:** Teilnehmende Experten werden aufgefordert ihre Meinung zu einer bestimmten Thematik festzulegen, wobei in einem darauf folgendem Treffen über die Ergebnisse diskutiert wird und jeder die Möglichkeit hat seinen Standpunkt darzulegen. Anschließend sollen die Fachleute ihre Einstellung unter Berücksichtigung der Gruppendiskussion nochmals darlegen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.16).

Bei der Datensammlung und –analyse müssen die folgenden risikobehafteten Aspekte beachtet werden:
Das Verhältnis zwischen einigen Gesundheitsdeterminanten und dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung ist nicht ausreichend charakterisiert bzw. fehlen geeignete Methoden zu deren Bestimmung. Zusätzlich gibt es für einige Gesundheitsauswirkungen nicht genügend evidenzbasierte Datengrundlagen (Ison, 2000b, S.58).
Die Sammlung entsprechender Evidenz kann sich aufgrund komplexer Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gesundheitsdeterminanten als schwierig erweisen. Außerdem ist der Versuch einer adäquaten Folgenabschätzung eines implementierten

Vorhabens auf dynamische Systeme risikobehaftet. Aus diesem Grund sollen verschiedene Evidenzarten herangezogen werden, wobei deren Wert und potentielle Grenzen aufgezeigt werden sollen (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.14).

Folgenabschätzung und Bewertung:

In dieser Phase werden möglich Auswirkungen auf die Gesundheit, welche in den vorangegangenen Schritten identifiziert wurden, in Bezug auf ihre Art, ihr Ausmaß, ihre Messbarkeit und ihre möglichen Risiken beurteilt und charakterisiert (Public Health Advisory Committee, 2004, S.48).

Es erfolgt die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der negative Auswirkungen ein Gesundheitsrisiko darstellen bzw. positive Effekte zur Förderung der Gesundheit beitragen (Ison, 2000b, S.55).
Dabei gilt es einen möglichen Gesundheitsgewinn bzw. –verlust, die Schwere der Auswirkungen bzw. den betroffenen Bevölkerungsanteil, die Wahrscheinlichkeit und den Eintrittszeitpunkt der Folgewirkungen und die Anzahl der zugrunde liegenden evidenzbasierten Daten festzustellen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.16).

Um mögliche Folgen für die Gesundheit besser prognostizieren zu können, werden Vorhersagen, epidemiologische Analysen, mathematische Modelle oder Zukunftsszenarien entwickelt (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.13). Bei der Szenarioerstellung wird zumeist ein Basisszenario erzeugt, in dem der wahrscheinliche Gesundheitszustand der Bevölkerung ohne Verwirklichung des Vorhabens dargestellt wird. In einem weiteren Szenario wird von der vollständigen Implementierung des Vorhabens ausgegangen. Bei Bedarf kann auch ein Szenario für ein alternatives oder abgeändertes Vorhaben erstellt werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.19).

Priorisierung:

Durch einen Einstufungsprozess werden die wichtigsten Auswirkung und Folgeerscheinungen festgestellt (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.19).

Um die Effizienz des Verfahrens zu steigern, ist es ratsam die Liste der Auswirkungen einzugrenzen und nur die augenscheinlich bedeutendsten zu priorisieren. Außerdem müssen sowohl positive als auch negative Effekte berücksichtigt werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.48).

Das Ausmaß der festgelegten Prioritäten ist vom Umfang des HIA, der Tragweite des Vorhabens und der Art der identifizierten Auswirkungen abhängig (Scott-Samuel et al. 2001, S.14).

Bei der Priorisierung wird unter anderem die Evidenzstärke berücksichtigt, wobei jene Auswirkungen stärker gewichtet werden, welche in mehreren evidenzbasierten qualitativen und quantitativen Quellen erwähnt wurden. Höhere Priorität wird auch jenen Auswirkungen beigemessen, welche einen großen Anteil der Bevölkerung betreffen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten und deren Folgen als schwerwiegend

eingestuft werden. Auswirkungen, welche einen Einfluss auf die Verteilungsgerechtigkeit aufweisen und welche einen Beitrag zur Verwirklichung der bestehenden Gesundheitsziele leisten werden ebenfalls stärker priorisiert (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.19-20).

Allerdings sollten auch jene Auswirkungen Beachtung erfahren, bei denen kein offenkundiger Zusammenhang zwischen den Folgewirkungen und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung existiert, die jedoch ein hohes Maß an Übereinstimmung in den vorhandenen Quellen aufweisen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.20).

Des Weiteren kann es vorkommen, dass der Fokus auf Auswirkungen gesetzt wird, welche bereits bekannt bzw. von hohem öffentlichen Interesse sind, anstatt den Akzent auf erheblich bedeutsamere Auswirkungen zu setzen, welche möglicherweise weniger bekannt und analysiert sind (Public Health Advisory Committee, 2004, S.48).
Obwohl es weitaus einfacher ist direkte Effekte festzustellen, lohnt es sich auch indirekte Effekte und deren langfristige Veränderung und gegenseitige Beeinflussung zu bearbeiten, um die Wirksamkeit des HIA zu verbessern (Public Health Advisory Committee, 2004, S.48).

Aufgrund divergierender Wahrnehmung und Erwartungen erweist es sich als schwierig beim Priorisierungsverfahren einen Konsens zu schaffen. Um die Ansichten aller am Prozess Beteiligten einzubeziehen, wird die Festlegung auf bestimmte Kriterien empfohlen (Scott-Samuel et al. 2001, S.14).
Im Anhang befindet sich ein Instrument, welches als Unterstützung für das Priorisierungsverfahren verwendet werden kann.

<u>Alternativoptionen und Handlungsempfehlungen:</u>

In der letzten Phase des Appraisals werden Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen zur Anpassung des Vorhabens abgegeben (Public Health Advisory Committee, 2004, S.51). Es gilt zu beachten, dass die empfohlenen Maßnahmen eine fundierte Grundlage aufweisen, von der Bevölkerung akzeptiert werden können und ökonomisch durchführbar sind (Quigley et al. 2006, S.2).

Durch das Priorisierungsverfahren können Handlungsempfehlungen für die Folgewirkungen mit der höchsten Priorität getroffen werden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.20).
Auswirkungen sind jedoch nicht umkehrbar, es gilt somit zu beachten, dass die Vermeidung eines negativen Effektes, nicht zwangsläufig eine positive Wirkung hervorrufen muss (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.20).

2.5.4 Reporting (Berichterstattung)

In einem Bericht werden Prozess und Ergebnisse erfasst, um Mitwirkende zu informieren und um das Verständnis der Entscheidungsträger für die Umstände, in welchen die Empfehlungen erwachsen sind, zu erhöhen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.51).

Die Ausformung der Berichterstattung ist abhängig von der Tiefe des Bewertungsverfahrens. Im Allgemeinen erfordert ein detailliertes und umfangreiches HIA auch einen umfassenden Bericht. Die folgenden Inhalte sind der minimale Standard für die Erstellung eines Berichtes (Public Health Advisory Committee, 2004, S.51):

Der erste Berichtsentwurf enthält die Darstellung des Verfahrens, die Integration von Bevölkerungsgruppen und Organisationen, Aufzeichnungen über verwendete Ressourcen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.51) und Erkenntnisse über mögliche Ergebnisse (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.21).
Es werden die potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung festgehalten und die Optionen zur Ausweitung der positiven und Reduzierung der negativen Effekte aufgezeigt (European Centre for Health Policy, 1999, S.7).
Im zweiten Berichtsentwurf sollen Faktoren zur Beschreibung der Durchführungsgenauigkeit definiert werden, hierzu zählen der exakte Einsatz der verwendeten Methoden, sowie ein Konsens bei den vorab festgelegten Folgewirkungen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.21).

Anschließend erfolgt eine unabhängige Bewertung der beiden Berichte durch den HIA-Beirat, den Auftraggeber, Interessensgruppen und Schlüsselinformanten (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.21).

Ein beispielgebender Berichtsentwurf befindet sich im Anhang.

2.5.4.1 Beeinflussung des Entscheidungsprozesses

Nach einer Auswertung der ersten beiden Berichte, wird den Entscheidungsträgern vom Lenkungsausschuss ein abschließender Bericht vorgelegt, welcher Empfehlungen bezüglich alternativer Optionen zur Steigerung positiver und zur Minimierung negativer Auswirkungen auf die Gesundheit enthält und somit zu einer Abänderung des Vorhabens unterstützend beitragen soll (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.21; Cameron, 2000, S.7; Taylor et al. 2003d, S.1).

Bei diesem abschließenden Bericht kann es zur Festlegung von vier möglichen Empfehlungen kommen:

- Für eine evidenzbasierte Empfehlung ist nicht genug Information und Datenmaterial vorhanden, weshalb das Bewertungsverfahren fortgesetzt wird.
- Das ursprüngliche Vorhaben muss verändert werden, um positive Aspekte weiter auszubauen.
- Das ursprüngliche Vorhaben muss verändert werden, um negativen Auswirkungen zu begegnen.
- Es ist keine Maßnahme erforderlich, da es nicht möglich ist positive Effekte zu verbessern bzw. negative zu vermeiden.

(Public Health Advisory Committee, 2004, S.51-52).

Aufgrund oft fehlender Verankerung von HIA in den Statuten der Organisationen, muss auf eine optimale Informierung der Auftraggeber bzw. der politischen Entscheidungsträger besonders geachtet werden (Taylor et al. 2003d, S.2).
Es bedarf einer ausführlichen Planung dieses Schrittes, wobei sich in manchen Fällen die Integration von Mediatoren als notwendig erweist (Sprenger, 2005, S.20).
Bei abweichender Meinung innerhalb des Entscheidungsgremiums bezüglich der zu treffenden Maßnahme, kann eine Einigung mittels Verhandlung erzielt werden (Public Health Advisory Committee, 2004, S.52).

2.5.4.2 Anhaltender Dialog mit den Entscheidungsträgern

Um eine verbesserte Integration der Empfehlungen sicherzustellen, ist es wichtig die Entscheidungsträger bereits während des Verfahrens zu integrieren bzw. diesen Dialog fortzusetzen. HIA ist ein unterstützendes Instrument, komplexe Beurteilungen und Entscheidungen müssen nach wie vor von den verantwortlichen Entscheidungsträgern getroffen werden.
Der Entscheidungsprozess wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, wobei Gesundheit oft nicht die oberste Priorität darstellt. Health Impact Assessment berücksichtigt diese Aspekte und sorgt somit für eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage und verbessert die Qualität des gesamten Verfahrens (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.15).

2.5.5 Monitoring und Evaluation

2.5.5.1 Monitoring

Der Vorgang des Monitoring beschreibt die Überwachung des Prozessverlaufes und der vorab vereinbarten Maßnahmen und Methoden (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.21).
Es werden kurz- und mittelfristige Indikatoren bestimmt, um die entsprechenden Gesundheitseffekte angemessen überwachen zu können.

In manchen Fällen dauert es jedoch Jahre, bis prognostizierte Auswirkungen wirksam werden und somit ist es den Organisatoren des HIA nicht möglich diese nach Abschluss des Prozesses festzuhalten. Aus diesem Grund müssen Indikatoren zur Messung der langfristigen Effekte bestimmt und in ein anhaltendes Monitoring integriert werden (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.16).

Das Monitoring ermöglicht die Anpassung und Modifizierung von laufenden Health Impact Assessments und die durchführenden Institutionen können gemachte Erfahrungen in den weiteren Prozessverlauf einfließen lassen (Taylor et al. 2003c, S.2).
Das Ausmaß des Monitoring-Prozesses ist jedoch nicht nur von der Art und dem Inhalt des Vorhabens abhängig, sondern auch von der Wichtigkeit, mit welcher das Monitoring erachtet wird (Scott-Samuel et al. 2001, S.9).

Health Impact Assessment befindet sich in einer Entwicklungsphase und profitiert von den Erkenntnissen von jedem durchgeführten HIA, da die evidenzbasierten Datenbanken durch die gemachten Erfahrungen und Ergebnissen Erweiterung erfahren (Taylor et al. 2003c, S.2).

2.5.5.2 Evaluation

Nachdem das Vorhaben zu einem Abschluss gebracht wurde, wird noch ein Bericht verfasst. In diesem wird festgehalten, in welchem Ausmaß das HIA den Entscheidungsfindungsprozess und die Ergebnisse beeinflusst hat. Des Weiteren erfolgt ein Vergleich der abgegebenen Empfehlungen mit dem letztendlich umgesetzten Vorhaben. Dieser Bericht gibt Aufschluss über die Effektivität des HIAs und unterstützt den Evaluationsprozess (Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.16).

Die Evaluation trägt zu einer Verbesserung des Verfahrens bei, indem es mögliche Änderungen für künftige HIA aufzeigt und sowohl die Evidenzgrundlage, als auch die Wissensbasis weiterentwickelt wird (Taylor et al. 2003c, S.2).

Es gibt drei relevante Evaluationsarten:

- Die Prozessevaluation, welche Aufschluss über gemachte Erfahrungen während der Umsetzung von HIA gibt.
- Die Evaluation der Auswirkungen, welche sich mit Wert und Nutzen eines HIA auseinandersetzt (Taylor et al. 2003c, S.1) bzw. das Ausmaß darstellt mit dem die Entscheidungsträger die Empfehlungen annehmen (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.21)
- Die Ergebnisevaluation, wobei festgestellt wird, ob die erwarteten positiven Effekte verbessert und die negativen Auswirkungen reduziert werden konnten (Taylor und Blair-Stevens, 2002, S.15).

<u>Prozessevaluation:</u>

Es erfolgt eine Bewertung des gesamten Verfahrens, wobei die gemachten Erfahrungen mit den vorab vom Lenkungsausschuss festgelegten "Terms of Reference" verglichen werden (Scott-Samuel et al. 2001, S.9). Die durch die Prozessevaluation gewonnenen Informationen können sich bei der Durchführung von zukünftigen Health Impact Assessments als nützlich erweisen (Public Health Advisory Committee, 2004, S.53).

Bei der Prozessevaluation werden der gesamte Prozess (zeitliche und räumliche Vorgaben, die betroffene Bevölkerung und eingesetzte Methoden) und die verwendeten finanziellen, menschlichen und zeitlichen Ressourcen beurteilt. Des Weiteren wird bewertet wie gesundheitliche Ungleichheiten einbezogen wurden, in welcher Art und Weise Empfehlungen formuliert, priorisiert und abgegeben wurden, in welcher Form Entscheidungsträger in den Prozess integriert wurden und was integrierte Personen über den Prozess denken (Taylor et al. 2003c, S.2).

Auswirkungsevaluation:

Bei der Auswirkungsevaluation wird festgestellt wie und wann Empfehlungen von den Entscheidungsträgern angenommen und umgesetzt wurden. Falls die Empfehlungen nicht oder nur bedingt akzeptiert wurden, wird ermittelt welche Ursachen dieser Ablehnung zugrunde liegen. Außerdem wird untersucht ob den festgesetzten Zielen des HIA entsprochen wurde (Taylor et al. 2003c, S.2).

Ergebnisevaluation:

Es besteht wachsendes Interesse in die Ergebnisevaluierung, insbesondere Fragen ob der Genauigkeit der gesundheitsbezogenen Vorhersagen und Fragen nach einem messbaren Erfolg infolge der Umsetzung der getroffenen Empfehlungen erlangen besondere Beachtung (Taylor et al. 2003c, S.1).

Bei der Ergebnisevaluation werden die Vorhersagen geprüft; ob die Auswirkungen, welche nach der Modifizierung des Vorhabens prognostiziert wurden, tatsächlich eingetroffen sind. Die effektiven Auswirkungen des Vorhabens werden bestimmt und eine evidenzbasierte Informationsgrundlage wird gebildet, um die Entwicklung von ähnlichen Konzepten in naher Zukunft zu unterstützen. Der Kosten-Nutzen Faktor bzw. die Frage nach einer zusätzlichen Wertsteigerung in Bezug auf die investierten Ressourcen werden ermittelt (Ison, 2000b, S.66).

Die Evaluation der vorhergesagten Auswirkungen ist in der Praxis jedoch nur erschwert durchführbar. Auch die erfolgreiche Vermeidung einer negativen Auswirkung lässt sich derzeit nur unzureichend erfassen (Scott-Samuel et al. 2001, S.9).
Die Ursache liegt in einem Mangel an geeigneten Methoden zur Messung des Erfolges, außerdem ist die Evaluation von langfristigen Ergebnissen für viele HIA zu ressourcenintensiv (Taylor et al. 2003c, S.1).

Eine umfassende Ergebnisevaluation ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt oft nicht durchführbar (Taylor et al. 2003c, S.1), es ist jedoch möglich einen Vergleich zwischen den vorab angenommenen und den tatsächlich eingetretenen Ergebnissen zu ziehen, wobei der Bezug sowohl zum ursprünglichen, als auch zum letztendlich umgesetzten Vorhaben hergestellt werden kann (Scott-Samuel et al. 2001, S.9).

2.6 Zusammenfassung

In den letzten 10 bis 15 Jahren wurden Ansätze, welche den Gesundheitsaspekt miteinbeziehen, verstärkt gefördert und mit Nachdruck weiterentwickelt, somit wurde HIA in das Programm von nationalen und internationalen Organisationen und Regierungen aufgenommen. Dies geschah vor allem in Ländern, in denen der "Health in All Policies" Gedanke bereits fest verankert war, welcher besagt, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht nur vom Gesundheitssektor, sondern von allen politischen Bereichen (Transport-, Bildungs-, Beschäftigungs-, Wirtschaftssektor etc.) beeinflusst wird.

Bei einem Health Impact Assessment werden die Auswirkungen einer Politik, eines Programms oder eines Projektes auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. einer Bevölkerungsgruppe beurteilt. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die gerechte Verteilung von Gesundheit, die Einbindung der betroffenen Bevölkerung in den Prozess, die ethische Verwendung der Evidenz und eine nachhaltige Entwicklung gelegt.

Es gibt drei Arten Health Impact Assessment umzusetzen (Rapid Appraisal, Intermediate Appraisal und Comprehensive Appraisal), wobei die einzelnen Bewertungsverfahren je nach vorhandener Zeit und zur Verfügung stehender Ressourcen variieren. Bei einem Rapid Health Impact Appraisal ist der Zeit- und Ressourcenaufwand am geringsten, bei einem Comprehensive Health Impact Appraisal am größten.
Grundsätzlich besteht ein HIA aus fünf Prozessphasen (Screening, Scoping, Appraisal, Reporting und Monitoring/Evaluation), welche je nach gewähltem Bewertungsverfahren mit unterschiedlicher Intensität ausgeführt werden.
Eine eindeutige Abgrenzung der einzelnen Schritte ist nicht immer möglich. Die Prozessphasen können überlappen oder eine bereits durchgeführte Aufgabe kann zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden, um zusätzliche Informationen zu erlangen.
Im Allgemeinen gilt zu beachten, dass der gesamte Verfahrensablauf von den zur Verfügung stehenden Ressourcen, der vorhandenen Zeit und der jeweiligen Fragestellung des HIAs beeinflusst wird. Daraus lässt sich ableiten, dass es wichtig ist, die Einzigartigkeit eines jeden HIAs zu erkennen und das Verfahren an die jeweilige Situation anzupassen.

3 Einführung in das Grundkonzept von UVP / SUP

Um dem Leser ein besseres Verständnis der GVP-Thematik zu vermitteln, wird im folgenden Kapitel zuerst ein kurzer Überblick über die Umweltverträglichkeitsprüfung und die Strategische Umweltprüfung gegeben. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird zumeist im Zuge eines UVP/SUP Verfahrens durchgeführt, deshalb ist es wichtig über die Grundzüge dieser beiden Konzepte Bescheid zu wissen.

Im Allgemeinen beschäftigt sich die Umweltverträglichkeitsprüfung mit den umweltbezogenen Risiken bestimmter Projekte und die Strategische Umweltprüfung bewertet die Auswirkungen von bestimmten Plänen und Programmen auf die Umwelt (Welteke, 2001, S.8).

In diesem Kapitel wird zuerst auf die gesetzliche Grundlage für UVP/SUP auf europäischer Ebene eingegangen, gefolgt von Definitionen und der Beschreibung von Zielen, Potentialen und Inhalten der beiden Instrumente. Im Anschluss an die Darstellung von Verfahren und Methoden, wird die Situation in Deutschland und Österreich beleuchtet, wobei vor allem auf Aspekte in Österreich näher eingegangen wird. Sowohl für Deutschland, als auch für Österreich werden die Entwicklung und die gesetzlichen Grundlagen von UVP und SUP aufgezeigt. Außerdem werden die jeweiligen Praxiserfahrungen dargestellt und Aussagen bezüglich der Wirksamkeit getroffen, wobei die letzten beiden Punkte nur im Rahmen der Strategischen Umweltprüfung beleuchtet werden.

3.1 UVP / SUP auf europäischer Ebene

Die erste gesetzliche Grundlage für die Umweltverträglichkeitsprüfung war die Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1985 über die Umweltverträglichkeitsprüfung bei bestimmten öffentlichen und privaten Projekten, welche 1997 und 2005 neu gefasst wurde (Abl. E6 Nr. L 175/40).
Die Richtlinie gibt die Verfahrensschritte vor und beschreibt jene Projekte, bei denen eine Umweltverträglichkeitsprüfung durchzuführen ist (Abl. E6 Nr. L 175/40).
Seit damals ist die Umweltverträglichkeitsprüfung in den EU Statuten gesetzmäßig verankert und ist somit für alle Mitgliedsstaaten bei den in der Richtlinie festgelegten Projekten verpflichtend durchzuführen (Blau et al. 2006, S.217).

1991 wurde von der UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) die "Konvention zur Umweltverträglichkeitsprüfung im grenzüberschreitenden Kontext" festgelegt. Die so genannte Espoo-Konvention regelt demnach UVP-Verfahren, welche mehrere Mitgliedstaaten betreffen (Aschemann, 2004, S.13).

Die Europäische Kommission hatte bereits in den 80er Jahren die Idee auch ein Instrument zur Prüfung der Umweltverträglichkeit auf der Planungsebene einzusetzen, konnte ihren Vorschlag anfangs jedoch nicht durchsetzen (Arbter, 2004, S.29).

Nach langjährigen Verhandlungen wurde am 27. Juni 2001 der Anstoß zur europaweiten Einführung und Umsetzung der Strategischen Umweltprüfung durch den Beschluss der SUP-Richtlinie gegeben (Arbter, 2004, S.29-31). Es handelt sich um die "Richtlinie 2001/42/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Prüfung der Umweltauswirkungen bestimmter Pläne und Programme" (Richtlinie 2001/42/EG), welche am 21. Juli 2001 durch die Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft L197/30 in Kraft getreten ist (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP).
Die Umsetzung dieser Richtlinie in nationales Recht in den jeweiligen EU-Mitgliedsstaaten musste innerhalb von drei Jahren, bis spätestens 21. Juli 2004 erfolgt sein (Arbter, 2004, S.13).
Diese Frist wurde jedoch von einigen Ländern (unter anderem Deutschland und Österreich) nicht eingehalten, näheres dazu in den Kapiteln 3.4 und 3.5.

2003 wurde von der Europäischen Kommission ein unterstützender Leitfaden zur Umsetzung der SUP-Richtlinie herausgegeben, welcher in Zusammenarbeit mit einigen Mitgliedstaaten, unter anderem Österreich, erarbeitet wurde (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP).

Eine weitere internationale Rechtsgrundlage wurde durch das SUP-Protokoll zur Espoo-Konvention der UNECE geschaffen, welches am 21. Mai 2003 in Kiew von damals 30 Staaten unterzeichnet wurde und umweltbezogene Auswirkungen von Plänen und Programmen im grenzüberschreitenden Kontext berücksichtigt. Es tritt in Kraft nachdem es von 16 Staaten ratifiziert wurde. Zum derzeitigen Stand (Mai 2007) haben es 38 Staaten unterzeichnet und nur von sechs Staaten wurde es bisher ratifiziert, unter anderem von Deutschland am 22. Februar 2007 (United Nations Economic Commission for Europe – UNECE).
Die UNECE hat zur Unterstützung des SUP-Protokolls im April 2007 ein so genanntes "SEA Manual" (ein Handbuch zur Strategischen Umweltprüfung) veröffentlicht (United Nations Economic Commission for Europe, 2007a). Derzeit (Stand Mai 2007) wird an einem Kapitel zum Thema Gesundheit gearbeitet, wobei vom 15. April 2007 bis zum 15. Juli 2007 ein "Draft for Consultation" (Entwurf) auf der UNECE-Homepage zur Begutachtung zur Verfügung steht (United Nations Economic Commission for Europe, 2007b).

Die Europäische Kommission hatte am 23. Juni 2003 einen Bericht veröffentlicht, in welchem die Anwendung und der Nutzeffekt der 1997 neu gefassten UVP-Richtlinie für den Zeitraum 1997 bis 2002 evaluiert wurde (KOM (2003) 334).
Für 2007 wurde ein Bericht der Europäischen Kommission angekündigt, welcher die Umsetzung und den Nutzeffekt der SUP-Richtlinie evaluiert. Da sich die für den 21. Juli 2004 geplante Einführung von SUP in vielen Mitgliedstaaten verzögert hat, ist der Bericht noch in Bearbeitung und eine Fertigstellung ist vor Ende diesen Jahres auch nicht zu erwarten (Sabine Mayer, 13.04.2007, siehe Anhang I).

3.2 Definition und Begriffsbestimmung von UVP/SUP

3.2.1 Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)

Die Umweltverträglichkeitsprüfung, oder Environmental Impact Assessment (EIA), wie das Instrument im Englischen heißt (Blau et al. 2006, S.217), wird als "*Gesamtverfahren der systematischen Prüfung der Umwelt- (und Gesundheitsbelange) mit allen Teilschritten, einschließlich der Prüfung und Bewertung der gutachterlichen Untersuchungen durch die im Genehmigungsverfahren zuständigen Behörden*" definiert (Kobusch et al. 1997, S.14).

3.2.2 Strategische Umweltprüfung (SUP)

Die Strategische Umweltprüfung wird im deutschen Sprachraum als Übersetzung für das aus dem Englischen kommende Instrument Strategic Environmental Assessment (SEA) anerkannt (Arbter, 2004, S.17).

Im englischen Originaldokument des SUP-Protokolls der UNECE, Artikel 2, Absatz 6, wird die Strategische Umweltprüfung wie folgt definiert: "*the evaluation of the likely environmental, including health, effects, which comprises the determination of the scope of an environmental report and its preparation, the carrying-out of public participation and consultations, and the taking into account of the environmental report and the results of the public participation and consultation in a plan or programme*" (United Nations Economic Commission for Europe, 2003, Artikel 2(6)).
Diese Definition umfasst die potentiellen Auswirkungen auf die Umwelt und die Gesundheit, die Verfassung eines Umweltberichtes und die Konsultation der Öffentlichkeit, wodurch den Anforderungen der SUP-Richtlinie weitgehend entsprochen wird (Arbter, 2004, S.21).

Es gibt noch weitere Definitionen für Strategische Umweltprüfung, deren Auflistung würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es sei aber erwähnt, dass alle SUP Definitionen folgendes gemeinsam haben (Arbter, 2004, S.50):

- SUP wird als Prozess beschrieben, und nicht als Studie.
- Das Einsatzgebiet der SUP ist die strategische Planungsebene.
- SUP zeigt alternative Lösungsmöglichkeiten für Pläne und Programme auf und bewertet deren Auswirkungen auf die Umwelt.

In Anlehnung an die SUP-Richtlinie der EU, welche bei der Prüfung von Umweltauswirkungen ausschließlich auf Pläne und Programme Bezug nimmt, wird SUP auch in dieser Arbeit nur im Zusammenhang mit Plänen und Programmen angeführt (Richtlinie 2001/42/EG). Der Vollständigkeit halber sei jedoch erwähnt, dass in manchen Fachpublikationen zusätzlich noch auf Politiken verwiesen wird. Diese Abweichung kam bei der Erstellung der SUP-Richtlinien zustande, da in Bezug auf die Politiken keine Einigung zwischen dem Europäischem Parlament, dem Rat und den Mitgliedsstaaten erzielt werden konnte (Arbter, 2004, S.30-31,50).

Im Zuge der Befragung von Experten wurde deutlich, dass die Ausweitung der Strategischen Umweltprüfung auf die politische Ebene auch in naher Zukunft nicht zu erwarten ist (Ursula Platzer-Schneider, 02.04.2007; Sabine Mayer, 13.04.2007; Ralf Aschemann, 26.04.2007; siehe Anhang I). Sabine Mayer vom Umweltbundesamt spricht jedoch langfristig gesehen von einer möglichen Erweiterung um den Politikbereich (Sabine Mayer, 13.04.2007, siehe Anhang I).

3.3 Schlüsselkonzepte und Prinzipien von UVP/SUP

3.3.1 Ziele, Potentiale und Inhalte

3.3.1.1 Ziele

Das Ziel der UVP ist die Auswirkung von bestimmten Projekten (z.B. den Bau von industriellen Anlagen, Mülldeponien oder Umfahrungsstraßen) auf die Umwelt zu bewerten (Kobusch et al. 1997, S.44).

Das Ziel von SUP ist die Analyse der Auswirkung bestimmter Pläne und Programme auf die Umwelt (Arbter, 2004, S.5).
Dabei geht es um die Bewertung von Maßnahmen, wobei Umweltaspekte, gemeinsam mit wirtschaftlichen und sozialen Belangen und somit auch Fragen der nachhaltigen Entwicklung berücksichtigt werden, um den durchführenden Organisationen informierte Entscheidungen zu ermöglichen (Arbter, 2004, S.3,50).
Die Integration betroffener Interessensgruppen für die Erfassung von umweltbezogenen Aspekten ist für den Prozess von großer Bedeutung (Arbter, 2004, S.5).

3.3.1.2 Nutzen und Potentiale

Die folgenden Punkte beschreiben den Nutzen bzw. das Potential der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. der Strategischen Umweltprüfung (Arbter, 2004, S.22-24):

- Bei der Umsetzung von Projekten (UVP) bzw. Plänen und Programmen (SUP) werden Umweltaspekte rechtzeitig erfasst und integriert, wodurch der Entwicklungsprozess verbessert wird.
- Verschiedene Alternativen werden analysiert, um eine optimale Zielerreichung zu gewährleisten.
- Die Entscheidungsträger werden mit zusätzlichen umweltbezogenen Informationen versorgt.
- Durch die umfassende Abwägung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Alternativen, wird der Planungsprozess objektiviert (SUP).
- Durch die Einbindung der Öffentlichkeit werden die breite Akzeptanz und die Demokratisierung erhöht und durch die Erstellung einer Umweltverträglichkeitserklärung (UVP) bzw. eines Umweltberichtes (SUP) wird der Prozess nachvollziehbar und transparent.

3.3.1.3 Inhalte von UVP und SUP

Die SUP ist eine Weiterentwicklung und sinnvolle Ergänzung des UVP-Ansatzes, welcher sich ausschließlich auf die Projektebene bezieht (Arbter, 2004, S.24).
Die Abbildung 6 zeigt den unterschiedlichen Anwendungsbereich von SUP und UVP.

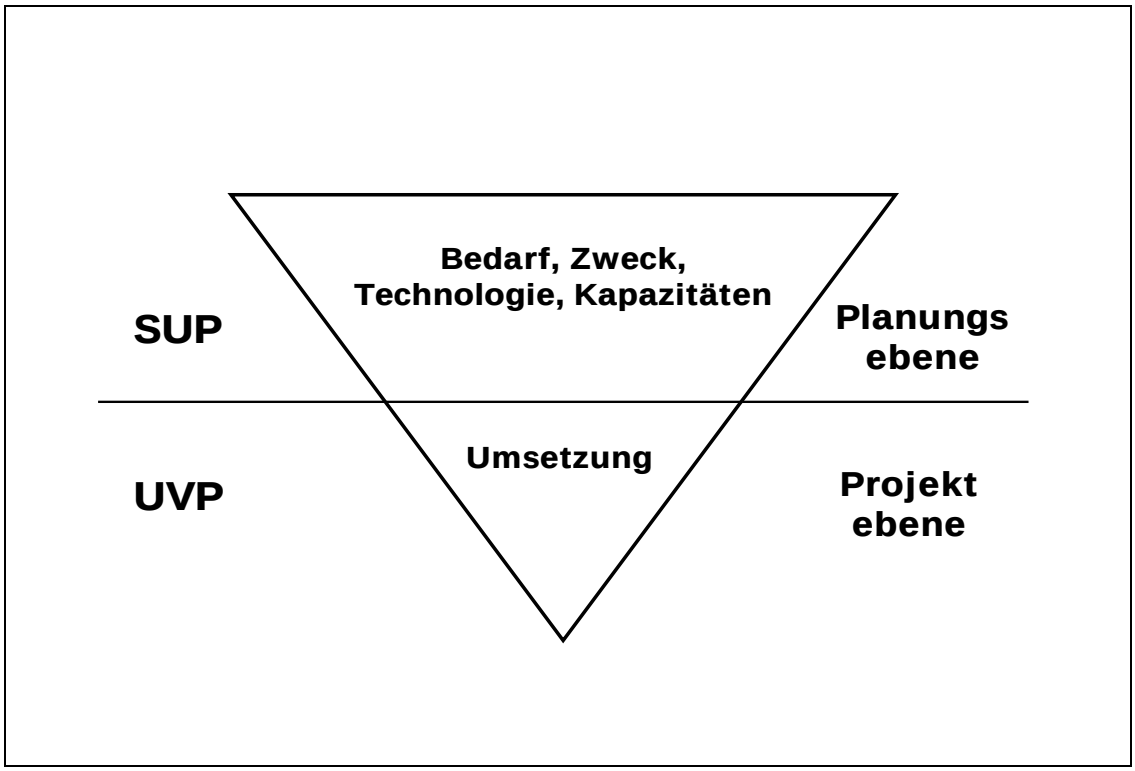

Abbildung 6 Anwendungsbereiche von UVP und SUP
(nach Arbter, 2004, S.25)

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Beachtung von Umweltbelangen bei ausgeformten Projekten zu spät sein kann und es sinnvoll wäre Umweltfragen bereits in die strategische Planung aufzunehmen. Dadurch können Umweltaspekte schon im Planungsprozess bestimmter Maßnahmen und Entscheidungen beachtet werden und umweltbedingte Gesundheitsrisiken frühzeitig erkannt und somit reduziert bzw. vermieden werden (Arbter, 2004, S.24,27).

Durch den breiten Untersuchungsrahmen der SUP können Wechselwirkungen indirekter Gesundheitsauswirkungen erfasst werden, was im Rahmen einer UVP nur bedingt möglich ist (Arbter, 2004, S.28).

In der Tabelle 4 werden die wesentlichen Unterschiede zusammengefasst.

Tabelle 4 Die wesentlichen Unterschiede zwischen UVP und SUP
(nach Arbter, 2004, S.25)

Umweltverträglichkeitsprüfung	Strategische Umweltprüfung
Umsetzung bei einzelnen Projekten	Umsetzung auf strategischer Ebene (Pläne und Programme)
Verbesserung von einzelnen Projekten	Verbesserung der strategischen Planungsebene
Beachtung von direkten Effekten in der unmittelbaren Umgebung des Projektes	Beachtung von weit reichenden Auswirkungen, indirekten Folgewirkungen und Wechselwirkungen
Tiefgehendes Untersuchungsverfahren	Breitangelegtes Untersuchungsverfahren
Passives Instrument (aufgrund der Anfrage eines Projektwerbers durchgeführt)	Aktives Instrument (von den planenden Akteuren bei Bedarf durchgeführt)

Auch bei den definierten Schutzgütern der beiden Instrumente lässt sich eine geringfügige Abweichung erkennen. Bei der SUP wurde zusätzlich die "biologische Vielfalt" genannt und das Schutzgut "Mensch" (UVP) wurde durch die Bezeichnung "Bevölkerung und Gesundheit des Menschen" (SUP) ersetzt. Die Bereiche "Fauna, Flora, Boden, Wasser, Luft, klimatische Faktoren" und die "Landschaft" blieben im Grunde gleich. Die zu schützenden "Sach- und Kulturgüter" (UVP) wurden weiterentwickelt in "Sachwerte, das kulturelle Erbe einschließlich der architektonisch wertvollen Bauten und der archäologischen Schätze" (BGBl. Nr. 679/1993, §1(1); Richtlinie 2001/42/EG, Anhang I,f).

3.3.2 Verfahren und Methoden

Eine UVP wird durch die Vorlage eines Antrages und einer Umweltverträglichkeitserklärung (UVE), eingereicht durch den Projektwerber, eingeleitet. Die UVE enthält die Beschreibung des Vorhabens, dessen mögliche Auswirkungen, die wichtigsten Alternativoptionen und Vorschläge um die Auswirkungen zu reduzieren (Umweltbundesamt).
Diese Unterlagen werden in der betroffenen Gemeinde und bei der verantwortlichen UVP-Behörde zur öffentlichen Einsicht aufgelegt (Umweltbundesamt).
Die UVP-Behörde bestellt Sachverständige aus den betroffenen Fachbereichen, welche die potentiellen Auswirkungen des Vorhabens bewerten (Umweltbundesamt).
Im Rahmen einer mündlichen Verhandlung wird das Vorhaben diskutiert und die betroffenen Akteure können ihre Interessen vertreten (Umweltbundesamt).
Die Entscheidung über die Zulässigkeit des Vorhabens wird von der UVP-Behörde getroffen und in einem Genehmigungsbescheid festgelegt. Dieser wird zur öffentlichen Einsicht aufgelegt (Umweltbundesamt).
Vor der Inbetriebnahme wird das Vorhaben von der Behörde noch einmal überprüft und durch einen Abnahmebescheid freigegeben (Umweltbundesamt).
Drei bis fünf Jahre nach der Fertigstellung erfolgt eine Nachkontrolle (Umweltbundesamt).

Ähnlich dem HIA wird bei einer Strategischen Umweltprüfung zuerst ein Screening durchgeführt, um festzustellen ob eine SUP erforderlich ist (Arbter, 2004, S.38).

Wenn die Notwendigkeit für eine SUP gegeben ist, werden die Ziele des Vorhabens ermittelt und der gegenwärtige Status beschrieben. Nachdem durch das Scoping der inhaltliche Rahmen festgelegt wurde, werden Möglichkeiten zur Erreichung der vorab gesteckten Ziele erarbeitet (Arbter, 2004, S.39). Die aufgedeckten Optionen werden bewertet und gemeinsam mit allen weiteren Erkenntnissen in einem Umweltbericht zusammengefasst (Aschemann, 2004, S.20). Nachdem eine Entscheidung, unter Berücksichtigung der UVP/SUP-Ergebnisse getroffen wurde, wird diese begründet und veröffentlicht (Arbter, 2004, S.39). Bei der Strategischen Umweltprüfung wird im Gegensatz zur Umweltverträglichkeitsprüfung im Anschluss an das Verfahren noch ein Monitoring durchgeführt (Arbter, 2004, S.39).

An der Umsetzung des UVP-Prozesses sind im Allgemeinen die Projektwerber, Verfahrensbeteiligte (Klaffl et al. 2006, S.65), "*die Genehmigungsbehörde, das Planungs- und Umweltamt, weitere betroffene Fachbehörden (wie z.B. Landschaftsbehörde und Wasserschutzbehörde), UVP-Büros und die Öffentlichkeit*" beteiligt (Kobusch et al. 1997, S.45).
An der Umsetzung des SUP-Prozesses sind im Allgemeinen die planaufstellende Behörde, die zu konsultierende/n Umweltstelle/n bzw. relevante/n Umweltbehörde/n, sowie die Gemeinde (Ursula Platzer-Schneider, 02.04.2007, siehe Anhang I), die betroffenen Abteilungen der Landesregierungen und Ministerien (Sabine Mayer, 13.04.2007, siehe Anhang I) und die Öffentlichkeit beteiligt. Bei grenzüberschreitenden Auswirkungen werden auch die relevanten Stellen des betroffenen Staates integriert (Ralf Aschemann, 26.04.2007, siehe Anhang I).

Es ist wichtig die beteiligten Akteure frühzeitig in den Prozess einzubinden und hinlänglich über mögliche Vor- und Nachteile in Kenntnis zu setzen (Klaffl et al. 2006, S.5). Speziell bei der Integration der Öffentlichkeit sind die Beachtung des Teilnahme- und Stellungnahmerechtes und eine ausreichende Informierung von großer Bedeutung (Umweltbundesamt).
Die Berücksichtigung dieser Punkte ist ausschlaggebend um die Rechte der Beteiligten sicherzustellen, eine umfassende Information über den Entscheidungsprozess zu gewährleisten und dadurch die breite Akzeptanz des Vorhabens zu verbessern (Klaffl et al. 2006, S.10).

3.4 UVP/SUP in Deutschland

3.4.1 Entwicklung und Gesetzliche Grundlage (UVP/SUP)

Die Umweltverträglichkeitsprüfung wird in Deutschland durch das "Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung" geregelt. Das Gesetz wurde am 12. Februar 1990 verabschiedet, am 25. Juni 2005 neu gefasst und am 21. Dezember 2006 zuletzt geändert (BGBl. I 1990,205).
Im Gesetz über die Prüfung der Umweltverträglichkeit werden unter anderem allgemeine Vorschriften und Voraussetzungen für die Durchführung, Verfahrensschritte und besondere Verfahrensvorschriften geregelt. Mit der Neufassung vom 25. Juni 2005 wurde die Strategische Umweltprüfung in das UVP Gesetz integriert und in Teil 3 geregelt (BGBl. I 1990,205). Für die SUP wurden die Voraussetzungen, die Verfah-

rensschritte und die Integration umwelt- und gesundheitsbezogener Behörden festgelegt (BGBl. I 1990,205, Teil 3).
Als Anlage sind jene Projekte, Pläne und Programme gelistet, welche einem UVP- bzw. SUP-Verfahren unterzogen werden müssen. Die Beschreibung von UVP-pflichtigen Projekten umfasst 19 Sammelbegriffe (z.B. Wärmeerzeugung, Bergbau und Energie; Stahl, Eisen und sonstige Metalle; chemische Erzeugnisse, Arzneimittel; Nahrungsmittel; Verwertung und Beseitigung von Abfällen, Kernenergie, wasserwirtschaftliche Vorhaben, Verkehrsvorhaben, Bauvorhaben) und zahlreiche Unterpunkte (BGBl. I 1990,205, Anlage 1).
Die Liste der SUP-pflichtigen Pläne und Programme beschreibt 2 Hauptgruppen (Obligatorische Strategische Umweltprüfung nach § 14b Abs. 1 Nr. 1 und Strategische Umweltprüfung bei Rahmensetzung nach § 14b Abs. 1 Nr. 1) und 14 Unterpunkte (z.B. Verkehrswegeplanungen, Hochwasserschutzpläne, Raumordnungsplanungen, Bauleitplanungen, Lärmaktionspläne, Abfallwirtschaftskonzepte) (BGBl. I 1990,205, Anlage 2).

3.4.2 Erfahrungen in der Praxis (SUP)

Wie schon zuvor erwähnt gibt es in Deutschland ein bundesweit einheitliches SUP-Gesetz, welches in das bestehende UVP-Gesetz integriert wurde. Die SUP-Richtlinie wurde in weiterer Folge auch in die jeweiligen Materiengesetze eingebunden.
Da die SUP-Situation in Deutschland nur überblicksartig beleuchtet wird, würde die Auflistung der einzelnen gesetzlichen Bestimmungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Falls der Leser jedoch Interesse an den gesetzlichen Ausführungen bekundet, verweist die Autorin auf die im Literaturverzeichnis genannten Internetquellen des Umweltbundesamtes für Mensch und Umwelt und des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit.
Da die Praxiserfahrungen mit SUP in Deutschland ebenfalls sehr umfangreich sind, erachtete es die Autorin auch in diesem Fall als sinnvoll den Leser bei vorliegendem Interesse an die relevante Fachliteratur zu verweisen. Eine umfassende Übersicht über wesentliche Literaturquellen bietet die deutsche UVP-Gesellschaft in ihren UVP-Reports. Im April 2005 wurde in diesem Rahmen ein Schwerpunktheft zum Thema "SUP – von der Richtlinie über die Umsetzung in die Praxis" herausgegeben (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I). Die notwendigen Verknüpfungen befinden sich im Literaturverzeichnis (Deutsches UVP-Netz).

3.4.3 Wirksamkeit von SUP

Weder die Recherche der vorhandenen Literatur, noch die Befragung von Experten (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I) ermöglichte es der Autorin, Aussagen in Bezug auf die Wirksamkeit von SUP in Deutschland zu treffen.

3.5 UVP/SUP in Österreich

3.5.1 Entwicklung und Gesetzliche Grundlage (UVP/SUP)

Die UVP-Richtlinie der EU wird in Österreich seit 1993 durch das UVP-G 2000 in den jeweiligen Fassungen umgesetzt (BGBl. Nr. 679/1993, §1(2)).

Das Gesetz regelt die Analyse und Bewertung bestimmter Projekte unter Beteiligung der Öffentlichkeit. Eine Auflistung der UVP-pflichtigen Vorhaben befindet sich im Anhang der Richtlinie (BGBl. Nr. 679/1993).

Das Umweltbundesamt hat 2006 eine Studie veröffentlicht, in welcher die Umweltverträglichkeitsprüfung in Österreich evaluiert wurde. Das Ziel der Studie war die Darstellung der Wirksamkeit bzw. der Qualität von Umweltverträglichkeitsprüfungen und die Feststellung ob sich die UVP positiv auf die Umwelt auswirkt (Klaffl et al. 2006, S.5).

Die SUP-Richtlinie der EU, welche bis zum 20. Juli 2004 europaweit umzusetzen war, resultierte in Österreich in keinem einheitlichen Stammgesetz, sondern in einer Vielzahl von Materiengesetzen (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.21).
Bundes- und Landesgesetze wurden novelliert, um den Anforderungen der SUP-Richtlinie zu entsprechen (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.21-22).

Auf Bundesebene sind der Abfall-, Lärm-, Luft-, Wasser- und Verkehrssektor von der SUP-Richtlinie betroffen, auf Landesebene handelt es sich um den Raumordnungs-, Abfall-, Lärm-, Verkehrs-, Naturschutz- und den Jagd-, Fischerei- und Landwirtschaftssektor (Mayer, 2006, F.5).

Die Umwelt ist demnach eine so genannte Querschnittsmaterie, da in manchen Bereichen der Bund und in anderen die Länder bzw. Gemeinden für die Planung verantwortlich sind. Bei der Raumordnung zum Beispiel besitzt der Bund lediglich rahmengebende Kompetenz, die Gesetzgebung und Vollziehung liegt im Verantwortungsbereich der Länder (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.20).

Die folgende Tabelle gibt nun einen Überblick über die Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Bundesebene (Stand Mai 2007). In der Spalte "Umsetzung der SUP-Richtlinie" werden jene Paragraphen des jeweiligen Gesetzes genannt, die sich mit SUP befassen.

Tabelle 5 Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Bundesebene
(nach BGBl. I Nr. 82/2003; BGBl. I Nr. 155/2004; BGBl. I Nr. 60/2005; BGBl. I Nr. 96/2005; BGBl. Nr. 34/2006)

Gesetz	Quellenverweis	Umsetzung der SUP-Richtlinie
Wasserrechtsgesetz und Wasserbautenförderungsgesetz; Novelle 2003	BGBl. I Nr. 82/2003	Umsetzung der EU-Wasserrahmenrichtlinie und der SUP-Richtlinie im Bereich der wasserwirtschaftlichen Planung auf Bundesebene (Umweltbundesamt) § 55i Beteiligung der Öffentlichkeit bei der Erstellung von Nationalen Gewässerbewirtschaftungsplänen § 55j Umweltprüfung für andere wasserwirtschaftliche Pläne § 55k Nationale, Supra- und internationale Berichte
Abfallwirtschaftsgesetz; AWG-Novelle 2004	BGBl. I Nr. 155/2004	Umsetzung der Öffentlichkeitsbeteiligungsrichtlinie und der SUP-Richtlinie im Bereich der Abfallwirtschaft auf Bundesebene (Umweltbundesamt) § 8 Bundes-Abfallwirtschaftsplan § 8a Umweltprüfung § 8b Grenzüberschreitende Konsultationen bei einer Umweltprüfung Anhang 7 Strategische Umweltprüfung – Bundes-Abfallwirtschaftsplan
Bundes-Umgebungslärmschutzgesetz – Bundes-LärmG; Novelle 2005	BGBl. I Nr. 60/2005	Umsetzung der Umgebungslärmrichtlinie und der SUP-Richtlinie im Bereich des Lärmschutzes auf Bundesebene (Umweltbundesamt) § 6 Strategische Umgebungslärmkarten § 7 Aktionspläne § 8 Umweltprüfung § 9 Grenzüberschreitende Konsultationen bei einer Umweltprüfung
Bundesgesetz über die strategische Prüfung im Verkehrsbereich (SP-V-Gesetz); Novelle 2005	BGBl. I Nr. 96/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie im Verkehrsbereich auf Bundesebene (Umweltbundesamt) § 3 Anwendungsbereich der strategischen Prüfung § 5 Strategische Prüfung § 6 Umweltbericht § 7 Grenzüberschreitende Umweltauswirkungen
Umweltrechtanpassungsgesetz 2005; Änderung des PKW-Verbraucherinformationsgesetzes, Abfallwirtschaftsgesetzes 2002, Emissionszertifikatsgesetzes und Immissionsschutzgesetzes-Luft	BGBl. Nr. 34/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für Maßnahmenprogramme zur Reduktion von Emissionen im Verkehrsbereich auf Bundesebene (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP) § 9a Erstellung von Programmen § 9c Umweltprüfung und Beteiligung der Öffentlichkeit § 9d Grenzüberschreitende Konsultationen bei einer Umweltprüfung

Die Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Länderebene wurde von der so genannten Länderarbeitsgruppe vorbereitet. Vertreter aller Bundesländer haben an der Interpretation der Richtlinie und an konkreten Handlungsvorschlägen gearbeitet, um die Umsetzung in Österreich möglichst einheitlich zu gestalten.
Es wurde ein Endbericht erarbeitet, welcher von den Leitern der Ämter der Landesregierungen am 29. Oktober 2003 angenommen wurde (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP).

Im Zuge der "Österreichischen Raumordnungskonferenz" (ÖROK) wurde eine separate Arbeitsgruppe eingeführt, deren Ziel ebenfalls die Erarbeitung einer einheitlichen

nationalen Umsetzung der SUP-Richtlinie war. Das Endprodukt der Arbeitsgruppe war ein Methodenpapier, welches 2004 veröffentlicht wurde (Österreichische Raumordnungskonferenz, 2004).

Die folgende Tabelle zeigt die tatsächliche Umsetzung auf Landesebene (Stand Mai 2007), wobei in der Spalte "Umsetzung der SUP-Richtlinie" jene Paragraphen des jeweiligen Gesetzes genannt werden, die sich mit SUP befassen.

Tabelle 6 Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Landesebene
(nach LGBl. Nr. 10/2006; LGBl. Nr. 17/2006; LGBl. Nr. 18/2006; LGBl. Nr. 19/2006; LGBl. Nr. 26/2005; LGBl. Nr. 36/2006; LGBl. Nr. 115/2005; LGBl. Nr. 44/2006; LGBl. 3/2004; LGBl. Nr. 19/2005; LGBl. Nr. 34/2005; LGBl. Nr. 35/2005; LGBl. Nr. 33/2005; LGBl. Nr. 1/2006; LGBl. Nr. 22/2006; LGBl. Nr. 13/2005; LGBl. Nr. 25/2004)

Gesetz	Quellen-verweis	Umsetzung der SUP-Richtlinie
Änderung der Wiener Bauordnung	LGBl. Nr. 10/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für Flächenwidmungs- und Bebauungspläne und der Richtlinie zur Beherrschung der Gefahren bei schweren Unfällen in Wiener Landesrecht (Umweltbundesamt) § 2(1a, 1b, 1c, 1d) § 2 (3a)
Änderung des Wiener Abfallwirtschaftsgesetzes (Wr.AWG)	LGBl. Nr. 17/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für abfallwirtschaftliche Planung in Wiener Landesrecht (Umweltbundesamt) § 2a Umweltprüfung (das Abfallwirtschaftskonzept der Stadt Wien ist künftig einer Umweltprüfung zu unterziehen) § 2b Umweltbericht § 2c Beteiligung der Öffentlichkeit und der Wiener Umweltanwaltschaft § 2d Grenzüberschreitende Konsultationen bei der Umweltprüfung § 2e/f Entscheidungsfindung/Bekanntgabe der Entscheidung §2g Überwachung § 53 Anhang I Informationen für den Umweltbericht § 53 Anhang II Kriterien für die Bestimmung der voraussichtlichen Erheblichkeit von Umweltauswirkungen
Änderung des Wiener Nationalparkgesetzes	LGBl. Nr. 18/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für den fischereilichen Managementplan, den Naturraum- und Managementplan, den jagdlichen Managementplan und die Nationalparkverordnung in Wiener Landesrecht (Umweltbundesamt) § 8a Umweltprüfung § 8b Umweltbericht § 8c Beteiligung der Öffentlichkeit und der Wiener Umweltanwaltschaft § 8d Grenzüberschreitende Auswirkungen § 8e/f Entscheidungsfindung/Bekanntgabe der Entscheidung §8g Überwachung § 23 Anhang I Informationen für den Umweltbericht § 23 Anhang II Kriterien für die Bestimmung der voraussichtlichen Erheblichkeit von Umweltauswirkungen
Wiener Umgebungslärmschutzgesetz (Gesetz über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm)	LGBl. Nr. 19/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für die strategische Planung im Lärmbereich in Wiener Landesrecht (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP) § 1 Ziel des Gesetzes: 1. die Bewertung von Umgebungslärm anhand von Strategischen Lärmkarten und Konfliktplänen; 2. die Verhinderung und Minderung von Umgebungslärm anhand von Aktionsplänen; 3. die Sicherstellung der Information der Öffentlichkeit über Umgebungslärm und seine Auswirkungen.

Gesetz	Quellen-verweis	Umsetzung der SUP-Richtlinie
Änderung des Niederösterreichischen Raumordnungsgesetzes 1976	LGBl. Nr. 26/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie für die Raumordnung in Niederösterreichisches Landesrecht (Umweltbundesamt) § 1 Abs.1 Z. 15 Strategische Umweltprüfung § 1 Abs.1 Z. 17 Umweltbericht §4(1) Verfahren: Bei Aufstellung eines überörtlichen Raumordnungsprogramms ist eine strategische Umweltprüfung durchzuführen.
Änderung des Burgenländischen Raumplanungsgesetzes	LGBl. Nr. 36/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für die Raumplanung in Burgenländisches Landesrecht (Umweltbundesamt) § 10a Pflicht zur Durchführung einer Umweltprüfung, Umwelterheblichkeitsprüfung § 10b Umweltbericht §10c Stellungnahmerecht, Beteiligung der Öffentlichkeit § 10d Grenzüberschreitende Auswirkungen § 10e/f Entscheidung/Bekanntgabe § 10g Regelmäßige Überwachung
Änderung des Burgenländischen Straßengesetzes (Burgenländische Straßengesetz-Novelle 2006)	LGBl. Nr. 11/2007	Umsetzung der SUP-Richtlinie im Bereich des Straßenbaus und des Umgebungslärmschutzes § 37b Strategische Lärmkarten § 37c Aktionspläne § 37d Anhörung und Veröffentlichung § 37e Umweltprüfung für Aktionspläne
Änderung des Oberösterreichischen Raumordnungsgesetzes (OÖ Raumordnungsgesetz-Novelle 2005)	LGBl. Nr. 115/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie, der Seveso II - Richtlinie und Teile der Flora-Fauna-Habitat (FFH) Richtlinie für die Raumordnung in Oberösterreichisches Landesrecht (Umweltbundesamt) § 13 (1) Raumordnungsprogramme und Verordnungen sind einer Umweltprüfung zu unterziehen, wenn sie die Grundlage für Projekte bilden, welche gemäß dem UVP-G 2000 einer Umweltverträglichkeitsprüfung unterliegen, oder Europaschutzgebiete erheblich beeinträchtigen. § 33 Abs. 5-12
Änderung des Oberösterreichischen Umweltschutzgesetzes (OÖ. Umweltschutzgesetz-Novelle 2006)	LGBl. Nr. 44/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für Teil-Aktionspläne zum Lärmschutz in Oberösterreichisches Landesrecht (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP) § 38b Strategische Teil-Umgebungslärmkarten § 38c Teil-Aktionspläne § 38d Umweltprüfung für Teil-Aktionspläne § 38e Information der Öffentlichkeit
Änderung des Salzburger Raumordnungsgesetzes	LGBl. 3/2004	Umsetzung der SUP-Richtlinie und FFH-Richtlinie für die Raumordnung in Salzburger Landesrecht (Umweltbundesamt) § 4 Umweltprüfung §4a Verträglichkeitsprüfung bei Europaschutzgebieten
Änderung des Salzburger Abfallwirtschaftsgesetzes (Abfallwirtschaftsgesetz-Novelle 2005)	LGBl. Nr. 19/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie für abfallwirtschaftliche Planung in Salzburger Landesrecht (Umweltbundesamt) § 5 Information der Öffentlichkeit und Umweltprüfung § 6 Verträglichkeitsprüfung bei Europaschutzgebieten

Gesetz	Quellen-verweis	Umsetzung der SUP-Richtlinie
Tiroler Umweltprüfungsgesetz – TUP	LGBl. Nr. 34/2005	Einheitliche Umsetzung der SUP-Richtlinie für alle umweltrelevanten Planungssektoren in Tiroler Landesrecht (Arbter, Strategische Umweltprüfung – SUP) Mit dem Gesetz werden die Umweltprüfung und die Öffentlichkeitsbeteiligung bei der Ausarbeitung bestimmter Pläne und Programme in Tirol festgelegt § 2 Anwendungsbereich § 4 Verfahren § 5 Umweltbericht § 6 Beteiligung der Öffentlichkeit sowie von öffentlichen Umweltstellen § 7 Grenzüberschreitende Auswirkungen von Plänen und Programmen § 8/9 Entscheidungsfindung/Bekanntgabe §10 Überwachung
Änderung des Tiroler Raumordnungsgesetzes und der Tiroler Bauordnung	LGBl. Nr. 35/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie für Raumordnung in Tiroler Landesrecht (Umweltbundesamt) § 64a Umweltprüfung
Vorarlberger Raumplanungsgesetz - RPG	LGBl. Nr. 33/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie für Raumplanung in Vorarlberger Landesrecht (Umweltbundesamt) § 10a Pflicht zur Umweltverträglichkeitsprüfung, Umwelterheblichkeitsprüfung § 10b Umweltbericht § 10c Stellungnahmerecht, Beteiligung der Öffentlichkeit § 10d Grenzüberschreitende Auswirkungen § 10e/f Entscheidung/Bekanntgabe § 10g Regelmäßige Überwachung § 10h Ausländische Pläne, Öffentlichkeitsbeteiligung
Vorarlberger Abfallwirtschaftsgesetz - V-AWG	LGBl. Nr. 1/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie für abfallwirtschaftliche Planung in Vorarlberger Landesrecht (Umweltbundesamt) § 5 Abfallwirtschaftsplan des Landes
Vorarlberger Sraßengesetz – StrG)	LGBl. Nr. 22/2006	Umsetzung der SUP-Richtlinie im Bereich Lärmschutz in Vorarlberger Landesrecht (Umweltbundesamt) § 50b Strategische Lärmkarten § 50c Aktionspläne § 50d Anhörung und Veröffentlichung § 50e Umweltverträglichkeitsprüfung für Aktionspläne
Steiermärkisches Raumordnungsgesetz	LGBl. Nr. 13/2005	Umsetzung der SUP-Richtlinie für Raumordnung in Steirisches Landesrecht (Umweltbundesamt) § 3(3) Raumordnungsgrundsätze § 3a Umweltbericht
Kärntner Umweltplanungsgesetz	LGBl. Nr. 25/2004	Einheitliche Umsetzung der SUP-Richtlinie in Kärntner Landesrecht (Umweltbundesamt) § 1 Dieses Gesetz regelt die Umweltprüfung und die Öffentlichkeitsbeteiligung im Zusammenhang mit der Ausarbeitung bestimmter umweltbezogener Pläne und Programme.

Eine einheitliche Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Länderebene konnte demnach nicht erreicht werden. In fast allen Bundesländern, außer in Salzburg, wurde die Frist zur Umsetzung der Richtlinie nicht eingehalten und überdies wurden zwei verschiedene Umsetzungsvarianten gewählt. Kärnten und Tirol haben ein eigenes SUP-Gesetz geschaffen, mit dem umweltrelevante Planung in verschiedenen Sektoren möglich

gemacht wurde. Alle anderen Länder haben die Anforderungen der SUP-Richtlinie in bestehende Materiengesetze integriert (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.22). Auch inhaltlich gesehen sind die jeweiligen Gesetze sehr unterschiedlich, die Interpretation der Richtlinie ist vielfältig und oft werden nur die Mindestanforderungen erfüllt (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.20-22).

Es wird auch in Zukunft in Österreich kein einheitliches SUP-Gesetz geben, sondern es werden weiterhin die jeweiligen Materiengesetze angepasst bzw. einzelne Länder-SUP-Gesetze geschaffen. Die Ursache für diese bundesländerspezifische Umsetzung der SUP-Richtlinie ist die Kompetenz der Länder aufgrund des in Österreich herrschenden Föderalismus (Ursula Platzer-Schneider, 02.04.2007, siehe Anhang I).

3.5.2 Erfahrungen in der Praxis (SUP)

Bereits vor Ablauf der Umsetzungsfrist für die SUP-Richtlinie wurden in Österreich sechs SUP-Pilotprojekte durchgeführt (siehe Tabelle 7), um Erfahrungen im praktischen Umgang mit diesem Instrument zu generieren (Arbter, 2004, S.13).

Tabelle 7 SUP Pilotprojekte in Österreich
(nach Arbter, 2004, S.53)

SUP	Auftraggeber
Flächenwidmungsplan Weiz	BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
Regionalprogramm Tennengau	BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
Donaukorridor	BM für Verkehr, Innovation und Technologie, BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
Rahmenkonzept "Entwicklungschancen für den niederösterreichischen Donauraum"	Land Niederösterreich
Wiener Abfallwirtschaftsplan	Stadt Wien
Strategische Umweltprüfung Entwicklungsraum Nordosten Wiens	Stadt Wien

In Österreich wurden mit diesen Pilotprojekten bereits vor der gesetzlichen Umsetzung der SUP-Richtlinie zahlreiche Praxiserfahrungen gesammelt. Durch eine umfangreiche Analyse und Dokumentation konnte festgestellt werden welche Ansätze erfolgsversprechend und welche weniger effektiv waren (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.22).

Mit diesen Erfahrungen und Erkenntnissen wäre es möglich gewesen bereits im Vorfeld einen rechtlich einheitlichen Rahmen für die SUP-Einführung zu gestalten. Allerdings wurden die Ergebnisse der Pilotprojekte nur bedingt in die rechtliche Umsetzung integriert (Arbter und Platzer-Schneider, 2005, S.22).

Derzeit (Stand: April 2007) wird im Auftrag des Lebensministeriums, unter Mitarbeit von Frau Dr. Arbter und Frau Dr. Platzer-Schneider ein Projekt durchgeführt (Sabine Mayer, 13.04.2007, siehe Anhang I), wobei versucht wird auf freiwilliger Basis so ge-

nannte "good practice" Beispiele für österreichische SUPs zu sammeln. Zu dieser Studie gibt es jedoch zum momentanen Zeitpunkt noch keine Ergebnisse (Ursula Platzer-Schneider, 02.04.2007, siehe Anhang I).

Vorläufige Erkenntnisse belegen laut Platzer-Schneider, dass der überwiegende Anteil von Strategischen Umweltprüfungen in der Raumordnung durchgeführt wird und dass SUPs im Bereich der Abfallwirtschaft zumeist sehr gut aufgearbeitet sind (Ursula Platzer-Schneider, 02.04.2007, siehe Anhang I).

3.5.3 Wirksamkeit von SUP

Mayer Sabine hat 2006 in einem Vortrag die SUP-Situation in Österreich folgendermaßen charakterisiert: Das Instrument wird überwiegend abgelehnt, da es einen zusätzlichen Aufwand darstellt und die Planungsdauer verlängert. Die in der SUP geforderte Transparenz wird kritisch betrachtet und es herrscht ein Mangel an Erfahrungen und Know-how bezüglich der Umsetzung des Instrumentes (Mayer, 2006, F.3).

Abgesehen von einzelnen Aussagen bezüglich der Anwendung und Umsetzung von SUP gibt es gegenwärtig (Stand April 2007) noch keine bundesweite Evaluation der Wirksamkeit der Strategischen Umweltprüfung in Österreich (Ursula Platzer-Schneider, 02.04.2007, siehe Anhang I).
Es wird erwartet, dass das derzeit durchgeführte Projekt des Lebensministeriums Erkenntnisse in Bezug auf die Wirksamkeit der SUP bringen wird (Sabine Mayer, 13.04.2007, siehe Anhang I).

3.6 Zusammenfassung

Die Umweltverträglichkeitsprüfung befasst sich mit den umweltbezogenen Risiken bestimmter Projekte und die Strategische Umweltprüfung bewertet die Auswirkungen von bestimmten Plänen und Programmen auf die Umwelt.
Die Beachtung von Umweltbelangen kann bei ausgeformten Projekten zu spät sein, deshalb werden bei der SUP Umweltfragen bereits in die strategische Planung integriert. Dadurch können Umweltaspekte schon im Planungsprozess bestimmter Maßnahmen und Entscheidungen beachtet werden und umweltbedingte Gesundheitsrisiken frühzeitig erkannt und somit reduziert bzw. vermieden werden.
Somit handelt es sich bei der SUP um eine Weiterentwicklung und sinnvolle Ergänzung des UVP-Ansatzes.
Die gesetzliche Grundlage für die Umsetzung von UVP und SUP wurde in den Ländern durch EU-weite Vorgaben geschaffen. Die UVP-Richtlinie des Rates, welche 2005 das letzte Mal neu gefasst wurde, regelt die Umweltverträglichkeitsprüfung und die SUP-Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Juni 2001 regelt die Strategische Umweltprüfung.
Sowohl in Deutschland, als auch in Österreich resultiert die UVP-Richtlinie in einem bundesweit einheitlichen Gesetz. Die SUP ist in Deutschland im UVP-Gesetz verankert und regelt somit die Umsetzung der SUP im gesamten Bundesgebiet. In Österreich hingegen gibt es kein SUP-Stammgesetz sondern eine Vielzahl von Materiengesetzen.

Bundes- und Landesgesetze wurden novelliert, um den Anforderungen der SUP-Richtlinie zu entsprechen, da in Österreich in manchen Bereichen der Bund und in anderen die Länder bzw. Gemeinden für die Planung verantwortlich sind.
Trotz der Erfahrungsgrundlage, die durch die Umsetzung von SUP-Pilotprojekten geschaffen wurde, können zum momentanen Zeitpunkt noch keine Aussagen bezüglich der Wirksamkeit von SUP in Österreich getroffen werden. Im Lebensministerium wird derzeit jedoch an einem Projekt gearbeitet, wobei "good practice" Beispiele für SUPs in Österreich gesammelt werden. Im Zuge dieses Projektes werden auch Erkenntnisse in Bezug auf die Effektivität von SUP erwartet.

4 Einführung in das Grundkonzept von GVP

Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist kein unabhängiger Vorgang, sondern Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. der Strategischen Umweltprüfung und Schnittstelle zwischen dem Umwelt- und dem Gesundheitssektor. Die beiden Bereiche beeinflussen sich wechselseitig, deshalb wird deren beider Berücksichtigung als wichtig erachtet (Aschemann, 2004, S.1).

Dieser Ansatz wird auch auf EU-Ebene verfolgt, deshalb wird in diesem Kapitel zuerst auf rechtliche Bestimmungen der EU eingegangen, gefolgt von Definitionen und der Beschreibung von Zielen, Potentialen und Inhalten. Im Anschluss daran werden zwei Verfahren vorgestellt, das herkömmliche GVP-Verfahren in Anlehnung an den UVP/SUP-Prozess und das Bielefelder GVP-Modell. Auch in diesem Kapitel werden die Besonderheiten der GVP-Entwicklung in Deutschland und Österreich beschrieben, wobei das Kapitel über Deutschland umfassender gestaltet ist, da in Deutschland, im Vergleich zu Österreich, mehr Informationen über diese Thematik zur Verfügung stehen und die gemachten Erfahrungen umfangreicher sind. Abschließend wird ein Ausblick für Deutschland und Österreich formuliert, wobei die Ziele der vergangenen Jahre und deren Einhaltung dargestellt werden und auch Wege für die Zukunft aufgezeigt werden.

4.1 Gesundheit und die GVP auf europäischer Ebene

Seit 1989 finden 5-jährlich Konferenzen der WHO zum Thema "Umwelt und Gesundheit" statt. Bei der ersten Konferenz in Frankfurt/Main entstand das Dokument "Europäische Charta Umwelt und Gesundheit" (Aschemann, 2004, S.10), in dem die Wichtigkeit von Umweltverträglichkeitsprüfungen hervorgehoben und gleichzeitig die vermehrte Beachtung von Gesundheitsbelangen gefordert wurde (Kobusch et al. 1997, S.7).
Beim zweiten Treffen 1994 in Helsinki wurde der "Environmental Health Action Plan for Europe" verabschiedet, welcher in den jeweiligen Mitgliedsländern innerhalb von drei Jahren durch den "National Environmental Health Action Plan" (NEHAP) umgesetzt werden musste (Aschemann, 2004, S.10). Es wurde festgestellt, dass die gewünschte Integration von Gesundheitsaspekten in den UVP-Prozess oft nicht vorhanden ist (Kobusch et al. 1997, S.7).
1999 wurde die Konferenz in London unter dem Motto "Partnerschaftliches Handeln" abgehalten und 2004 in Budapest mit dem Leitspruch "Die Zukunft unserer Kinder" (Aschemann, 2004, S.10).

Im sechsten Umweltaktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft, geltend von 2001-2010, werden die Ziele und Prioritäten der Umweltpolitik bestimmt und die Maßnahmen beschrieben mit denen diese erreicht werden sollen (Beschluss Nr. 1600/2002/EG).
Im Artikel 1(4) werden die wichtigsten Umweltprioritäten des Aktionsprogramms genannt, darunter "Umwelt, Gesundheit und Lebensqualität" (Beschluss Nr. 1600/2002/EG, Artikel 1).

Im Artikel 7 wo auf die "Ziele und vorrangige Aktionsbereiche für Umwelt, Gesundheit und Lebensqualität" eingegangen wird, werden Maßnahmen zur Zielerreichung vorgeschlagen. Unter anderem wird ein besseres Verständnis der Gefahren für Umwelt und Gesundheit und der Ausbau gemeinschaftlicher Forschungsprogramme angestrebt, außerdem sollen Chemikalien und Pestizide vermindert, die Luft- und Wasserqualität verbessert und der Verkehrslärm reduziert werden (Beschluss Nr. 1600/2002/EG, Artikel 7).

Im UVP-Evaluationsbericht der Europäischen Kommission (siehe 3.1 UVP/SUP auf europäischer Ebene) wird in Zusammenhang mit Gesundheit bei der Auflistung der Ergebnisse unter Punkt 4.6 in der Zusammenfassung folgendes erwähnt: "*Die Bewertung gesundheitlicher Auswirkungen spielt in der Praxis keine sonderlich bedeutende Rolle*" (KOM (2003) 334, Punkt 4.6.11-4.6.13).
Es wurden Empfehlungen zur Erreichung einer verbesserten UVP-Richtlinie abgegeben. Als eines der Ziele wird eine "*bessere Berücksichtigung von Gesundheitsauswirkungen, die bei den UVP-Verfahren in den Mitgliedstaaten häufig auf inkohärente Weise oder nur teilweise behandelt werden*" genannt. "*Hier besteht ein deutlicher Bedarf nach einem systematischeren Ansatz. Die in Kürze zu veröffentlichende Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Umwelt wird sich mit den Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Gesundheit befassen, Strategien zur Sensibilisierung für solche Probleme beschreiben und damit eine solide Grundlage für ein solches Konzept bieten*" (KOM (2003) 334, S.9).
Diese Beschreibung impliziert die Entwicklung der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung.

In der SUP Richtlinie der EU, welche, wie bereits erwähnt, die Erweiterung des UVP-Instrumentariums darstellt, wird das Schutzgut Mensch explizit dreimal erwähnt.
Bei den Gründen, welche zu der Erlassung der Richtlinie geführt haben werden unter Punkt 1 die Ziele der Umweltpolitik genannt, wobei der Schutz der menschlichen Gesundheit, nach dem Schutz der Umwelt und der Verbesserung ihrer Qualität angeführt wird (Richtlinie 2001/42/EG, (1)).
Im Anhang I werden die Informationen welche zur Erstellung des Umweltberichts benötigt werden, erfasst. Auch werden neben den Effekten auf "Fauna, Flora, Boden, Wasser, Luft, klimatische Faktoren, und Sachwerten" Umweltauswirkungen auf die Gesundheit des Menschen erwähnt (Richtlinie 2001/42/EG, Anhang I).
Im Anhang II werden Aspekte von Plänen und Programmen zur Bestimmung der Erheblichkeit von Umweltauswirkungen erfasst. Unter Punkt 2 werden die "Risken für die menschliche Gesundheit oder die Umwelt (z.B. bei Unfällen)" erwähnt (Richtlinie 2001/42/EG, Anhang II).

4.2 Definition von GVP

Im ersten relevanten GVP-Dokument im deutschsprachigen Raum (siehe 4.4.1) wird die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als ein "*abgrenzbarer Teil des UVP-Verfahrens, der die gesundheitlichen Belange und Auswirkungen eines Vorhabens prüft, einschließlich der Mitwirkung und abschließenden Bewertung der Ergebnisse durch die Gesundheitsfachbehörden*" definiert (Kobusch et al. 1997, S.14).

In der Zusammenfassung der Ergebnisse des GVP-Symposiums 2005 in Graz (siehe 4.5.1) wird die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als ein Verfahren beschrieben, welches sich vor allem damit beschäftigt "*die Auswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen auf die menschliche Gesundheit zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. Auf diese Weise wird der Politik und der Verwaltung eine Entscheidungshilfe im Hinblick auf Gesundheitsrisiken gegeben, die von Infrastrukturprojekten oder Planungen ausgehen können*" (Aschemann, 2005).

In den meisten Quellen wird die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung jedoch wie folgt definiert: "*Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist eine Kombination von Verfahren, Methoden und Werkzeugen, durch welche eine Strategie, ein Programm oder ein Projekt hinsichtlich gesundheitlicher Auswirkungen und deren Verteilung in der Bevölkerung beurteilt werden können*" (Fehr, 2005b, F.5).
Dabei handelt es sich um eine wörtliche Übersetzung der Definition von HIA aus dem "Gothenburg Consensus Paper".
Die häufige Verwendung dieser Definition lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass "Health Impact Assessment" fast ausschließlich mit "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" übersetzt wird (Blau et al. 2006, S.217).
GVP beschreibt jedoch eher eine "Prüfung der Verträglichkeit aus der Gesundheitsperspektive" als eine "umfassende Bewertung der Gesamtfolgen für die Gesundheit", wie die eigentliche Übersetzung von HIA ins Deutsche lauten würde (Blau et al. 2006, S.217).

4.3 Schlüsselkonzepte und Prinzipien

4.3.1 Ziele, Potentiale und Inhalte

4.3.1.1 Ziele:

Ziel der GVP ist die Reduzierung bzw. gänzliche Vermeidung der umweltbezogenen Gesundheitsrisiken von Projekten, Plänen und Programmen (Aschemann, 2004, S.1).
Um das zu erreichen werden gesundheitliche Auswirkungen des Vorhabens identifiziert, dargestellt und bewertet (Aschemann, 2004, S.71), wobei verschiedene Gefahrenquellen berücksichtigt werden (Kobusch et al. 1997. S.47). Dies geschieht in einem frühen Prozessstadium, um notwendige Änderungen noch rechtzeitig integrieren zu können (Welteke, 2001, S.8).

4.3.1.2 Potentiale:

Werden die Ergebnisse der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung beachtet, können potentielle, umweltbedingte Gesundheitsgefährdungen und -risiken vermindert oder zur Gänze vermieden (Aschemann, 2004, S.3) und die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig verbessert werden (Kobusch et al. 1997, S.7).

Der vermehrte Einsatz von GVP-Verfahren würde zu mittel- und langfristigen Gesundheitsgewinnen für die Bevölkerung führen, da das Schutzgut Gesundheit weniger gefährdet wäre (Aschemann, 2004, S.70).

4.3.1.3 Inhalte:

Die Öffentlichkeits- und Behördenbeteiligung spielt eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, da einer Ablehnung des Vorhabens entgegengewirkt werden kann (Kobusch et al. 1997, S.17), indem die Akzeptanz erhöht und die Transparenz verbessert wird (Aschemann, 2004, S.3).
Es wird empfohlen die betroffene Bevölkerung und alle gesundheitsrelevanten Akteure in den Prozess zu integrieren, um deren Wissen, Erfahrungen und Erkenntnisse für den GVP-Prozess nutzbar zu machen. Dazu zählen sowohl das Gesundheitsamt, als auch externe Experten aus den Bereichen Umweltmedizin (Aschemann, 2004, S.67), Toxikologie, Epidemiologie, Ingenieurwissenschaften, Didaktik und Psychologie (Kobusch et al. 1997, S.39). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Ämter ist von entscheidender Bedeutung für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Rösler, 2005, S.12). Um den Prozess zu vereinfachen wird empfohlen den Gesundheitsbereich in bestehende Kooperationsstrukturen zu integrieren und ressortübergreifende Arbeitsteams zu entwickeln (Rösler, 2005, S.13).
Aschemann erwähnt zusätzlich die Einbindung von Public Health Experten (Aschemann, 2004, S.67). Nach eingehender Recherche der vorhandenen Literatur über GVP-Beispiele aus der Praxis, konnte die Autorin jedoch feststellen, dass die Integration des Public Health Bereiches in die GVP derzeit noch nicht stattfindet. Zumeist werden Gesundheitsämter und umweltmedizinische Experten konsultiert.

Die Gesundheitsämter werden bei der SUP, aufgrund des verpflichtend durchzuführenden Unweltberichtes stärker in den Prozess eingebunden. Wie weit diese Integration geht, ist von den kommunalen Begebenheiten vor Ort abhängig. Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst hat zu diesem Thema 2005 eine Studie in Auftrag gegeben, wobei die Veröffentlichung der Ergebnisse in den nächsten Monaten erwartet wird (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

Folgende Methoden können zur Integration der Bevölkerung bzw. der Behörden verwendet werden (Aschemann, 2004, S.67):

- Flugblätter, Broschüren, Newsletter, Zeitung, Radio, Fernsehen und Internet, um die Bevölkerung zu informieren.
- Versammlungen, Meinungsumfragen, Interviews und Fragebögen, um Feedback zu erhalten.
- Workshops, Fokusgruppen und begleitende Arbeitsgruppen, um die Meinung und Erfahrung der betroffenen Interessensgruppen einzubeziehen.

4.3.2 Verfahren und Methoden

Die GVP ist zwar ein Teil der UVP/SUP, trotzdem handelt es sich bei der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung um ein in sich abgeschlossenes Verfahren (Kobusch et al. 1997, S.14).

Um dem Leser ein besseres Verständnis zu ermöglichen werden im folgenden Kapitel zwei Verfahrensabläufe erläutert.
Zum einen wird der allgemeine GVP-Prozess in Anlehnung an den UVP/SUP-Prozess erklärt und zum anderen wird das Bielefelder GVP-Modell dargestellt (Aschemann, 2004, S.19), welches basierend auf vorhandenen nationalen und internationalen Ansätzen entwickelt wurde (Kobusch et al. 1997. S.51).

In der Tabelle 8 werden die einzelnen Schritte der beiden Modelle einander gegenübergestellt.

Tabelle 8 Gegenüberstellung des allgemeinen GVP-Verfahrens und des Bielefelder GVP-Modells
(nach Aschemann, 2004, S.57).

GVP / UVP / SUP	Bielefelder GVP-Modell
Sreening	Gesundheitserheblichkeitsprüfung
Scoping	Vorhabensanalyse
	Analyse des Untersuchungsraumes
	Bevölkerungsanalyse
	Vorbelastungsanalyse
Bestimmung und Bewertung potentieller Auswirkungen auf die Gesundheit	Prognose der Zusatzbelastung
	Prognose der gesundheitlichen Wirkungen
	Bewertung
Empfehlung, Berichterstattung und Entscheidung	Empfehlung
	Kommunikation
Monitoring (nur bei GVP und SUP)	Evaluation/Monitoring

4.3.2.1 Allgemeines GVP-Verfahren

Bei dem an das UVP/SUP-Verfahren angelehnten Prozess wird zuerst ein Screening durchgeführt. Eine GVP ist erforderlich, wenn bei dem geplanten Vorhaben eine UVP bzw. SUP verpflichtend ist und signifikante Gesundheitsauswirkungen zu erwarten sind.
Im Anschluss werden die Rahmenbedingungen für die GVP festgelegt, dieser Prozess wird, wie auch bei der UVP/SUP, Scoping genannt.
In der nächsten Phase werden die möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit bestimmt und dokumentiert. Weiters werden Empfehlungen zur Verbesserung oder Änderung des Vorhabens in diesem Bericht festgehalten.
Der Bericht wird den Entscheidungsträgern vorgelegt und die Ergebnisse fließen in den Entscheidungsprozess ein.
Die GVP erfordert auch ein Monitoring, um gemachte Prognosen und die Wirksamkeit von GVP-basierten Entscheidungen zu evaluieren (Aschemann, 2004, S.19-20).

4.3.2.2 Bielefelder GVP-Modell:

Auch bei diesem Modell handelt es sich nicht um einen autonomen Vorgang, sondern um ein in die UVP/SUP integriertes Verfahren (Kobusch et al. 1997. S.51).
Der Prozess besteht aus zehn Hauptphasen und einem zusätzlichen Schritt zu Beginn des Verfahrens, in welchem der Bedarf für eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung erhoben wird (siehe Abbildung 7).

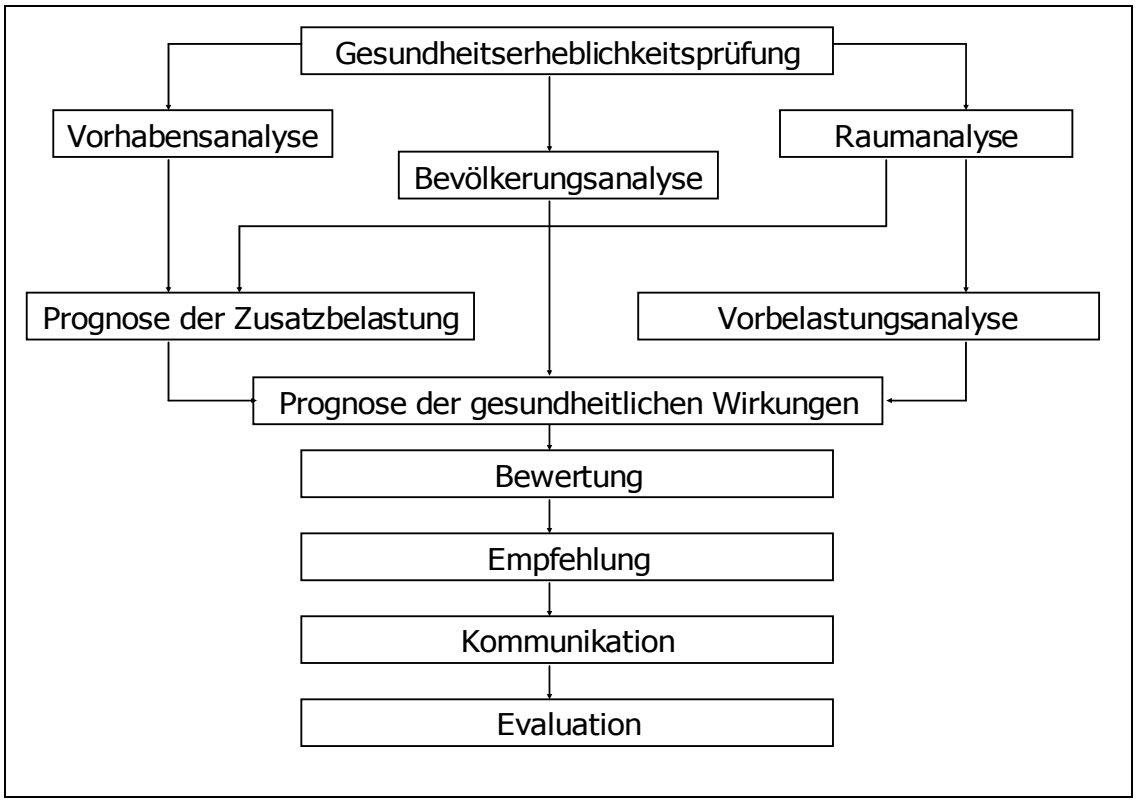

Abbildung 7 GVP-Prozess nach dem Bielefelder Modell
(nach Kobusch et al. 1997. S.52)

Ein zentrales Element des Verfahrens ist die Identifizierung und Bewertung gesundheitsrelevanter Emissionen, so genannter Noxen, welche durch das geplante Vorhaben verursacht bzw. verstärkt werden (Kobusch et al. 1997, S.54-55).
Ein Überblick über potentiell gesundheitsgefährdende Noxen wurde im Zuge des Forschungsprojektes "Umwelt und Gesundheit" gegeben, welches vom Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag durchgeführt wurde (Aschemann, 2004, S.26).
Hierbei wurden physikalische, biologische und chemische Einflussgrößen genannt. Jedem dieser Aspekte wurden in weiterer Folge relevante Noxen zugeordnet, z.B. Lärm, Strahlung, Allergene, anorganische Gase, Schwermetalle und Pflanzenschutzmittel (Aschemann, 2004, S.27).
Diese Noxen können auf den Menschen unterschiedlich einwirken und werden entweder als "gesundheitsverträglich" oder als "gesundheitsunverträglich" erachtet (Kobusch et al. 1997. S.94).

Das gesamte Verfahren basiert auf der umweltmedizinischen Wirkungskette, die den Verlauf der Emissionen darstellt. Relevante Noxen werden von ihrer Entstehung bis hin zur Einwirkung auf den menschlichen Organismus aufgezeigt (Aschemann, 2004, S.27-28), wobei die Aufnahme über die Atemwege, die Haut und durch den Verdauungstrakt berücksichtigt wird (Kobusch et al. 1997. S.54). Auf jeden Abschnitt der umweltmedizinischen Wirkungskette kann mittels GVP präventiv eingegriffen werden (Kobusch et al. 1997. S.47).
Als zentrale Methode wird die quantitative Risikoabschätzung verwendet (Kobusch et al. 1997. S.54).

Schritt 0: Gesundheitserheblichkeitsprüfung

Die Entscheidung ob eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zur Bewertung der gesundheitsrelevanten Folgewirkungen durchgeführt werden soll, ist auch bei diesem Modell von der Prüfpflichtigkeit der übergeordneten UVP/SUP abhängig (Aschemann, 2004, S.25).
Um diesen Verfahrensschritt zu vereinfachen wurden Checklisten entwickelt (Beispiel: siehe Anhang E). Unter anderem sollen zur Feststellung der Notwendigkeit eines GVPs folgende Punkte erörtert werden: Die Verfügbarkeit von vorhandenen Informationen über Gesundheitsauswirkungen, die in den Prozess involvierten Akteure, mögliche Alternativen und die politische Bedeutung des Vorhabens (Aschemann, 2004, S.26).

Schritt 1: Vorhabensanalyse

Um die Vorgänge besser verstehen und bewerten zu können, ist es wichtig das Vorhaben darzustellen (Aschemann, 2004, S.28).
Das Projekt, der Plan bzw. das Programm werden detailliert beschrieben, wobei alle Phasen inklusive der Entstehungs- und Umsetzungsphase und möglicherweise auftretende Probleme erachtet werden. Bei einem spezifischen Projekt gilt es vor allem die Bauphase und mögliche Störfälle zu berücksichtigen (Kobusch et al. 1997, S.54-55).
Um ein umfassendes Bild zu erhalten sollten bei einer Projekt-GVP die Unterlagen des Antragsstellers gesichtet, eine Literaturrecherche über die Emissionen ähnlicher Vorhaben durchgeführt, und die Lage vor Ort abgeklärt werden. Die Besichtigung des betroffenen Geländes und dessen Umgebung erlaubt eine akkuratere Beschreibung des Vorhabens und gibt gleichzeitig Aufschluss über zu berücksichtigende Einrichtungen und Bevölkerungsstrukturen, welche als Basisdaten für den weiteren Prozess hilfreich sind (Kobusch et al. 1997, S.16-17).

Für die einzelnen Entwicklungsabschnitte gilt es nun die gesundheitsrelevanten Emissionen des Vorhabens, wie z.B. Schadstoffe, Staub oder Lärm abzubilden und sowohl quantitativ als auch qualitativ zu prognostizieren (Kobusch et al. 1997, S. 55).
Zur Unterstützung dieses Verfahrensschrittes wurden Checklisten entwickelt (Beispiel: siehe Anhang F), z.B. von der Arbeitsgruppe "GVP in UVP" der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter. In dieser Checkliste werden die relevantesten Umweltmedien für die Emissionsausbreitung aufgezeigt, z.B. Luft, Wasser, Boden, Klima und Wohnumfeld (Kobusch et al. 1997, S.17-18).

In einem weiteren Schritt erfolgt die Priorisierung der prognostizierten Emissionsquellen, da eine gänzliche Abdeckung aller identifizierten Noxen den Rahmen spren-

gen würde. Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt ist es sinnvoll den offiziellen Vertreter gesundheitlicher Belange, zumeist das Gesundheitsamt, zu integrieren. Auch die Anliegen betroffener Interessensgruppen können in den Priorisierungsprozess einfließen (Kobusch et al. 1997, S. 55-56).

Schritt 2: Analyse des Untersuchungsraumes

Hierbei werden die umweltbezogenen Aspekte des Gebietes, in welchem das Projekt, der Plan bzw. das Programm umgesetzt werden sollen, in räumlicher, zeitlicher und sachlicher Hinsicht analysiert (Aschemann, 2004, S.30) und es erfolgt eine Trennung in natürliche und künstliche Faktoren (Kobusch et al. 1997, S. 56).
Bei der räumlichen Abgrenzung wird festgestellt für welches Gebiet die Auswirkungen analysiert, bei der zeitlichen Beschreibung wird festgelegt wie lange die Folgewirkungen betrachtet werden. Die sachliche Darstellung befasst sich mit den oben erwähnten natürlichen (Klima, Bodenarten, Vegetation) und künstlichen (bestehende Emissionsquellen, sensible Flächennutzung) Aspekten (Aschemann, 2004, S.30).
Auch hier kann sich die Einbindung des Gesundheitsamtes, aufgrund deren Wissen um lokale und regionale Begebenheiten, als sinnvoll erweisen (Kobusch et al. 1997, S. 57).

Schritt 3: Bevölkerungsanalyse

Für den zuvor definierten Untersuchungsraum wird eine Analyse der ansässigen Bevölkerung durchgeführt. Um eine umfassende Betrachtung zu garantieren, werden nicht nur demographische Basisdaten und der gegenwärtige Gesundheitszustand ermittelt, sondern auch Informationen über den Arbeitsplatz, Freizeitaktivitäten und bestimmte Verhaltensmuster, z.B. Essgewohnheiten, gesammelt. Besonderes Augenmerk wird auf die verschiedenen vulnerablen Untergruppen gelegt, wobei bestimmte Altersgruppen, wie Säuglinge, Kinder und alte Menschen und vorbelastete Risikogruppen erwähnt werden (Kobusch et al. 1997, S. 57-58).

Schritt 4: Vorbelastungsanalyse

Dieser Schritt ist essentiell für das Verfahren, da ohne die Kenntnis der Vorbelastungen in einem Gebiet, die Zusatzbelastungen nicht ermittelt werden können (Aschemann, 2004, S.32).
Der Untersuchungsraum wird hinsichtlich bereits vorhandener, gesundheitsrelevanter Belastungen chemischer und physikalischer Art analysiert. Besondere Beachtung wird jenen Faktoren zuteil, welche durch die Umsetzung des Vorhabens weiter verstärkt bzw. erhöht werden.
Die Noxen können entweder aus dem Untersuchungsraum entstammen oder von einer externen Quelle emittiert werden (Kobusch et al. 1997, S. 58-59).
Zur Vermeidung von Doppelarbeiten werden in der Praxis die bereits vorhandenen Daten der Umweltberichterstattung bzw. des Umweltmonitoring analysiert und vorhandene gesundheitsrelevante Dokumente gesichtet (Aschemann, 2004, S.31-32).

Schritt 5: Prognose der Zusatzbelastung

Basierend auf den Erkenntnissen der Vorbelastungsanalyse wird in diesem Schritt die zusätzliche Belastung für alle Umweltmedien (Wasser, Luft, Boden etc.) und die identifizierten Noxen prognostiziert (Kobusch et al. 1997, S. 59-60).
Um den Bewertungsprozess zu vereinfachen wurden für diesen und die folgenden zwei Schritte Checklisten entwickelt (Beispiel: siehe Anhang G).

Schritt 6: Prognose der gesundheitlichen Wirkungen

Diese Phase hat zentrale Bedeutung für den gesamten Prozess und dient als Basis für die nachfolgende Bewertung der Folgewirkungen für die Gesundheit (Aschemann, 2004, S.34).
Als erster Schritt werden die gesundheitlichen Auswirkungen abgeschätzt, wobei besonderes Augenmerk auf qualitative Einschätzungen gelegt wird, wie z.B. ein vermindertes Wohlbefinden aufgrund veränderter Wohn- bzw. Arbeitsbedingungen. Um ein umfassendes Bild zu erhalten ist es wichtig, die Meinung der betroffenen Bevölkerung zu integrieren, wobei wieder das Gesundheitsamt als Vermittler genannt wird (Kobusch et al. 1997, S. 61).
Um das gesundheitliche Risiko beurteilen zu können, werden die auftretenden Belastungen mit Grenz- bzw. Prüfwerten verglichen. Diese Werte geben die Schadstoffkonzentration in den Umweltmedien an und durch einen Vergleich mit den Emissionen des Vorhabens wird die zu erwartende Gefährdung ersichtlich (Kobusch et al. 1997, S. 61-62).
Bei Vorhaben mit beträchtlichen Auswirkungen auf die Gesundheit wird die Durchführung einer quantitativen Risikoabschätzung empfohlen (Kobusch et al. 1997, S. 62-63). "*Mit dieser Methode wird die Wahrscheinlichkeit quantifiziert, mit der eine gesundheitliche Schädigung in einer exponierten Bevölkerung eintritt. Das ermittelte Risiko bezieht sich dabei jeweils auf einen einzelnen Expositionsfaktor, z.B. eine Chemikalie*" (Kobusch et al. 1997, S. 70).
Da die nähere Ausführung dieser Analyse den Rahmen der Arbeit sprengen würde, wird hier darauf verzichtet. Falls der Leser jedoch Interesse an dieser Methode bekundet, verweist die Autorin auf Kapitel 3 des Buches "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" verfasst von Kobusch, Fehr und Serwe, erschienen im Nomos Verlag.

Schritt 7: Bewertung

Nachdem die gesundheitlichen Folgewirkungen prognostiziert wurden, werden sie in diesem Schritt zusammenfassend bewertet (Kobusch et al. 1997, S. 63).
Die Bewertung orientiert sich an vorgegebenen Grenz- und Richtwerten, welche sowohl tolerierte als auch gesundheitsgefährdende Schadstoffkonzentrationen in diversen Umweltmedien angeben, wobei andere Parameter, wie die Intensität von Lärm oder Geruch ebenfalls erfasst werden (Aschemann, 2004, S.37).
Der Weg zu einem Werturteil über gesundheitliche Auswirkungen ist vielfältig und das System der vorhandenen Bewertungsmaßstäbe äußerst komplex. Aus diesem Grund werden Gutachten zumeist nur von wissenschaftlichen Experten erstellt, wobei es sich in der Regel um Umweltmediziner oder andere medizinisch Ausgebildete handelt (Kobusch et al. 1997, S.30).
Um die vorhandenen Bewertungsmaßstäbe zu systematisieren, gilt es klare Vorgaben zu schaffen und konkrete Ziele zu definieren (Kobusch et al. 1997, S.30).

So wie Umweltqualitätsziele als Basis für die Bewertung von Umweltverträglichkeitsprüfungen und Strategischen Umweltprüfungen dienen, gibt es analog dazu für die GVP Gesundheitsqualitätsziele. Es wird geprüft inwieweit diese definierten Ziele im Rahmen des GVP-Prozesses erreicht wurden (Aschemann, 2004, S.37).

Grundsätzlich sollten Bewertungsverfahren nicht zu anspruchsvoll sein, da ansonsten die Gefahr besteht, dass sie nicht durchgeführt werden. Trotzdem sollten folgende Anforderungen erfüllt werden: "Objektivität, Reliabilität, Validität, Transparenz und Nachvollziehbarkeit" (Kobusch et al. 1997, S.33).

Schritt 8: Empfehlungen

Auf Basis der vorangegangenen Erkenntnisse werden abschließend Empfehlungen abgegeben, um den Entscheidungsfindungsprozess zu verbessern. Die Empfehlungen können entweder die Veränderung des ursprünglichen Vorhabens beinhalten oder dieses gänzlich ablehnen und einen Alternativvorschlag befürworten (Kobusch et al. 1997, S. 63-64).
Die Empfehlungen werden schriftlich festgehalten und sowohl der Bevölkerung, als auch anderen betroffenen Interessensgruppen und involvierten Akteuren zugänglich gemacht (Aschemann, 2004, S.39).

Schritt 9: Kommunikation

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Ergebnisse, Empfehlungen und getroffenen Entscheidungen an die Öffentlichkeit kommuniziert und dieser auch die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben (Aschemann, 2004, S.39,68). Um Missverständnisse zu vermeiden, gilt es eine einfache und allgemein verständliche Darstellung zu wählen und getroffene Annahmen transparent zu machen (Kobusch et al. 1997, S. 64). Die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten während des gesamten Verfahrens und explizit im Entscheidungsfindungsprozess sollen deutlich gemacht werden. Außerdem soll die getroffene Entscheidung begründet werden (Aschemann, 2004, S.68).
Um den Prozess der Dokumentation zu vereinfachen wurden für die Darstellung der Empfehlungen und Ergebnisse Checklisten erstellt (Beispiel: siehe Anhang H).

Schritt 10: Monitoring/Evaluation

Durch das Monitoring können bereits während des Prozesses unerwartet auftretende negative Effekte rechtzeitig erkannt und beseitigt werden. Im Anschluss an ein Verfahren kann durch das Monitoring die Zielerreichung und die Effektivität der getroffenen Entscheidung überprüft werden (Aschemann, 2004, S.68).
Des Weiteren besteht die Notwendigkeit Monitoringdaten regelmäßig zu veröffentlichen, um skeptische Ansichten zu reduzieren und den Dialog zwischen den betroffenen Interessensgruppen zu fördern (Kobusch et al. 1997, S. 64).

Da die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ständiger Weiterentwicklung bedarf, ist ein effektiver Evaluationsprozess von großer Bedeutung, um die Qualität der GVP zu sichern und zu verbessern (Kobusch et al. 1997, S.65).

4.4 GVP in Deutschland

4.4.1 Entwicklung und gesetzliche Grundlagen von GVP

Dem Schutz des Menschen und somit auch der Gesundheit vor negativen Einflüssen aus der Umwelt wird im UVP/SUP Gesetz ausdrücklich Beachtung geschenkt. In § 2(1) wird beschrieben worauf sich Vorhaben auswirken können und dabei wird der Mensch, einschließlich der Gesundheit, mit Tieren, Pflanzen und der biologischen Vielfalt an erster Stelle genannt (BGBL I 1990,205, §2(1)).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) befasst sich mit der gesundheitlichen Bewertung von Umwelteinflüssen und in weiterer Folge mit Fragen der Gesundheitsverträglichkeit. In den ÖGD-Gesetzen der Länder ist die Beteiligung des ÖGDs an Planungs- und Genehmigungsverfahren verankert (Neus, 2001, S.36).
Da die Durchführung von UVP/SUP gesetzlich verpflichtend ist, ist die Annahme nahe liegend, dass auch GVP, als Teil von UVP/SUP, obligatorisch vollzogen werden muss. Es gibt jedoch keine gesetzliche Grundlage für GVP und somit ist eine Umsetzung nicht zwingend (Blau et al. 2006, S.217); jedoch wird dieses Verfahren stark diskutiert und die Integration von Gesundheitsbelangen in Umweltfragen seit vielen Jahren angestrebt.

1989 wurde die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in dem von Wodarg verfassten Artikel "Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) – eine Präventivmedizinische Aufgabe der Gesundheitsämter" erstmals erwähnt (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

1992-1996 wurde ein GVP-Forschungsprojekt durchgeführt, initiiert vom damaligen Bundes-Forschungsministerium (Fehr, 2005a), mit dem Thema "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – Weiterentwicklung der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) zu angemessener Berücksichtigung der Gesundheitsbelange" (Aschemann, 2004, S.6).

In der Zeit von 1992-1999 haben sich die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und die ihr nachgeordneten Leitungsgremien, die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten (AGLMB) und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden insgesamt viermal mit dem Thema Gesundheitsverträglichkeitsprüfung beschäftigt (Neus, 2001, S.31).

1994 hat die GMK dem Konzept eines zehnstufigen GVP-Modells (Bielefelder GVP-Modell) zugestimmt, welches von der Projektgruppe "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" erarbeitet und in ihrem Bericht "Konzept zu Ablauf und Inhalt der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" dargestellt wurde (Neus, 2001, S.32).
Die Projektgruppe arbeitete während ihrer Wirkungsperiode bis 1999 an einigen Fortbildungsveranstaltungen mit und entwickelte Arbeitsmaterialien zu den Themen Verkehr, Lärm, Abfallverbrennungs- und Störfallanlagen (Neus, 2001, S.33).

1994 wurde in Berlin das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) verabschiedet. Es wurden medizinische, soziale und physische Lebens- und

Umweltbedingungen berücksichtigt und sowohl auf die Verhaltens-, als auch auf die Verhältnisprävention Bezug genommen. Außerdem wurde eine verpflichtende Gesundheitsberichterstattung eingeführt (Kobusch et al. 1997. S.145).
In der Neufassung vom 25. Mai 2006 wurde der Gesundheitsaspekt bereits weitaus umfassender dargestellt. In § 1 wird über die Aufgabenstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes folgendes festgehalten: "*Im Rahmen der Daseinsvorsorge achtet er dabei besonders auf die Stärkung der Eigenverantwortung sowie des bürgerschaftlichen Engagements und berücksichtigt geschlechtsspezifische, behindertenspezifische und ethnischkulturelle Aspekte. Der öffentliche Gesundheitsdienst orientiert seine Arbeit am Programm des Gesunde-Städte-Netzwerkes und an den Grundsätzen von Public Health*" (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, 2006, §1(1)).
In § 9 über Infektionsschutz wird unter Punkt (2) festgestellt worauf sich die Aufgaben der Gefahrenabwehr beziehen: "*die Orts- und Siedlungshygiene, einschließlich der Überwachung der hygienischen Beseitigung von Abfällen und der Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen bei Bauvorhaben*" (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, 2006, §9(2)8).

1997 wurde das Buch "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung: Grundlagen – Konzepte – Praxiserfahrungen" herausgegeben (Kobusch et al. 1997); ein Standardwerk im deutschsprachigen Raum (Aschemann, 2004, S.6).

1999 wurde das "Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit" (APUG) beschlossen, die deutsche Antwort auf die Forderung der 2. Konferenz "Umwelt und Gesundheit" in allen Mitgliedsstaaten einen "National Environmental Health Action Plan" umzusetzen (Aschemann, 2004, S.13).

1999 wurde bei der internationalen Konferenz "Health Impact Assessment of Transportation – The Regional Perspective" in Bielefeld der Entwicklungsstand von der GVP diskutiert. Es zeigte sich ein dringender Handlungsbedarf im Bereich der Verfahrensentwicklung und der Methodenforschung und der Bedarf nach einem systematischen Kompetenzaufbau ("capacity building") wurde ersichtlich (Neus, 2001, S.34).

2001 fand in Berlin ein Workshop zum Thema Health Impact Assessment und Gesundheitsverträglichkeitsprüfung im Rahmen des deutschen Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit statt, wobei die aktuelle Lage erörtert wurde und darauf basierend Handlungsempfehlungen entwickelt worden sind (Welteke und Fehr, 2002, S.3). Das zentrale Anliegen der Tagung war es, Möglichkeiten für die Prüfung gesundheitsbezogener Aspekte in übergeordneten Plänen und Programmen aufzuzeigen, da die damalige Praxis hauptsächlich auf der Projektebene statt gefunden hat (Welteke, 2002, S.8). Außerdem wurde die Förderung einer verstärkten interdisziplinären und intersektorellen Zusammenarbeit diskutiert, wobei sich eine deutliche Bereitschaft für eine verstärkte Kommunikation zwischen dem Gesundheits- und dem Umweltsektor abzeichnete (Welteke, 2002, S.8).
Als Ergebnis des Workshops, wurden die "Zehn Berliner Punkte zur HIA/GVP-Entwicklung in Deutschland" festgelegt (Welteke und Fehr, 2002, S.165-169).

- **Durchführung einer GVP-Bestandsaufnahme:** Im Zuge eines Projektes sollte die Vorbelastung der Bevölkerung eingeschätzt, durchgeführte Scoping-Prozesse und Expositionsbedingungen erfasst werden (Welteke und Fehr, 2002, S.165).
- **Schaffung eines wirksamen Organisationsrahmens für die Weiterentwicklung:** Eine GVP-Arbeitsgruppe sollte gegründet werden, mit der Beteiligung von Bund, Länder und Gemeinden und die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Politik, Verwaltung, Praxisebene und Forschung) wurde besonders hervorgehoben (Welteke und Fehr, 2002, S.166-167).
- **Förderung der Zusammenarbeit von UVP- und GVP-Experten** (Welteke und Fehr, 2002, S.166-167).
- **Förderung einer vermehrten Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte bei Planungsvorgängen:** Zielsetzung war die Schaffung einer verbesserten Ausgangslage für eine erweiterte GVP-Praxis in Deutschland (Welteke und Fehr, 2002, S.167).
- **Überprüfung des Begriffes Gesundheitsverträglichkeitsprüfung:** Die Zweckmäßigkeit des Begriffes sollte analysiert werden und positive sowie negative Aspekte einer Änderung aufgezeigt werden (Welteke und Fehr, 2002, S.167).
- **Steigerung von Transparenz und Bürgerbeteiligung** (Welteke und Fehr, 2002, S.167).
- **Schaffung eines Orientierungsrahmens für die GVP-Bewertung:** Es wurde eine Zielsetzung für die künftige GVP-Arbeit gefordert und die Festlegung von Indikatoren zur Erfolgskontrolle angestrebt (Welteke und Fehr, 2002, S.168).
- **Förderung der Methodenentwicklung:** Es wurde die Entwicklung von Leitlinien und Checklisten, der Einsatz von Methoden, wie der Quantitativen Risikoabschätzung und die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gefordert (Welteke und Fehr, 2002, S.168-169).
- **Aufbau eines Verfahrens zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von GVP-Fachleuten** (Welteke und Fehr, 2002, S.169)
- **Aufbau effizienter Kommunikations- und Informationsstrukturen** (Welteke und Fehr, 2002, S.169)

Seit 2003 wurden in NRW Workshops durchgeführt, mit dem Ziel das Verfahren der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zu verbessern und weiterzuentwickeln. Folgende Maßnahmen wurden im Zuge dessen angestrebt: intersektorale Zusammenarbeit, Kompetenzsteigerung von Gesundheitsbehörden durch verbessertes Grundlagenwissen, Erarbeitung von systematisierten Methoden und Gründung eines Expertennetzwerkes (Welteke, 2005, S.13).
2004-2005 wurde im Rahmen des APUG das Projekt "Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit" durchgeführt, wobei strategische und inhaltliche Handlungsfelder zum Thema Umwelt und Gesundheit erarbeitet wurden (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Lärmminderung, Wohnumfeldverbesserung, Zusammenarbeit des Umwelt- und Gesundheitsressorts) (Fehr, 2006, S.14-15).

In NRW wurde das Fachwissen rund um die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in einem Praxis- und Methodenhandbuch zusammengefasst, welches seit 2006 verfügbar ist (Welteke, 2005, S.13-14).

Außerdem wurde ein software-unterstützter "Taskmanager Gesundheitsverträglichkeit" entwickelt, ein standardisiertes Bewertungsinstrument für Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, durch welches die einzelnen Verfahrensschritte zeitsparender erledigt werden können (Welteke, 2005, S.14).

4.4.2 Erfahrungen in der Praxis

Im Zuge der Expertenbefragung konnte festgestellt werden, dass die Arbeitsgruppe des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögd) Defizite bei der Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten im Zuge von UVP/SUP-Verfahren sieht (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

Inwieweit bei einer UVP die Gesundheit bzw. das im Gesetz definierte Schutzgut Mensch beachtet werden ist von Projekt zu Projekt unterschiedlich. Bei bestimmten Projekten gibt es zusätzliche Vorgaben, welche die Erstellung von weiteren gesundheitsbezogenen Gutachten verlangen. Ein Beispiel hierfür wäre die zusätzlich zum UVP gesetzlich verpflichtende Erstellung eines Lärmgutachtens im Zuge der Erweiterung eines Flughafens (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).
Bei einer SUP können relevante Gesundheitsfragen im Umweltbericht ausführlich und umfassend behandelt werden. Die Umsetzung in der Praxis ist jedoch ebenfalls von Fall zu Fall verschieden und unterliegt dem Ermessen der durchführenden Akteure (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

Da die Umsetzungsvarianten von UVP/SUP und GVP in der Praxis sehr vielfältig sind, hat sich das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf zwei Ansätze festgelegt.
Zum einen sollten bei jenen Vorhaben, welche die Durchführung einer UVP/SUP bedingen, gesundheitsrelevante Aspekte in angemessener Weise berücksichtigt werden.
Der zweite Ansatz umfasst gesundheitsrelevante Vorhaben, bei denen es keine gesetzliche Verpflichtung gibt eine UVP/SUP durchzuführen. Laut Welteke sollten bei diesen Vorhaben die Auswirkungen auf die Gesundheit in einem eigenständigen Verfahren eingeschätzt bzw. die gesundheitlichen Folgen bewertet werden. Dies sollte basierend auf den jeweiligen ÖGD-Ländergesetzen geschehen (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

4.4.3 Wirksamkeit von GVP

Norbert Englert vom Umweltbundesamt in Berlin hat in seinem Vortrag beim HIA/GVP Workshop 2001 die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer GVP aufgeworfen. Er beleuchtet inwieweit GVP zur Geltung kommt, wenn die Bewertung gesundheitlicher Auswirkungen als unselbständiger Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung durchgeführt wird, welche laut Gesetz ebenfalls nur ein unselbstständiger Teil verwaltungsbehördlicher Verfahren ist (Englert, 2001, S.125).
Englert sieht somit keine Notwendigkeit für eine GVP, wenn die UVP im Sinne des Gesetzes durchgeführt wird, Auswirkungen des Vorhabens auf den Menschen beachtet, und rechtlich verbindliche Maßstäbe als Grenzwert herangezogen werden (Englert, 2001, S.125-126,129).

Aussagen bezüglich einer allgemeinen Wirksamkeit der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung können hier jedoch nicht getroffen werden. Da sowohl die Recherche der vorhandenen Literatur, als auch die Befragung der Experten diesbezüglich keine Ergebnisse brachte.
Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist nationaler Koordinator des Projektes "The effectiveness of HIA" (siehe Kapitel 2.4.6.2), es gibt jedoch kaum Kriterien für eine länderübergreifende Bewertung bzw. Feststellung der Wirksamkeit (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).
Laut Welteke gibt es innerhalb Deutschlands weder eine die Wirksamkeit von GVPs vergleichende Übersichtsarbeit, noch einen Bericht über die Beteiligung von Gesundheitsbehörden an Planungsverfahren (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

4.5 GVP in Österreich

4.5.1 Entwicklung und gesetzliche Grundlage von GVP

In Österreich gibt es derzeit noch keine gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Kerschner, 2005).
Auch ist für GVP auf nationaler Ebene kein Budget vorgesehen (Wismar et al. 2006, S.238) und es gibt außerdem noch keine zuständige Stelle oder Organisation, welche sich mit GVP auseinandersetzt (Wismar et al. 2006, S.238, 244).
Wie schon eingangs erwähnt, wird die Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit als Teil der UVP bzw. der SUP betrachtet.
Eine Recherche der durchgeführten UVPs/SUPs ergab jedoch, dass der Begriff Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zumeist nicht verwendet wird. Gesundheit wird bei den zu prüfenden Verfahren oft nur im Zusammenhang mit dem Schutzgut Mensch erfasst, wobei auf die in den UVP/SUP-Gesetzen festgelegten gesundheitlichen Bestimmungen Bezug genommen wird.

In §1(1) des UVP-G 2000 werden die durch das Gesetz zu schützenden Bereiche genannt, darunter auch der Mensch (BGBL Nr. 679/1993, §1(1)).
Des Weiteren wird das Leben und die Gesundheit von Menschen in den Absätzen, welche die Entscheidungen und die UVP-Dokumentation behandeln, erwähnt (BGBL Nr. 679/1993, §17(2), §24(1), §43(2)).

Sowohl die gesetzliche Ebene, als auch die Umsetzung von GVP ist Neuland für Österreich, obwohl die Diskussion um die Integration von Gesundheitsbelangen in Umweltfragen schon vor Jahren begonnen hat.

1999 wurde in Österreich der Forderung der 2. Konferenz "Umwelt und Gesundheit" nach einem "National Environmental Health Action Plan" in Form des "Österreichischen Umwelt- und Gesundheitsaktionsplans" nachgekommen (Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, 1999).
Dabei handelt es sich um ein intersektorales Strategiepapier, wobei die wechselseitige Beeinflussung von Gesundheit und Umwelt beachtet werden. Das Dokument soll

als Grundlage für Maßnahmen zur Reduzierung umweltbedingter Gesundheitsgefahren dienen (Umweltbundesamt, 2004, S.38-39).
Dabei werden folgende gesundheitsrelevante Umweltbereiche abgedeckt: Luft, Wasser, Altlasten, Lebensmittelqualität und –sicherheit, Strahlenschutz, Chemikaliensicherheit, Lärm, Verkehr, Unfälle, Sicherheit am Arbeitsplatz und Siedlungswesen (Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, 1999).
Die Interaktion und wechselseitige Beeinflussung der Bereiche Umwelt und Gesundheit wird mit diesem Dokument in Österreich erstmals klar dargestellt (Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, 1999).

2004 wird im "Siebenten Umweltkontrollbericht" des Umweltbundesamtes im Kapitel "Schutzgut Mensch" als primäres Ziel die vorbeugende Reduktion der Schadstoffemissionen genannt. Des Weiteren wird auf die Verbesserung der Vorhersagegenauigkeit von Instrumenten, die Erforschung synergetischer Wirkungen von Schadstoffen, den Schutz von Kindern, die Entwicklung von Messreihen zur Belastung von Lebensmitteln und auf die Auswirkung des Klimawandels hingewiesen (Umweltbundesamt, 2004, S.47-48).

2005 wurde im Auftrag des Landes Steiermark, der Stadt Graz und des Fond Gesundes Österreich eine Studie zu dem Thema "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – Ein Instrument zur Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen" durchgeführt (Aschemann, 2005). Die Ergebnisse der Studie wurden in einem Workshop unter dem Motto "Gesundheitliche Aspekte der Umweltverträglichkeitsprüfung: Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP)" präsentiert, welcher am 15. Dezember 2005 in Graz stattgefunden hat (Aschemann und Amegah, 2005).

In der 2006 erschienenen UVP-Evaluationsstudie des Umweltbundesamtes (siehe 3.5.1) wird die Gesundheit zweimal im Kapitel "Fallstudien zum Mehrwert und zur Planungssicherheit der UVP aus rechtlicher Sicht" erwähnt. In der Beschreibung der Studie "Motorsportzentrum A1-Ring Spielberg" werden bei den Abweisungsgründen der Lärm und die Luftschadstoffe als Gesundheitsgefährdung aufgezeigt (Klaffl et al. 2006, S.140).

4.5.2 Erfahrungen in der Praxis

Wie bereits erwähnt, wird die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in Österreich derzeit noch nicht durchgeführt. Gesundheitsaspekte von Plänen bzw. Programmen werden ebenfalls noch weitgehend vernachlässigt. Die häufigste Integration gesundheitlicher Belange erfolgt bei Verfahren zur Prüfung der Umweltverträglichkeit.

Dabei erstellen medizinische Sachverständige nachvollziehbare Gutachten über die gesundheitsrelevanten Folgewirkungen von Projekten (Marth, 2001, S.67).
Die Gutachtenerstellung ist in Österreich ärztlichen Sachverständigen vorbehalten (z.B. Umweltmediziner, Amtsärzte), die auch nachweisen können, dass sie über das nötige Fachwissen verfügen (Marth, 2001, S.67). Begründet wird dies mit der besonderen Stellung der Ärzte und der Tatsache, dass sie mit ihren Fachkenntnissen eine ganzheitliche Sicht der gesundheitsrelevanten Folgewirkungen möglich machen (Marth, 2001, S.74).

Bei Personen, welche einen rein beratenden Beitrag zum Verfahrensprozess leisten, muss es sich ebenfalls um Ärzte mit einer umweltmedizinischen Zusatzausbildung handeln (Marth, 2001, S.68).

Bei der Beschreibung von gesundheitlichen Auswirkungen von Projekten wird ausschließlich von der Gefährdung der Gesundheit gesprochen, definiert als "*jede Einwirkung, als deren Folge nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaften zu erwarten ist, dass körperliche oder psychische Krankheitszustände, Organschäden oder unerwünschte organische, funktionelle oder psychische Veränderungen auftreten (…)*" (Marth, 2001, S.67-68).
Der VwGH definiert die Gesundheitsgefährdung als eine "*Einwirkung auf den Organismus, die in Art und Nachhaltigkeit über eine bloße Belästigung hinausgeht*" und laut OGH handelt es sich dabei um "*jede – nicht ganz unerhebliche – Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit und Unversehrtheit*" (Kerschner, 2005).

2003 wurde vom Institut für Hygiene und Sozialmedizin der Universität Innsbruck eine Fallstudie zu dem Thema "Die subtilen Wirkungen des Verkehrslärms auf die Gesundheit von Kindern" durchgeführt. Im Rahmen einer Umwelt- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wurde die Beeinträchtigung und Veränderung von Gesundheit, Wohlbefinden, Leistung und Verhalten durch kombinierten Verkehrslärm untersucht (Lercher, 2003).

4.5.3 Wirksamkeit von GVP

Nachdem es in Österreich derzeit sowohl an einer gesetzlichen Grundlage, als auch an fundierten Praxiserfahrungen im Bereich der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung mangelt, können zum momentanen Zeitpunkt keine Aussagen in Bezug auf die Wirksamkeit von GVP getroffen werden. Auch die Befragung von Experten (Ralf Aschemann, 26.04.2007, siehe Anhang I) hat diesbezüglich zu keinem Ergebnis geführt. Es gibt auch keine unveröffentlichten Studien, welche sich mit diesem Thema beschäftigen.

Es konnte festgestellt werden, dass es in Österreich grundsätzlich an einer Evaluation der Gesundheitsfrage bei der Überprüfung von Plänen, Programmen und Projekten fehlt. Es kann nämlich auch keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Gesundheit in einem UVP bzw. einem SUP (dem Gesetz nach bzw. in der Praxis) ausreichend beachtet wird (Ralf Aschemann, 26.04.2007, siehe Anhang I).

4.6 Ausblick

Der Thematik rund um die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist in den letzten Jahren vermehrt Beachtung zugekommen (Aschemann, 2004, S.69). Das verstärkte Interesse lässt sich unter anderem auf die EU-weite Einführung der Strategischen Umweltprüfung zurückführen (Aschemann, 2004, S.69).
Allerdings stößt die Umsetzung der GVP in der Praxis vielerorts noch auf Schwierigkeiten. Die knappen Budgetmittel im Gesundheitssektor, ein begrenzter Zeitrahmen

und der allgemeine Wunsch nach vereinfachten bzw. ressourcensparenden Prüfverfahren, bildet eine schwierige Grundlage für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Welteke, 2003, S.5).

Im Folgenden wird die Umsetzung bzw. die Erreichung von Zielen aus vergangenen Jahren diskutiert, wobei sowohl deutsche, als auch österreichische Zielsetzungen beachtet werden. Im Anschluss daran werden zukünftige Ziele formuliert und somit ein Ausblick für Deutschland und Österreich gegeben.

4.6.1 Zielsetzung in Deutschland

Kobusch et al. verwiesen in dem Werk "Gesundheitsverträglichkeit: Grundlagen – Konzepte – Praxiserfahrungen" auf eine systematische Verbesserung der Transparenz, umfassende Evaluationsmaßnahmen und die vermehrte Verwendung von informationstechnischen Werkzeugen, um die Grundlage für eine effektive Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zu verbessern (Kobusch et al. 1997. S.65).

Des Weiteren wurden folgende Maßnahmen geplant, um gesundheitsrelevante Aspekte in angemessener Weise in den UVP/SUP Prozess zu integrieren (Kobusch et al. 1997. S.65-66):

- Verstärkte Sensibilisierung für das Thema Gesundheit bei den durchführenden Stellen
- Verwirklichung von Basisstrukturen auf nationaler, Landes- und Kommunalebene
- Festlegung von Standards und Schaffung von Ausbildungsangeboten
- Einbindung übergeordneter Gesundheitsziele in den Festlegungsprozess der Bewertungsmaßstäbe

Beim HIA/GVP Workshop 2001 in Berlin wurden die "Zehn Berliner Punkte zur HIA/GVP-Entwicklung in Deutschland" (siehe 4.4.1) festgelegt (Welteke und Fehr, 2002, S.165-169):

- Durchführung einer GVP-Bestandsaufnahme
- Schaffung eines wirksamen Organisationsrahmens für die Weiterentwicklung
- Förderung der Zusammenarbeit von UVP- und GVP-Experten
- Förderung einer vermehrten Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte bei Planungsvorgängen
- Überprüfung des Begriffes "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung"
- Steigerung von Transparenz und Bürgerbeteiligung
- Schaffung eines Orientierungsrahmens für die GVP-Bewertung
- Förderung der Methodenentwicklung
- Aufbau eines Verfahrens zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von GVP-Fachleuten
- Aufbau effizienter Kommunikations- und Informationsstrukturen

Die Umsetzung der "Zehn Berliner Punkte zur HIA/GVP-Entwicklung in Deutschland" wurde nicht evaluiert und somit können auch keine Aussagen in Bezug auf die Umsetzung dieser Ziele gemacht werden. Viele Punkte blieben programmatische Vorgabe, einige Zielsetzungen wurden jedoch von der HIA-Arbeitsgruppe des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bearbeitet (Rudolf Welteke, 14.05.2007; siehe Anhang I).

4.6.2 Zielsetzung in Österreich

Aschemann stellte 2004 fest, dass die Aufzeichnungen bisher durchgeführter Umweltverträglichkeitsprüfungen und Strategischer Umweltprüfungen hinsichtlich der integrierten Gesundheitsbelange und durchgeführter gesundheitsrelevanter Verfahren untersucht werden sollten (Aschemann, 2004, S.70).
Er forderte eine verstärkte Zusammenarbeit der Gesundheits- und Umweltbehörden, die Ausbildung von GVP Experten, die Umsetzung von GVP-Pilotprojekten und die Durchführung einer GVP-Konferenz (Aschemann, 2004, S.70).
Außerdem beschrieb er die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Gesundheitsqualitätszielen, der Erarbeitung eines GVP-Leitfadens, der Verbesserung der Datenlage und der Integration von Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollaspekten (Aschemann, 2004, S.70).

In der GVP-Studie aus dem Jahr 2005 wurden vier Empfehlungen für Österreich gegeben (Aschemann, 2005):

- Die Durchführung eines Workshops
- Die Durchführung von GVP-Pilotprojekten
- Die Weiterbildung von Verwaltungsfachleuten
- Die Förderung von Behördenzusammenarbeit bei gesundheitsrelevanten UVPs/SUPs, um die Gesundheit umfassend zu integrieren

Noch im selben Jahr wurde der Workshop durchgeführt, das GVP Symposium im Dezember 2005 in Graz. Im Zuge dieser Veranstaltung wurden folgende Ergebnisse und Ziele formuliert (Aschemann und Amegah, 2005):

- Die Notwendigkeit eines Pilotprojektes wurde noch mal hervorgehoben.
- Die verstärkte Integration von Gesundheitsaspekten in der UVP/SUP wurde gefordert, damit auf die GVP, als eigenes Verfahren, verzichtet werden kann.
- Verbesserte Kooperation und Zusammenarbeit aller involvierten Akteure.
- Verbesserte Integration der Bevölkerung.
- Aufbau eines in HIA-Dimensionen denkenden Expertennetzwerkes.
- Es wurde der Anstoß gegeben SUP und GVP als Planungsinstrumente zu sehen und nicht nur als Prüfverfahren.
- Erarbeitung verbindlicher evidenzbasierter Gesundheitsziele.

Im Zuge der Expertenbefragung stellte sich heraus, dass es sich bei der Durchführung des Workshops um den einzigen umgesetzten Punkt handelt. Die Forderung nach GVP-Pilotprojekten konnte bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Stand Mai 2007) definitiv nicht erfüllt werden und in Bezug auf die weiteren formulierten Ziele sind keine näheren Informationen verfügbar (Ralf Aschemann, 26.04.2007, siehe Anhang I).

4.6.3 Ausblick für Deutschland und Österreich

Nach eingehender Recherche der vorhandenen Literatur und Prüfung der Expertenmeinungen, kam die Autorin in Bezug auf die künftige Zielsetzung zu folgendem Schluss: Um das Verfahren der GVP wirksam einzuführen bzw. Gesundheitsaspekte

in herkömmlichen UVP/SUP Verfahren ausreichend zu beachten, muss den nachstehenden Punkten besondere Beachtung zukommen:

- **Einführung gesetzlicher Rahmenbedingungen:** Bei der Einführung und Umsetzung von UVP und SUP wurde ersichtlich, dass es der Festlegung von Richtlinien und gesetzlichen Rahmenbedingungen bedurfte, um die Basis für eine wirksame Durchführung der Instrumente zu schaffen. Diese Erkenntnis gilt laut Meinung der Autorin auch für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Mit der Festsetzung gesetzlicher Vorgaben, wird der Grundstein für eine konsequente Umsetzung von GVP gelegt.
- **Überprüfung der Gesundheitsaspekte in einem UVP/SUP Verfahren:** Es muss überprüft werden, ob Gesundheitsaspekte in bereits durchgeführten UVP/SUP Verfahren ausreichend bzw. dem Gesetz entsprechend beachtet werden. Um die Transparenz zu erhöhen und somit eine verbesserte Akzeptanz des Vorhabens zu erreichen, müssen die erlangten Erkenntnisse offen gelegt werden.
- **Erstellung einer Übersichtsarbeit:** Die Beachtung von Gesundheitsaspekten in bisher durchgeführten UVPs (Deutschland und Österreich) bzw. SUPs (Deutschland) muss evaluiert und in einer Übersichtsarbeit zusammengefasst werden.
- **Durchführung eines Pilotprojektes:** Die Umsetzung eines beispielgebenden Pilotprojektes ermöglicht es den durchführenden Organisationen Erfahrungen und Erkenntnisse zu sammeln, welche für die weitere Entwicklung des Instrumentes notwendig sind (dieses Ziel ist nur für Österreich relevant, da in Deutschland bereits GVPs durchgeführt wurden).
- **Erarbeitung von Guidelines:** Die Erstellung international gültiger Guidelines erfordert die Zusammenführung nationaler und internationaler Erkenntnisse und Erfahrungen, in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe. Die Guidelines sollen der allgemeinen Verfahrens- bzw. Methodenverbesserung dienen und beinhalten Richtlinien zu einer effektiven Evaluation.
- **Aufbau eines länderübergreifenden Expertennetzwerkes:** Es ist wichtig den Informationsaustausch zwischen nationalen und internationalen Experten zu ermöglichen und die vorhandenen Kommunikationsstrukturen zu verbessern. Diese Maßnahme ist ausschlaggebend für die Erarbeitung der zuvor erwähnten Guidelines.
- **Verstärkte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure:** Einerseits muss darauf geachtet werden, dass die bereits beteiligten Umwelt- und Gesundheitsstellen verstärkt zusammenarbeiten, vermehrt Informationen austauschen und ihre Entscheidungen aufeinander abstimmen. Es muss jedoch auch versucht werden andere Stellen zu integrieren, welche bisher noch nicht am Prozess beteiligt wurden, wie zum Beispiel HIA bzw. Public Health Experten oder Vertreter aus anderen politisch relevanten Bereichen, welche von der anstehenden Entscheidung betroffen sind. Außerdem müssen die Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bevölkerung verstärkt berücksichtigt werden.
- **Schulung der beteiligten Akteure:** Es müssen geeignete Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt werden, um sicherzustellen, dass an der Umsetzung beteiligte Personen für diese Aufgabe geeignet und den Anforderungen gewachsen sind. Außerdem müssen Ihnen Weiterbildungsoptionen aufgezeigt und der Zugang zu den aktuellsten Informationen ermöglicht werden, damit sie sich am neuesten Stand der Wissenschaft befinden.

- **Sensibilisierung der beteiligten Akteure:** Die beteiligten Akteure müssen für die dem GVP-Konzept zugrunde liegende HIA-Thematik sensibilisiert werden. Die unterschiedlichen Aspekte der beiden Ansätze (siehe 5.1.1) müssen verstanden werden, um eine GVP ihren Prinzipien entsprechend durchzuführen und eine schrittweise Annäherung der beiden Konzepte zu ermöglichen.
- **Erarbeitung evidenzbasierter Qualitätssicherungsmaßnahmen:** Um die Wirksamkeit der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung sicherzustellen, müssen Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt werden. Dabei kann es sich um geeignete Kontrollmechanismen zur Prozessüberprüfung handeln, um die Einführung eines effektiven Monitoringverfahrens oder um die Erstellung von Evaluationskriterien.

4.7 Zusammenfassung

Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist ein in sich abgeschlossenes Verfahren. Es ist jedoch kein unabhängiger Vorgang, sondern Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. der Strategischen Umweltprüfung und Schnittstelle zwischen dem Umwelt- und dem Gesundheitssektor.

Ziel der GVP ist die Reduzierung bzw. gänzliche Vermeidung der umweltbezogenen Gesundheitsrisiken von Projekten, Plänen und Programmen. Um das zu erreichen werden gesundheitliche Auswirkungen des Vorhabens identifiziert, dargestellt und bewertet, wobei verschiedene gesundheitliche Gefahrenquellen berücksichtigt werden.
Bei ausreichender Beachtung der Ergebnisse einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, kann die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig verbessert werden.

Die Konsultation der Öffentlichkeit spielt eine wesentliche Rolle bei der GVP, wobei besonderes Augenmerk auf die betroffene Bevölkerung und die gesundheits- bzw. umweltrelevanten Akteure gelegt wird. Dazu zählen sowohl das Gesundheitsamt, als auch externe Experten aus den Bereichen Umweltmedizin, Toxikologie, Epidemiologie, Ingenieurwissenschaften, Didaktik und Psychologie.

Basierend auf einer Recherche der durchgeführten SUPs in Deutschland (in Österreich konnten aufgrund der fehlenden Praxisbeispiele keine relevanten Aussagen getroffen werden), konnte festgestellt werden, dass es sich bei den am häufigsten konsultierten Akteuren um Umweltmediziner und um das Gesundheitsamt handelt.

Der Ablauf einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist dem einer UVP/SUP ähnlich. Es beginnt mit einem Screeningverfahren, dann werden die Rahmenbedingungen festgelegt um die potentiellen Auswirkungen zu identifizieren und zu bewerten. Anhand der Ergebnisse werden Empfehlungen abgegeben und ein Bericht verfasst und der gesamte Prozess wird einem Monitoring unterzogen.
Seit 1994 gibt es auch das so genannte Bielefelder GVP-Modell, welches mittlerweile weit verbreitet ist. Der Prozess besteht aus zehn Hauptphasen und einem zusätzlichen Schritt zu Beginn des Verfahrens, in dem der Bedarf für eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung erhoben wird:

- Schritt 0: Gesundheitserheblichkeitsprüfung
- Schritt 1: Vorhabensanalyse
- Schritt 2: Analyse des Untersuchungsraumes
- Schritt 3: Bevölkerungsanalyse
- Schritt 4: Vorbelastungsanalyse
- Schritt 5: Prognose der Zusatzbelastung
- Schritt 6: Prognose der gesundheitlichen Wirkungen
- Schritt 7: Bewertung
- Schritt 8: Empfehlungen
- Schritt 9: Kommunikation
- Schritt 10: Monitoring/Evaluation

Die Tatsache, dass GVP als Teil von UVP/SUP durchgeführt wird impliziert, dass GVP ebenfalls gesetzlich verpflichtend ist. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist jedoch weder in Deutschland, noch in Österreich gesetzlich verankert. In Deutschland wird, im Gegensatz zu Österreich bereits seit einigen Jahren über das Thema diskutiert und es ist Gegenstand einiger Tagungen und Forschungsprojekte. In Österreich wird der Begriff "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" zumeist noch nicht einmal verwendet. Gesundheit wird bei den zu prüfenden Verfahren oft nur im Zusammenhang mit dem Schutzgut Mensch erfasst, wobei auf die im UVP-Gesetz festgelegten gesundheitlichen Bestimmungen Bezug genommen wird. Denn die häufigste Integration gesundheitlicher Belange erfolgt bei Verfahren zur Prüfung der Umweltverträglichkeit, Gesundheitsaspekte von Plänen bzw. Programmen werden in Österreich noch weitgehend vernachlässigt. Es werden lediglich nachvollziehbare Gutachten über die gesundheitsrelevanten Folgewirkungen von Projekten erstellt, wobei die Gutachtenerstellung medizinischen Sachverständigen (z.B. Umweltmediziner, Amtsärzte) vorbehalten ist, die auch nachweisen können, dass sie über das nötige Fachwissen verfügen. (Marth, 2001, S.67).

In Bezug auf die Wirksamkeit von GVP können derzeit weder in Deutschland, noch in Österreich qualitative Aussagen getroffen werden, da die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung bis jetzt (Stand: Mai 2007) noch nicht evaluiert wurde.

In den vergangenen Jahren wurden von verschiedenen Experten Ziele gesetzt und Ausblicke verfasst, um die Bereitschaft GVP anzuwenden zu erhöhen und die Umsetzung zu verbessern. Rückblickend kann jedoch festgestellt werden, dass diese Ziele bis heute nicht oder nur bedingt erreicht wurden. Die Autorin hat deshalb basierend auf der von ihr durchgeführten Recherche folgende Zielsetzungen formuliert:

- Einführung gesetzlicher Rahmenbedingungen
- Überprüfung der Gesundheitsaspekte in einem UVP/SUP Verfahren
- Erstellung einer Übersichtsarbeit
- Durchführung eines Pilotprojektes
- Erarbeitung von Guidelines
- Aufbau eines länderübergreifenden Expertennetzwerkes
- Verstärkte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure
- Schulung der beteiligten Akteure
- Sensibilisierung der beteiligten Akteure
- Erarbeitung evidenzbasierter Qualitätssicherungsmaßnahmen

5 Gegenüberstellung HIA und GVP

Wie bereits erwähnt, gibt es Schwierigkeiten bei der Übersetzung von Health Impact Assessment ins Deutsche. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird weitgehend als deutscher Begriff für Health Impact Assessment verwendet, allerdings gehen dabei nicht nur Nebenbedeutungen der ursprünglichen Bezeichnung verloren (Blau et al. 2006, S.216-217), sondern es verändern sich auch grundlegende Prinzipien und Werte, welche Health Impact Assessment als umfassendes Instrument zur Verbesserung der Gesundheit auszeichnen.
Somit wird deutlich, dass eine Übersetzung und der dadurch entstehende Verlust des ursprünglichen Bedeutungsumfanges, erheblichen Einfluss auf die Verwendung von Health Impact Assessment haben (Blau et al. 2006, S.216).

"Impact" kann demnach nur unzureichend mit "Verträglichkeit" übersetzt werden, da es eher die "Gesamtwirkung" beschreibt und "Assessment" stellt vielmehr eine "umfassende Beurteilung", als eine "Prüfung" dar (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.2).
Blau et al. beschreiben in Kapitel 11 des Dokumentes "Health in All Policies" die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als "examination of acceptability from a health perspective". Auch die Übersetzung ins Englische ist somit weit entfernt von der Bedeutung von Health Impact Assessment (Blau et al. 2006, S.217).
Die Bezeichnung Gesundheitsverträglichkeitsprüfung rührt wahrscheinlich daher, dass Environmental Impact Assessment (EIA) offiziell mit Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) übersetzt wird (Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz Europäische Kommission, 2004, S.2).
Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass EIA in allen EU-Mitgliedsstaaten gesetzlich verankert ist und die Ziele, Konzepte und Methoden festgelegt sind. Für HIA gibt es jedoch keine EU-weit geltende Richtlinie, welche die Umsetzung in den jeweiligen Ländern vorschreibt.

In einigen Ländern werden andere Prozesse durchführt, welche einzelne Aspekte aus dem HIA-Verfahren enthalten. In anderen Ländern gibt es den Begriff HIA überhaupt nicht, auch nicht in Zusammenhang mit anderen Bewertungsverfahren (Wismar, 2004, S.43).
Somit gibt es in jedem Land unterschiedliche Vorgaben und Guidelines, welche den Einsatz und die Durchführung von HIA bestimmen (Blau et al. 2006, S.211). Außerdem bleibt es auch jedem Land freigestellt zu entscheiden welche Begrifflichkeit verwendet wird. In einigen Ländern wird ausschließlich die Bezeichnung Health Impact Assessment verwendet, in manchen Ländern wird zusätzlich zu HIA eine Bezeichnung in der eigenen Landessprache angewendet und einige Länder verwenden ausschließlich die Übersetzung von HIA in die eigene Landessprache, wie zum Beispiel Deutschland und Österreich (Blau et al. 2006, S.216). Wie schon zuvor erwähnt geht mit der Nutzung eines eigenen Begriffes auch die Anwendung unterschiedlicher Konzepte, Methoden und Verfahren auf der Basis abweichender Prinzipien und Werte einher. Dadurch wird ersichtlich, dass die Verwendung des Begriffes Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als Übersetzung für Health Impact Assessment mit Risiken verbunden ist.

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Unterschiede zwischen HIA und GVP zuerst in einer Tabelle gegenüberstellt, um dann in weiterer Folge näher erläutert zu werden. Im Anschluss an die Aufarbeitung der Frage nach der unterschiedlichen Berücksichtigung von Gesundheitseffekten, wird die eingangs festgelegte Problemstellung erörtert und die Forschungsfrage im Sinne der, in der Arbeit erlangten Erkenntnisse, beantwortet.

5.1 Die wesentlichen Unterschiede: HIA versus GVP

5.1.1 Unterschiedliche Wertigkeiten der beiden Ansätze

Ein Vergleich von HIA und GVP ist zwar aufgrund verschiedener Ziele, Prinzipien und Konzepte nur bedingt möglich (Sprenger, 2005, .S.18), in der folgenden Tabelle wird jedoch versucht die wesentlichen Unterschiede hervorzuheben:

Tabelle 9 Die wesentlichen Unterschiede von HIA und GVP
(nach Sprenger, 2005, S.19)

Health Impact Assessment	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
Eigenständiges Verfahren	Teil der UVP bzw. der SUP
Gesundheitsorientierter Ansatz	Krankheitsorientierter Ansatz
Bevölkerungsbezogener Ansatz	Individuumsbezogener Ansatz
Partizipation der Bevölkerung	Steuerung durch Expertenmeinung
Einbindung von Public Health Experten	Beibehaltung der für UVP/SUP üblichen Experten
Multidisziplinärer Ansatz	Monodisziplinärer Ansatz
Intersektoraler Ansatz	Sektoraler Ansatz
Review der vorhandenen Ergebnisse und Beschaffung neuer Erkenntnisse (quantitative und qualitative Evidenzermittlung)	Vergleich mit offiziellen Prüf- und Richtwerten (quantitative Evidenzermittlung)
Abgleich und Weiterentwicklung internationaler Datenbanken	Isolierte Datenermittlung
Beachtung sämtlicher Gesundheitsdeterminanten	Einschränkung auf die Beachtung der physischen Gesundheit
Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten und Fokus auf die Verteilungsgerechtigkeit	Missachtung der gesundheitlichen Ungleichheit und der Verteilungsgerechtigkeit
Fokus auf Outcome	Fokus auf Input
Gesundheitsförderung	Gesundheitserhaltung
Steigerung der Transparenz des Entscheidungsfindungsprozesses	Transparenz der Ergebnisdarstellung

Eigenständiges Verfahren – Teil der UVP/SUP

Das Health Impact Assessment ist ein eigenständiges Verfahren und wird auch als solches durchgeführt. Es befindet sich auf einem Level mit dem Environmental Impact Assessment und dem Strategic Environmental Assessment.

Bei der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung hingegen handelt es sich um kein eigenständiges Verfahren, denn die GVP wird als Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. der Strategischen Umweltprüfung durchgeführt.

Gesundheitsorientierter - Krankheitsorientierter Ansatz

Health Impact Assessment basiert auf einem umfassenden, ganzheitlichen Gesundheitsbegriff. Um ein HIA erfolgreich durchzuführen muss es auf einem ganzheitlichen Gesundheitsmodell mit einer umfassenden Definition von Gesundheit begründet sein. Als Grundlage eignet sich die These des Gesundheits–Krankheitskontinuums von Antonovsky, dadurch werden alle Bereiche integriert und die Beachtung aller relevanten Krankheits- und Gesundheitsaspekte wird ermöglicht.

Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung basiert auf einem engen, spezifischen Gesundheitsbegriff. Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit definiert, der Fokus wird auf die Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen und –risiken gelegt. Somit wird deutlich, dass sich die GVP nur mit krankmachenden Aspekten auseinandersetzt und es erfolgt lediglich eine Messung der Krankheitsindikatoren.

Bevölkerungsbezogener - Individuumsbezogener Ansatz

Bei einem Health Impact Assessment werden die Belange der gesamten betroffenen Bevölkerung in Betracht gezogen. Die Bevölkerung wird als Einheit erachtet und es wird ein allgemeiner Gesundheitszuwachs angestrebt. Um dieses Ziel zu erreichen, werden für jeden vertretbare Maßnahmen gewählt und jeder erhält eine angemessene Chance seinen Gesundheitszustand zu verbessern.

Bei einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird das Individuum in den Mittelpunkt gerückt. Die Gesundheit jedes Einzelnen soll erhalten und eine Gefährdung der Gesundheit bzw. Krankheit vermieden werden. Der Fokus wird dabei auf die Bedürfnisse Einzelner bzw. bestimmter Gruppen gelegt, auf Kosten des Wohles der Allgemeinheit und mit einhergehendem Verlust der Gesamtsicht.

Partizipation – Expertensteuerung

Eines der Grundprinzipien von Health Impact Assessment ist die Konsultation der betroffenen Bevölkerung und die Integration aller gesundheitsrelevanten Akteure. Die Einbindung der Meinung, Erfahrungen und Erkenntnisse aller betroffenen Stakeholder erhöht die Akzeptanz des Vorhabens und ermöglicht der durchführenden Organisation eine andere Sichtweise. So werden die Erwartungen aller betroffenen Akteure in Betracht gezogen und in die letztendliche Entscheidung integriert.

Bei einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung werden hauptsächlich von Experten erstellte Gutachten zur Entscheidungsfindung herangezogen. Die Konsultation der

Öffentlichkeit spielt zwar eine Rolle, jedoch handelt es sich hierbei lediglich um eine Einsicht- und Stellungsnahmemöglichkeit. Die Meinung betroffener Akteure wird somit erst eingeholt wenn bereits eine Bewertung getroffen und Empfehlungen abgegeben wurden.

Public Health Experten – UVP/SUP Experten

Bei einem Health Impact Assessment werden auch Public Health Experten zu Rate gezogen. Das bedeutet, dass Personen welche den Public Health Ansatz verstehen (Gesundheits-, Bevölkerungsorientierung und Interdisziplinarität), mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen zu einem umfassenden HIA beitragen.

Bei einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung werden keine speziellen Gesundheits- bzw. Public Health Experten integriert. Da GVP als Teil einer UVP bzw. SUP durchgeführt wird, werden dieselben Experten wie bei der UVP/SUP zu Rate gezogen. Umweltmediziner erstellen ärztliche Gutachten und das Gesundheitsamt stellt gesundheitsrelevante Daten zur Verfügung.

Multidisziplinärer - Monodisziplinärer Ansatz

Bei einem Health Impact Assessment arbeiten Akteure aus den unterschiedlichsten Disziplinen zusammen. Die Zusammenstellung der Arbeitsgruppe ist abhängig vom jeweiligen Verfahren und wird bei jedem HIA neu adaptiert.

In einem GVP-Verfahren ist die Gruppe der beteiligten Disziplinen enger gefasst. Es werden Experten im Umwelt- und im medizinischen Bereich befragt und an der Erarbeitung einer adäquaten Empfehlung beteiligt.

Intersektoraler - Sektoraler Ansatz

Bei der Erarbeitung eines Health Impact Assessments werden alle politischen Bereiche integriert. Dies ist in der Annahme begründet, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht nur vom Gesundheitssektor und von gesundheitspolitischen Entscheidungen beeinflusst wird. Eine ebenso entscheidende Rolle spielen die anderen Bereiche, wie zum Beispiel der Wirtschafts-, Bildungs-, Beschäftigungs-, Umwelt- und Transportsektor. Entscheidungen, welche in diesen Bereichen getroffen werden, haben einen ebenso bedeutenden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung wie Entscheidungen im Gesundheitssektor.

Bei einer GVP werden lediglich gesundheits- und umweltrelevante Entscheidungen beachtet. Die sektorenübergreifende Tätigkeit beschränkt sich auf den Umwelt- und den Gesundheitssektor, Entscheidungen in den übrigen Bereichen werden vernachlässigt.

Quantitative und qualitative Evidenzermittlung - Quantitative Evidenzermittlung

Um ein HIA wirksam durchzuführen, werden evidenzbasierte quantitative und qualitative Daten gesammelt. Die quantitative Datenermittlung dient der Sichtung des vorhandenen Materials, Informationen über Erfahrungen von bereits durchgeführten HIAs, Evaluations- und Monitoringberichte werden gesammelt und

auf brauchbare Aussagen und nützliche Informationen überprüft. Bei der qualitativen Datenermittlung werden zum Großteil neue Informationen gesammelt. Dies geschieht durch die Erfragung der Meinungen, Erfahrungen und Erkenntnisse der betroffenen Bevölkerung und der Integration des Wissens aller gesundheitsrelevanten Akteure.

Zur wirksamen Durchführung einer GVP werden hauptsächlich quantitative Daten benötigt. Vorhandene Gesundheitsdaten, Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken der betroffenen Bevölkerung und Prüfberichte über die Einhaltung von Grenz- und Richtwerten werden gesichtet. Bei der darauf folgenden Gutachtenerstellung gelten vor allem die Meinung und die Einstellung der Experten, welche dieses erarbeiten.

Internationale Datenbanken – Isolierte Datenermittlung

Bei der Erstellung eines Health Impact Assessments werden internationale Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem jeweiligen Bereich überprüft. Dazu werden auf internationaler Ebene Datenbanken erstellt, welche mit Evaluationsergebnissen und Monitoringdaten gespeist werden.
Jedes fertig gestellte HIA trägt zur Adaption und Weiterentwicklung der Datenbanken bei und ermöglicht so einen Erfahrungsaustausch in internationalen Netzwerken (Sprenger, 2005, S.19).

Eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist ein einmaliges Ereignis, für das je nach Bedarf die vorhandenen Gesundheitsdaten und –statistiken gesichtet werden. Es erfolgt keine Angleichung an internationale Standards, keine überregionale Orientierung an den Ergebnissen und Erkenntnissen bereits durchgeführter GVPs und kein Erfahrungsaustausch mit anderen GVP umsetzenden Organisationen und Akteuren (Sprenger, 2005, S.19).

Gesundheitsdeterminanten – Physische Gesundheit

Bei einem Health Impact Assessment wird der Einfluss des geplanten Vorhabens auf alle relevanten Gesundheitsdeterminanten beachtet. Dazu zählen politische, kulturelle und sozioökonomische Faktoren, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Einflüsse der Gesellschaft und des Gemeinwesens, Faktoren individueller Lebensführung und biologische Faktoren.

Bei einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird der Fokus auf die Lebensbedingungen, die so genannte physische Umwelt, der betroffenen Bevölkerung gelegt. Dabei werden vor allem Faktoren wie die Belastung durch Krankheitserreger, die Veränderung von Treibhausgasemissionen und anderen Umweltbedingungen (Luft-, Wasser, Bodenqualität, Klima, Lärm, Abfallentsorgung), die Entwicklung von Umweltfaktoren (Energieverbrauch und Ressourcen-Nachhaltigkeit, natürlicher Lebensraum, biologische Vielfalt) und die Zugangsmöglichkeit zu Menschen, Orten und Produkten beachtet.

Gesundheitliche Ungleichheit und Verteilungsgerechtigkeit

Ein weiteres Grundprinzip von HIA ist die Beachtung der gerechten Verteilung von Gesundheit und die Vermeidung bzw. Verminderung von gesundheitlicher

Ungleichheit. Dabei werden einerseits die Risiken, welchen die gesamte Bevölkerung ausgesetzt ist beachtet, aber es wird auch die Situation aller relevanten Bevölkerungsgruppen bzw. variablen Untergruppen in Betracht gezogen.
Diese Gruppen können aufgrund des Alters, des Geschlechtes, des sozioökonomischen Status, der ethnischen Zugehörigkeit, der Gesundheitssituation oder der jeweiligen Lebensführung einem erhöhten Risiko ausgesetzt sein.

Die Verteilungsgerechtigkeit und die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten ist kein vordringlicher Aspekt der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Bei der GVP werden lediglich altersspezifische Gruppen und Gruppen mit bestimmten Vorbelastungen hervorgehoben.

Outcome Fokus – Input Fokus

Ein zentrales Interesse von HIA ist die Darstellung des durch ein Vorhaben veränderten Gesundheitszustandes der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsuntergruppen. Diese Outcome-Messung wird am Ende eines Vorhabens im Rahmen der Evaluierung durchgeführt und ermöglicht Aussagen über die Wirksamkeit des HIAs zu treffen. Außerdem schafft die Ergebnisdarstellung eine evidenzbasierte Grundlage für künftige Health Impact Assessments.

Die Interessen einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung liegen weniger in der Darstellung des veränderten Gesundheitszustandes, als in der Beschreibung der auf den Organismus einwirkenden Schadstoffkonzentrationen und Emissionsbelastungen.

Gesundheitsförderung – Gesundheitserhaltung

Bei einem HIA steht die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsuntergruppen im Vordergrund. Dies geschieht einerseits durch die Reduzierung und Vermeidung negativer Effekte bestimmter Vorhaben und die Begünstigung und Steigerung positiver Auswirkungen und anderseits durch den Nachhaltigkeitsaspekt, welcher besagt, dass bei einem HIA sowohl lang- und kurzfristige, als auch direkte und indirekte Effekte berücksichtigt werden. Außerdem wird besonderes Augenmerk auf ein effektives Empowerment der Bevölkerung gelegt, was aus langfristiger Sicht ebenfalls den allgemeinen Gesundheitszustand fördert.

Bei einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird die Reduzierung bzw. gänzliche Vermeidung von umweltbezogenen Gesundheitsgefährdungen bzw. -risiken angestrebt, welche durch bestimmte Pläne, Projekte bzw. Programme verursacht werden. Aus diesem Grund erfolgt eine genaue Darstellung der gesundheits- bzw. umweltrelevanten Auswirkungen des Vorhabens. Das zentrale Interesse der GVP besteht somit darin, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten und eine Verschlechterung zu verhindern.

Transparenz des gesamten Prozesses

Unabhängig davon ob es sich um ein HIA im politischen Bereich, auf der Projekt- oder Programmebene handelt, sind alle Schritte, Maßnahmen, Methoden und Erkenntnisse für die Öffentlichkeit zugänglich und nachvollziehbar. Besonders bei poli-

tischen Entscheidungen ist dieses Thema sehr heikel, da politische Entscheidungsträger ihre Motive verdeckt halten und den Prozess der Gesetzesentstehung bevorzugt unter Ausschluss der Öffentlichkeit durchführen. Trotzdem wird bei einem HIA die Offenlegung dieser Details angestrebt um die Bevölkerung zu informieren und die Akzeptanz des geplanten Vorhabens zu verbessern.

Bei einer GVP werden umweltmedizinische Gutachten von vorab definierten Experten erstellt. Die Emissionsbelastungen werden gemessen und der schädigende Einfluss der auftretenden Noxen auf diverse Umweltmedien wird festgestellt. Nach einer Bewertung und Empfehlungsabgabe zur Reduzierung der umweltbezogenen Gesundheitsrisiken wird die Öffentlichkeit informiert und kann zu dem Entschluss Stellung nehmen. Somit erfolgt zwar eine Offenlegung der Ergebnisse, es fehlt jedoch die Transparenz im Prozessablauf.

5.1.2 Die unterschiedliche Berücksichtigung von Gesundheitseffekten

Wismar stellt in seinem 2004 im "Eurohealth" publizierten Artikel fest, dass die Umsetzung von HIA innerhalb Europas sehr unterschiedlich ist. Diese divergente Entwicklung in den einzelnen Ländern basiert auf den jeweiligen landesüblichen Bedingungen und dem vorherrschenden politischen Kontext in dem HIA durchgeführt wird. ("*health versus disease orientated, participant versus expert driven, separate versus integrated in other impact assessments*") (Wismar, 2004, S.43).

Im Allgemeinen bedarf es bei der Umsetzung von HIA eines Grundverständnisses von Public Health. Das Public Health Konzept umfasst all jene Aspekte, welche für die Durchführung eines wirksamen HIAs notwendig sind: Gesundheitsorientierung, Bevölkerungsbezogenheit und Interdisziplinarität, um nur die wichtigsten zu nennen. Jene Länder, in denen HIA erfolgreich durchgeführt wird, befassen sich bereits seit Jahren mit dem Public Health Konzept und haben die wichtigsten Aspekte bereits weitgehend in ihr Gesundheitssystem integriert.

In Ländern, wie zum Beispiel Österreich oder auch Deutschland erfolgte noch keine Integration des Public Health Gedankengutes. Es gibt zwar Pioniere, welche sich mit dem Thema auseinandersetzen, jedoch konnte Begriffen wie "Gesundheitsfokus", "Bevölkerungsbezug" und "interdisziplinäre Zusammenarbeit" der Weg ins österreichische bzw. deutsche Gesundheitswesen noch nicht geebnet werden.
In solchen Ländern herrscht zumeist ein Krankheitsmodell vor, wobei der Fokus auf die Beseitigung von Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen gelegt wird. Die Gesundheit wird sozusagen in den Krankenhäusern "produziert" und somit wird der Fokus auf die Verbesserung der intramuralen Versorgung gelegt.
Es gibt auch keine echte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der Begriff existiert zwar und wird auch verwendet, jedoch beschreibt er die Kommunikation von Personen mit unterschiedlicher medizinischer Ausbildung.
Vorwiegend arbeiten bei der in Österreich üblichen Umweltverträglichkeitsprüfung Umweltmediziner mit dem Gesundheitsamt zusammen. Auch der letzte der oben erwähnten Aspekte, der Fokus auf die Bevölkerung, wird vernachlässigt. Jeder Einzelne wird aufgrund seiner Beschwerden behandelt und entweder als krank oder gesund eingestuft. Es werden Screenings und Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt

und Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken erstellt. Somit wird der Fokus auf das Erkrankungsrisiko eines jeden Einzelnen gerichtet, anstatt den Gesundheitszuwachs der gesamten Bevölkerung in den Vordergrund zu stellen.

Aufgrund dieser Voraussetzungen und des fehlenden Public Health Konzeptes ist es aus momentaner Sicht nicht möglich Health Impact Assessment in Österreich und Deutschland in derselben Weise einzuführen, wie in Ländern deren Gesundheitssystem Public Health geprägt ist. Darin sind auch die unterschiedlichen Aspekte der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung begründet. Die Ziele, Prinzipien und Werte der GVP entsprechen den in diesen Ländern üblichen Auffassungen und der jeweiligen Ausprägung des Gesundheitswesens.

Demnach sind HIA und GVP nach der Meinung der Autorin zwei unterschiedliche Instrumente. Sie haben zwar den gleichen Ursprung, werden jedoch je nach vorherrschendem Prinzipien, Werten, beteiligten Akteuren und allgemein gültigen Gesundheitszielen unterschiedlich umgesetzt bzw. dem jeweiligen System angepasst.

In der folgenden Abbildung werden die zuvor getätigten Aussagen graphisch dargestellt. Es wird verdeutlicht, dass die Beziehung zwischen dem medizinischen und dem Public Health Konzept, ähnlich dem Krankheit-Gesundheits Modell ein Kontinuum darstellt, wobei die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung eher dem medizinischen Bereich und das Health Impact Assessment eher dem Public Health Bereich zugeordnet werden kann. Durch die unteren beiden Balken wird verdeutlicht, dass eine GVP nur in Ausnahmefällen den Prinzipien des Public Health Konzeptes entsprechen kann, dass es jedoch HIAs gibt, deren Orientierung eher krankheitslastig ist (siehe Abbildung 8).

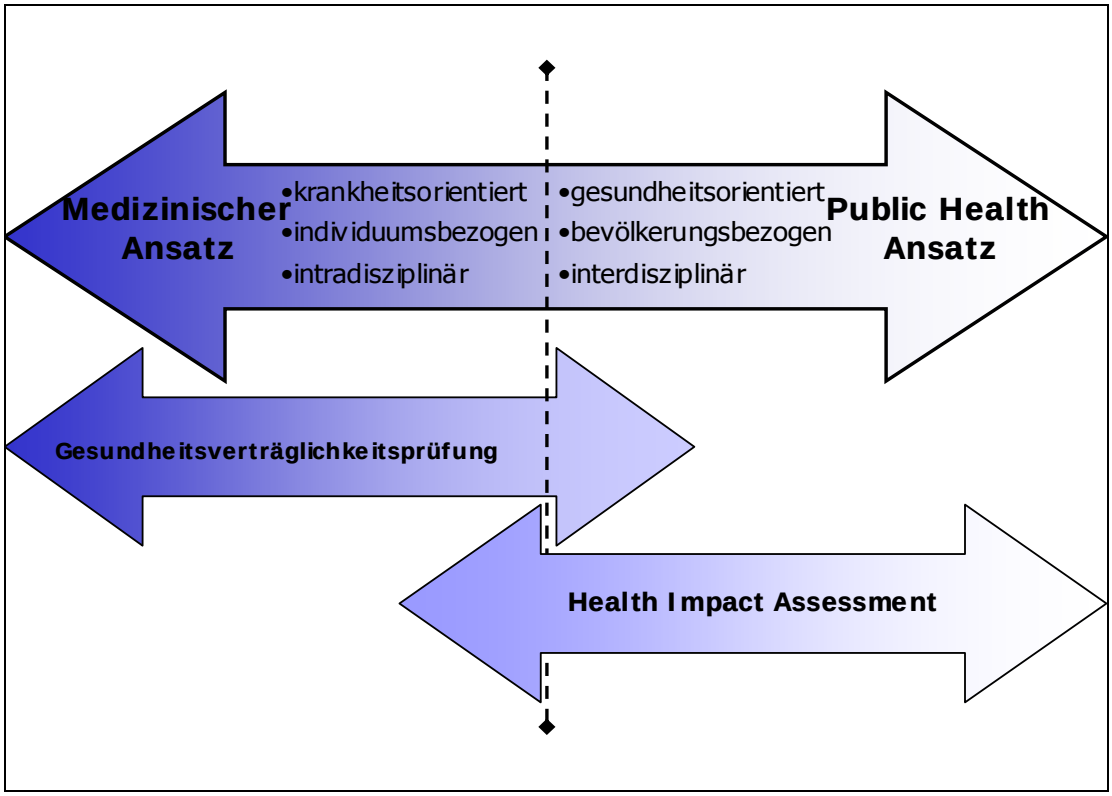

Abbildung 8 Medizinischer Ansatz - Public Health Ansatz – Kontinuum

5.2 Aufarbeitung der Fragestellung

Nachdem die Ziele, Inhalte, Konzepte und Methoden des Health Impact Assessments und der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung beschrieben und gegenübergestellt wurden, deren Wirksamkeit verglichen und die wesentlichsten Unterschiede aufgezeigt wurden, kam die Autorin zu folgendem Schluss:
Health Impact Assessment kann nur in jenen Ländern wirksam umgesetzt werden, in welchen bereits ein umfassender Gesundheitsansatz adaptiert wurde und wo der Public Health Gedanke das gesamte Gesundheitssystem durchzieht. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Erkenntnis, dass nicht nur der medizinische bzw. der Gesundheitssektor den Gesundheitszustand der Bevölkerung verändern können, sondern dass vor allem andere Bereiche, wie der Wirtschafts-, Bildungs-, Beschäftigungs-, Umwelt- oder Verkehrssektor maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit haben.

In Österreich konnten diese Ansätze bisher noch nicht ins Gesundheitswesen integriert werden. Der Glaube an die Medizin und die medizinischen Leistungen prägt das gesamte System, Ärzten bzw. medizinischen Einrichtungen und Leistungen wird der größte Einfluss an der Gesundheit der Bevölkerung zugeschrieben und somit werden alle anderen Sektoren weitgehend vernachlässigt.
Aufgrund dieser Voraussetzungen kann HIA in Österreich zum momentanen Zeitpunkt nicht im selben Umfang wie in Public Health geprägten Ländern umgesetzt werden. Es wurden medizinisch orientierte Ansätze entwickelt, welche dem jeweiligen Gesundheitssystem und den jeweils geltenden Auffassungen entsprechen. So kann, nach der Meinung der Autorin, die Entstehung der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung erklärt werden, welche ihren Ursprung zwar im HIA-Konzept hat, jedoch an die Bedürfnisse des jeweiligen Landes angepasst wurde.

5.3 Zusammenfassung

Die Verwendung des Begriffes Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als Übersetzung für Health Impact Assessment ist mit Schwierigkeiten behaftet. Es handelt sich einerseits um keine wörtliche Übersetzung und andererseits basieren die beiden Konzepte auf unterschiedlichen Zielen, Werten und Prinzipien.

In jedem Land gibt es unterschiedliche Richtlinien und Vorgaben zur Durchführung von HIA und es fehlt eine einheitliche EU-weite gesetzliche Regelung. Dieser Umstand führt dazu, dass es jedem Land frei steht den HIA Begriff zu verwenden oder eine eigene Bezeichnung in der Landessprache einzuführen und das Konzept an die jeweiligen landesüblichen Bedingungen und Prinzipien anzupassen. Dies führte zur Entstehung der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, welche ihren Ursprung zwar im Konzept des Health Impact Assessments hat, in der Ausformung jedoch eigene Ziele, Prinzipien und Werte verfolgt.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen HIA und GVP lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Health Impact Assessment	**Gesundheitsverträglichkeitsprüfung**
Eigenständiges Verfahren	Teil der UVP bzw. der SUP
Gesundheitsorientierter Ansatz	Krankheitsorientierter Ansatz
Bevölkerungsbezogener Ansatz	Individuumsbezogener Ansatz
Partizipation der Bevölkerung	Steuerung durch Expertenmeinung
Einbindung von Public Health Experten	Für UVP/SUP übliche Experten
Multidisziplinärer Ansatz	Monodisziplinärer Ansatz
Intersektoraler Ansatz	Sektoraler Ansatz
quantitative und qualitative Evidenz	quantitative Evidenz
Abgleich internationaler Datenbanken	Isolierte Datenermittlung
Alle Gesundheitsdeterminanten	Physische Gesundheit
Fokus auf Verteilungsgerechtigkeit	Kein Fokus auf Verteilungsgerechtigkeit
Fokus auf Outcome	Fokus auf Input
Gesundheitsförderung	Gesundheitserhaltung
Transparenz des Entscheidungsprozesses	Transparenz der Ergebnisdarstellung

Die Einführung von HIA erfordert ein Grundverständnis des Public Health Gedanken (Interdisziplinarität, Gesundheitsbezogenheit und Bevölkerungsorientierung) und die Beachtung des "Health in All Policies" – Konzeptes, welches besagt, dass nicht nur das Gesundheitswesen die Gesundheit beeinflusst, sondern auch andere politische Bereiche (z.B. der Wirtschafts-, Umwelt-, Bildungs-, Beschäftigungs- oder Transportsektor). Die GVP hingegen wurde in jenen Ländern entwickelt, in denen das Gesundheitssystem monodisziplinär, krankheits- und individuumsbezogen ist und der Gesundheitssektor den größten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung hat. Solange sich der Grundgedanke in diesen Ländern nicht ändert bzw. in Richtung Public Health Konzept weiterentwickelt, kann HIA als umfassendes Instrument nicht eingeführt werden.

6 Schlusswort

Health Impact Assessment hat das Potential die positiven Effekte von politischen Entscheidungen, Programmen und Projekten zu verbessern bzw. auszubauen und negative Effekte zu reduzieren bzw. gänzlich zu vermeiden.
In die Bewertung werden alle relevanten Gesundheitsaspekte und –determinanten integriert und die gesundheitlichen Auswirkungen des Vorhabens werden sowohl für die gesamte Bevölkerung, als auch für einzelne betroffene Bevölkerungsuntergruppen festgestellt. Dies geschieht durch die Konsultation und die Einbindung der Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen der jeweiligen Gruppen. Die Partizipation beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Bevölkerung, sondern es werden alle relevanten Akteure bei der Erarbeitung eines HIAs beteiligt und somit erhöhen sich die Transparenz und die allgemeine Akzeptanz des Vorhabens.
Ein effektiv durchgeführtes HIA zielt demnach auf die Beeinflussung des Entscheidungsfindungsprozesses, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Die Diskussionen rund um HIA werden auch weiterhin andauern, wobei immer mehr internationale Organisationen und Regierungen Interesse an dieser Thematik bekunden. In naher Zukunft sind die folgenden beiden Konferenzen geplant, eine findet im europäischen Raum, die andere in Australien statt:
In Dublin Castle, Irland findet vom 16. bis 17. Oktober 2007 die 8. Internationale HIA Konferenz zum Thema "Healthy Public Policy – Is HIA the Cornerstone?" statt (The Institute of Public Health in Ireland) und vom 7. bis 9. November 2007 findet in Sydney die "South East Asia and Oceania Regional Health Impact Assessment" Konferenz statt. Diese Konferenz bietet HIA Interessierten und Experten die Möglichkeit mehr über das Thema zu lernen, Netzwerke zu bilden, Erfahrungen auszutauschen, die eigenen Ideen beizusteuern und die bisherigen Erkenntnisse im Umgang mit HIA zu reflektieren (NSW Research Centre for Primary Health Care and Equity).

Auch der Thematik rund um die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist in den letzten Jahren vermehrt Beachtung zugekommen. Allerdings fehlen, im Unterschied zum HIA, Richtlinien und Guidelines zur einheitlichen Umsetzung. Die knappen Budgetmittel im Gesundheitssektor, ein begrenzter Zeitrahmen und der allgemeine Wunsch nach vereinfachten bzw. ressourcensparenden Prüfverfahren, bildet zudem eine schwierige Grundlage für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Diese und andere Gründe tragen dazu bei, dass die GVP momentan (Stand: Mai 2007) noch wenig erfolgreich umgesetzt wird.
Die Unterschiede zwischen HIA und GVP, welche im Laufe der Arbeit herausgearbeitet wurden, zeigen zudem deutlich, dass es sich bei HIA und GVP um zwei unterschiedliche Konzepte mit verschiedenen Zielen, Akteuren, Prinzipien und Werten handelt. Für ein Land wie Österreich ist es demnach derzeit nicht möglich einen HIA-ähnlichen Ansatz einzuführen. HIA benötigt ein Public Health geprägtes Umfeld, in welchem ein umfassender und ganzheitlicher Gesundheitsansatz das Gesundheitswesen bestimmt, multidisziplinär zusammengearbeitet wird, die Orientierung an der gesamten Bevölkerung erfolgt und die Bedeutung aller politischen Bereiche für die Gesundheit bekannt ist.

Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, kann Health Impact Assessment nicht effektiv eingeführt werden. Aus diesem Grund wurde in Deutschland und in Österreich die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung als Teil der UVP/SUP entwickelt, die mit anderen Prinzipien, beteiligten Akteuren, Werten und Zielen auch andere Voraussetzungen erfüllt. Die GVP bedarf keiner multidisziplinären Zusammenarbeit und der zugrunde liegende Gesundheitsbegriff ist eher eng gefasst. Das Konzept orientiert sich an den Bedürfnissen des Individuums und es besteht die Auffassung, dass die Gesundheit hauptsächlich von Leistungen bzw. Entscheidungen des Gesundheitssektors beeinflusst wird.

In Österreich wurde jedoch, im Gegensatz zu Deutschland, bis heute kein einziges GVP-Projekt durchgeführt. Die Ursache dafür ist laut Meinung der Autorin einerseits die fehlende gesetzliche Verankerung und andererseits der vorherrschende Glaube, dass die gesundheitlichen Auswirkungen von Plänen, Programmen und Projekten in herkömmlichen Umweltverträglichkeitsprüfungen bzw. Strategischen Umweltprüfungen ausreichend erfasst werden. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten zwar im UVP-Gesetz bzw. in den jeweiligen SUP-Gesetzen geregelt ist, in der Praxis jedoch weitgehend vernachlässigt wird. Außerdem wurde, abgesehen von den SUP-Pilotprojekten, in Österreich noch kein beispielgebendes Projekt zur Strategischen Umweltprüfung durchgeführt. Die Umweltverträglichkeitsprüfung hingegen wird bereits seit Jahren umgesetzt und umweltmedizinische Gutachten werden erstellt. Obwohl sich die Gutachten nicht verändert haben, tragen sie heute als Gesundheitsprüfungen bezeichnet, bei den Anforderungen nach der Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten gerecht zu werden.

Die derzeitige Situation erfordert ein Umdenken und einen Wertewandel, um den Weg für neue Ansätze bzw. Konzepte und eine verbesserte Integration der Gesundheitsfragen zu bereiten. Die Prinzipien bereichsübergreifender Zusammenarbeit und interdisziplinärer Kooperation müssen stärker im System verankert werden und bestehende Instrumente und Maßnahmen müssen in den Entscheidungsfindungsprozess integriert werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die vermehrte Einbindung und Beteiligung der Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen der Öffentlichkeit, um das Bewusstsein und die Akzeptanz der Bevölkerung sowohl für das geplante Vorhaben, als auch für das eigentliche Verfahren zu erhöhen.

Letztendlich darf auch auf die Wichtigkeit der Weiterentwicklung sowohl von HIA als auch von GVP im gesamteuropäischen Rahmen nicht vergessen werden. Die ständige Anpassung und Entwicklung der Verfahren und Methoden ist ausschlaggebend für eine effektive Nutzung der Instrumente und somit auch für das Potential von HIA und GVP den Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.
Um schrittweise die Voraussetzungen für ein einheitliches Instrument zu schaffen, muss der "Health in All Policy" Gedanke weiter verbreitet werden. Sowohl den durchführenden Organisationen, als auch den politischen Entscheidungsträgern muss bewusst gemacht werden, dass nicht nur der Gesundheitssektor, sondern Entscheidungen in allen politischen Bereichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben.

7 Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

ABL EG Nr. L 175/40, 85/337/EWG idF ABL EG Nr. L 156/17, 2003/35/EG: *Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1985 über die Umweltverträglichkeitsprüfung bei bestimmten öffentlichen und privaten Projekten*.

Arbter, K. (2004). *SUP Strategische Umweltprüfung für die Planungspraxis der Zukunft*. Neuer wissenschaftlicher Verlag, Wien Graz.

Arbter, K., Platzer-Schneider, U. (2005). *Strategische Umweltprüfung – von der Richtlinie über die Umsetzung in die Praxis*. The Austrian Transposition of the SEA Directive. In: UVP-Report, Vol. 19 (1): S.20-22

Aschemann, R. (2004). *Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Ein Instrument zur Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen*. Austrian Institute for the Development of Environmental Assessment. Graz.

Aschemann, R. (2005). *"Gesundheitliche Aspekte der UVP: die GVP". Präsentation der GVP-Studie*. Austrian Institute for the Development of Environmental Assessment. Graz. Online verfügbar unter: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10209839_6690198/7abe81a7/Aschemann%20GVP%20-%20Studienpr%C3%A4sentation.ppt (letzter Zugriff: 18.03.2007)

Aschemann, R., Amegah, T. (2005). Symposium: *"Gesundheitliche Aspekte der UVP: die GVP". Ergebnisse des Symposiums*. Austrian Institute for the Development of Environmental Assessment. Graz. Online verfügbar unter: http://www.anidea.at/Fazit.pdf (letzter Zugriff: 18.03.2007)

Barnes, R. & Scott-Samuel, A. *A Ten Minute Guide to Health Impact Assessment*. Online verfügbar unter: http://www.ihia.org.uk/hiaguide.html (letzter Zugriff: 31.01.2007)

Beschluss Nr. 1600/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Juli 2002: *Das sechste Umweltaktionsprogramm der europäischen Gemeinschaft*.

BGBl. I 1990, 205. Neugefasst durch Bek. v. 25.6.2005 I 1757, 2797. Zuletzt geändert durch Art. 2 G. v. 21.12.2006 I 3316: *Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung*.

BGBl. Nr. 34/2006: *Umweltanpassungsgesetz 2005*.

BGBl. I Nr. 60/2005: *Bundes-Umgebungslärmschutzgesetz – Bundes-LärmG*.

BGBl. I Nr. 82/2003: *Änderung des Wasserrechtsgesetzes 1959 und des Wasserbautenförderungsgesetzes 1985 sowie Aufhebung des Hydrografiegesetzes*.

BGBl. I Nr. 96/2005: *Strategische Prüfung im Verkehrsbereich (SP-V-Gesetz)*.

BGBl. I Nr. 155/2004: Änderung *des Abfallwirtschaftsgesetzes 2002 (AWG-Novelle 2004)*.

BGBl. Nr. 697/1993 idF BGBl. 793/1996., BGBl. I Nr. 89/2000., BGBl. I Nr. 108/2001., BGBl. I Nr. 151/2001., BGBl. I Nr. 50/2002., BGBl. I Nr. 153/2004., BGBl. I Nr. 14/2005: *Bundesgesetz über die Prüfung der Umweltverträglichkeit (UVP-G 2000)*.

Blau, J., Ernst, K., Wismar, M., Baro, F., Blenkuš, M. G., Bremen, K., Fehr, R., Gulis, G., Kauppinen, T., Mekel, O., Nelimarkka, K., Perttilä, K., Scagnetti, N., Sprenger, M., Stegeman, I., Welteke, R. (2006). *Chapter 11. The use of health impact assessment across Europe*. In: Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, S.209-230

Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie. (1999). *Österreichischer Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan*, Wien.

Cameron, M. (2000). *A Short Guide to Health Impact Assessment. Informing Healthy Decisions*. NHS Executive, London.

Englert, N. (2001). *Fachliche Stellungnahmen zur Entwicklung von GVP in Deutschland*. In: Tagungsband: Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung Health Impact Assessment. Berlin, 19. und 20. November 2001. Im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG). Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld.

European Observatory on Health Systems and Policies. (2006). *Conceptual framework for task 2. The effectiveness of health impact assessment*.

Eurotreaties. (2004). Online verfügbar unter:
http://www.eurotreaties.com/amsterdam.html (letzter Zugriff: 01.02.2007)

Fehr, R. (2005a). *Erfahrungen mit GVP in Deutschland*. GVP-Symposium, Graz. Online verfügbar unter:
http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10209839_6690198/e85efba3/Fehr%20Abstract%20GVP%20Dez%202005.pdf (letzter Zugriff: 18.03.2007)

Fehr, R. (2005b). *Erfahrungen mit GVP in Deutschland*. GVP-Symposium, Graz. Online verfügbar unter:
http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10209839_6690198/ea3dbacd/2 (letzter Zugriff: 18.03.2007)

Fehr, R. (2006). *Projekt "Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit"*. In: Info Brief Umweltmedizin Umwelthygiene, Heft 1+2, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, S. 14-17

Frankish, C. J., Green, L. W., Ratner, P. A., Chomik, T., Larsen, C. (1996) *Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy*. Health Promotion Development Division of Health Canada. Online verfügbar unter: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/impact/index.html (letzter Zugriff: 01.02.2007)

Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission. (2004). *European Policy Health Impact Assessment. Gesundheitsverträglichkeit Europäischer Politikentscheidungen*. Online verfügbar unter: http://www.ihia.org.uk/ephia/reports/ephiaempfehlungzvorgehen.pdf (letzter Zugriff: 31.01.2007)

Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin. 62. Jahrgang, Nr. 19. (2006): *Gesundheitsdienstreformgesetz*, S. 450-455

Health Impact Assessment Research Unit. University of Birmingham. (2003). *Health Impact Assessment Training Manual*. Department of Public Health and Epidemiology. Online verfügbar unter: http://pcpoh.bham.ac.uk/publichealth/hiaru/files/Training%20Manual.pdf (letzter Zugriff: 31.01.2007)

Institute of Public Health in Ireland. (2006). *Health Impact Assessment Guidance*. Online verfügbar unter: http://www.publichealth.ie/index.asp?locID=489&docID=581 (letzter Zugriff: 22.01.2007)

Ison, E. (2000). A Resource for Health Impact Assessment. Volume 1: The Main Resource. Section 1: *What is Health Impact Assessment*. NHS Executive, London, S. 19-39

Ison, E. (2000). A Resource for Health Impact Assessment. Volume 1: The Main Resource. Section 2: *The Process of Health Impact Assessment*. NHS Executive, London, S. 41-71

Ison, E. (2000). A Resource for Health Impact Assessment. Volume 1: The Main Resource. Section 3: *Understanding why Health Impact Assessment is important*. NHS Executive, London, S. 75-87

Ison, E. (2000). A Resource for Health Impact Assessment. Volume 1: The Main Resource. Section 4: *Preparing to introduce Health Impact Assessment*. NHS Executive, London, S. 89-101

Ison, E. (2000). A Resource for Health Impact Assessment. Volume 1: The Main Resource. Section 5: *Embarking on Health Impact Assessment*. NHS Executive, London, S. 103-131

Ison, E. (2000). A Resource for Health Impact Assessment. Volume 1: The Main Resource. Section 6: *Models of Health Impact Assessment*. NHS Executive, London, S. 135-169

Kemm, J. (2006). *Chapter 10. Health Impact Assessment and Health in All Policies*. In: Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, S. 189-207

Kemm, J., Perry, J. (2004). What is HIA? Introduction and overview. Zitiert in: Blau, J., Ernst, K., Wismar, M., Baro, F., Blenkuš, M. G., Bremen, K., Fehr, R., Gulis, G., Kauppinen, T., Mekel, O., Nelimarkka, K., Perttilä, K., Scagnetti, N., Sprenger, M., Stegeman, I., Welteke, R. (2006). *Chapter 11. The use of health impact assessment across Europe*. In: Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, S. 216

Kerschner, F. (2005). *Rechtliche Aspekte der GVP in Österreich. GVP-Symposium, Graz*. Online verfügbar unter: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10209839_6690198/403480b2/Kerschner%20Abstract%20GVP%20Dez%202005.pdf (letzter Zugriff: 18.03.2007)

Klaffl, I., Bergthaler, W., Niederhuber, M., Brandl, K., Leitner, M., Lexer, W., Kurzweil, A., Margelik, E., Nagl, C., Tulipan, M. (2006). *UVP-Evaluation. Evaluation der Umweltverträglichkeitsprüfung in Österreich*. Umweltbundesamt, Wien.

Kobusch, A. B., Fehr, R., Serwe, H. J. (Hrsg.). (1997). *Gesundheitsverträglichkeit: Grundlagen – Konzepte – Praxiserfahrungen*. 1. Auflage. Normos Verlag, Baden Baden.

KOM(2003) 334: *Bericht der Kommission an das europäische Parlament und den Rat über die Anwendung und den Nutzeffekt der UVP-Richtlinie (Richtlinie 85/337/EWG, idF Richtlinie 97/11/EG). Die Erfolge der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der UVP-Richtlinie*.

Krieger, N., Northridge, M., Gruskin, S., Quinn, M., Kriebel, D., Davey Smith, G., Bassett, M., Rehkopf, D., Miller, C. (2003). *Assessing Health Impact Assessment: Multidisciplinary and International Perspectives*. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 57, S. 659-662

Lercher, P. (2003). *Die subtilen Wirkungen des Verkehrslärms auf die Gesundheit von Kindern: Eine Fallstudie in einer sensiblen Alpengegend (Tirol)*. Berlin Symposium "Kinder und Lärm". Online verfügbar unter: http://www.hss-innsbruck.at/Verkehrsl%C3%A4rm_Lercher.PDF (letzter Zugriff: 18.03.2007)

Lerer, L. (1999). *How to do (or not to do) Health Impact Assessment*. In: Health Policy and Planning, Oxford University Press, Vol. 14 (2), S. 198-203

LGBl. Nr. 1/2006: Gesetz über die Vermeidung und Erfassung von Abfällen (Vorarlberger Abfallwirtschaftsgesetz – V-AWG).

LGBl. Nr. 3/2004: Gesetz, mit dem das Salzburger Raumordnungsgesetz 1998 geändert wird.

LGBl. Nr. 10/2006: Bauordnung für Wien; Änderung.

LGBl. Nr. 11/2007: Burgenländische Straßengesetz-Novelle 2006

LGBl. Nr. 13/2005: Steiermärkisches Raumordnungsgesetz 1974.

LGBl. Nr. 17/2006 Vermeidung und Behandlung von Abfällen und die Einhebung einer hiefür erforderlichen Abgabe im Gebiete des Landes Wien.

LGBl. Nr. 18/2006: Wiener Nationalparkgesetz; Änderung.

LGBl. Nr. 19/2005: Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm.

LGBl. Nr. 19/2006: Abfallwirtschaftsgesetz-Novelle 2005.

LGBl. Nr. 22/2006: Gesetz über den Bau und die Erhaltung öffentlicher Straßen sowie über die Wegefreiheit (Straßengesetz – StrG.).

LGBl. Nr. 25/2004: Kärntner Umweltplanungsgesetz.

LGBl. Nr. 26/2005: Änderung des NÖ Raumordnungsgesetzes 1976.

LGBl. Nr. 33/2005: Gesetz über die Raumplanung (Raumplanungsgesetz – RPG).

LGBl. Nr. 34/2005: Tiroler Umweltprüfungsgesetz – TUP

LGBl. Nr. 35/2005: Gesetz vom 9. März 2005, mit dem das Tiroler Raumordnungsgesetz 2001 und die Tiroler Bauordnung 2001 geändert werden.

LGBl. Nr. 36/2006: Gesetz vom 6. Juli 2006, mit dem das Burgenländische Raumplanungsgesetz geändert wird.

LGBl. Nr. 44/2006: Oö. Umweltschutzgesetz-Novelle 2006.

LGBl. Nr. 115/2005: Oö. Raumordnungsgesetz-Novelle 2005.

Marth, E. (2001). *GVP und Umweltmedizin in Österreich*. In: Tagungsband: Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung Health Impact Assessment. Berlin, 19. und 20. November 2001. Im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG). Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld.

Mayer, S. (2006). *Umsetzung und Entwicklungen in Österreich*. Umweltbundesamt. Online verfügbar unter: http://www.oir.at/iddb/archiv6587/89_archiv6587_42816.pdf?etxsid=5cc05325e859e2a (letzter Zugriff: 21.03.2007)

Neus, H. (2001). *GVP aus der Perspektive der Landesgesundheitsbehörden*. In: Tagungsband: Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung Health Impact Assessment. Berlin, 19. und 20. November 2001. Im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG). Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld.

Österreichische Raumordnungskonferenz. (2004). *Methodenpapier zur Umsetzung der Richtlinie 2001/42/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Juni 2001 (SUP-Richtlinie) in die Raumplanungspraxis Österreichs*.

Parry, J., Stevens, A. (2001). *Prospective Health Impact Assessment: Pitfalls, problems, and possible ways forward*. In: British Medical Journal (BMJ), Vol. 323, S. 1177-1182

Public Health Advisory Committee. (2004). *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*. National Advisory Committee on Health and Disability, Wellington.

Public Health Advisory Committee. (2007). *An idea whose time has come. New opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand public policy and planning*. National Advisory Committee on Health and Disability, Wellington.

Quigley, R., Cavanagh, S., Harrison, D., Taylor, L. (2004). *Clarifying Health Impact Assessment, Integrated Impact Assessment and Health Needs Assessment*. Health Development Agency, Yorkshire.

Quigley, R., den Bröder, L., Furu, P., Bond, A., Cave, B., Bos, R. (2006). *Health Impact Assessment. International Best Practice Principles*. In: Special Publication Series No.5, International Association for Impact Assessment, USA.

Richtlinie 2001/42/EG des Europäischen Parlaments und des Rates: *Die Prüfung der Umweltauswirkungen bestimmter Pläne und Programme*.

Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Verlag Hans Huber, Bern.

Rösler, C. (2005). *Projektbericht: Kommunale Zusammenarbeitsstrukturen zur Berücksichtigung von Umwelt- und Gesundheitsbelangen in Planungsverfahren (APUG NRW)*. In: Info Brief Umweltmedizin Umwelthygiene, Heft 2, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, S. 12-14

Scottish Health Impact Assessment Network. (2001). *Health Impact Assessment: A Guide for local authorities*. Public Health Institute of Scotland. Online verfügbar unter:
http://www.phel.gov.uk/hiadocs/263_scottish_hia_guide_for_local_authorities.pdf
(letzter Zugriff: 22.01.2007)

Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K. (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. 2. Auflage. International Health Impact Assessment Consortium, Liverpool.

Signal, L., Durham, G. (2000). *Health Impact Assessment in the New Zealand Policy Context*. In: Social Policy Journal of New Zealand, Issue 15, S. 11-26

Sprenger, M. (2005). *Health Impact Assessment*. Österreichische Krankenhauszeitung, Jg. 46. 09, S. 18-21

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Taylor, L. Blair-Stevens, C. (2002). *Introducing Health Impact Assessment (HIA): Informing the decision-making process*. Health Development Agency, London.

Taylor, L., Gowman, N., Quigley, R. (2003a). *Addressing inequalities through Health Impact Assessment*. Health Development Agency, Yorkshire.

Taylor, L., Gowman, N., Lethbridge, J., Quigley, R. (2003b). *Deciding if a Health Impact Assessment is required (Screening for HIA)*. Health Development Agency, Yorkshire.

Taylor, L., Gowman, N., Quigley, R. (2003c). *Evaluating Health Impact Assessment*. Health Development Agency, Yorkshire.

Taylor, L., Gowman, N., Quigley, R. (2003d). *Influencing the decision-making process through Health Impact Assessment*. Health Development Agency, Yorkshire.

Taylor, L., Quigley, R. (2002). *Health Impact Assessment. A review of reviews*. Health Development Agency

Umweltbundesamt. (2004). *Umweltsituation in Österreich. Siebenter Umweltkontrollbericht des Umweltministers an den Nationalrat*. Wien.

United Nations Economic Commission for Europe. (2003). *Protocol on Strategic Environmental Assessment to the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context*, Kiev.

United Nations Economic Commission for Europe. (2007a). *Final Draft. Resource Manual to Support Application of the UNECE Protocol on Strategic Environmental Assessment*. Online verfügbar unter: http://www.unece.org/env/eia/sea_protocol.htm (letzter Zugriff: 14.04.2007)

United Nations Economic Commission for Europe. (2007b). *Draft for Consultation. Resource Manual to Support Application of the UNECE Protocol on Strategic Environmental Assessment. Annex/Chapter A7: Health*. Online verfügbar unter: http://www.unece.org/env/eia/sea_protocol.htm (letzter Zugriff: 14.04.2007)

Vanclay, F. (2003). *Social Impact Assessment. International Principles*. In: Special Publication Series No.2, International Association for Impact Assessment, USA.

Welteke, R. (2001). *Nationaler Workshop "Gesundheitsverträglichkeit" 19./20. November 2001 in Berlin: Impuls für Gesundheit in Prüfverfahren auf allen Ebenen*. In: Info Brief Umweltmedizin Umwelthygiene, Heft 3, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, S. 8

Welteke, R. (2002). *Workshop zum Thema Gesundheitsverträglichkeit/Health Impact Assessment (HIA) in Berlin, November 2001*. In: Info Brief Umweltmedizin Umwelthygiene, Heft 1, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, S. 7-8

Welteke, R. (2003). *Gesundheitsverträglichkeit und Mitwirkung an Planungen – weitere Schritte zu einem zukunftsfähigen Konzept für NRW*. In: Info Brief Umweltmedizin Umwelthygiene, Heft 2, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, S. 5-6

Welteke, R. (2005). *Akzent: Software "Taskmanager Gesundheitsverträglichkeit" (TGV lögd) als Testversion – Mitwirkung an Planungen auf neuen Wegen*. In: Info Brief Umweltmedizin Umwelthygiene, Heft 1, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, S. 13-16

Welteke, R., Fehr, R. (Hrsg.). (2002). Tagungsband: *Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung Health Impact Assessment. Berlin, 19. und 20. November 2001. Im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG)*. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld.

WHO European Centre for Health Policy. (1999). *Health Impact Assessment. Main Concepts and suggested approach*. Gothenburg Consensus Paper. WHO Regional Office for Europe, Brussels.

Wismar, M. (2004). *The effectiveness of health impact assessment*. In: Eurohealth, Vol. 10, No 3-4, S.41-43

Wismar, M., Blau, J., Ernst, K., Elliott, E., Golby, A., Herten, L., Lavin, T., Strička, M., Williams, G. (2006). *Chapter 12. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe*. In: Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, S. 231-252

7.1.1 Verwendete Internetquellen (letztes Zugriffsdatum)

Arbter, K. Strategische Umweltprüfung – SUP. Rechtliche Grundlagen. Online verfügbar unter: http://www.arbter.at/sup/sup_rg.html (letzter Zugriff: 21.03.2007)

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Online verfügbar unter: http://www.bmu.de/gesetze_verordnungen/bmu-downloads/doc/20099.php (letzter Zugriff: 02.05.2007)

Deutsches UVP-Netz. Gesellschaft für die Prüfung der Umweltverträglichkeit. Online verfügbar unter:
http://www.uvp.de/welcome.html?http://www.uvp.de/report/jg2001.html (letzter Zugriff: 02.05.2007) und
http://www.uvp.de/welcome.html?http://www.uvp.de/report/jg2005.html (letzter Zugriff: 02.05.2007)

European Observatory on Health Systems and Policies. Research topics – Health Impact Assessment. Online verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310_1 (letzter Zugriff: 04.04.2007)

NSW Research Centre for Primary Health Care and Equity. HIA 2007 conference. Online verfügbar unter: http://www.hia2007.com/ (letzter Zugriff: 03.05.2007)

The Institute of Public Health in Ireland. Health Impact Assessment. Online verfügbar unter: http://www.publichealth.ie/index.asp?locID=561&docID=695 (letzter Zugriff: 03.05.2007)

United Nations Economic Commission for Europe - UNECE. Protocol on Strategic Environmental Assessment. Online verfügbar unter:
http://www.unece.org/env/eia/sea_protocol.htm (letzter Zugriff: 22.03.2007) und
http://www.unece.org/env/eia/protocol_status.html (letzter Zugriff: 13.04.2007)

Umweltbundesamt. Umsetzung. Online verfügbar unter:
http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/uvpsupemas/sup/sup_umsetzung/umsetzungland (letzter Zugriff: 21.03.2007) und
http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/uvpsupemas/sup/sup_umsetzung/umsetzung_bund (letzter Zugriff: 21.03.2007) und
http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/uvpsupemas/uvpoesterreich1/verfahrensablauf/ (letzter Zugriff: 14.04.2007)

Umweltbundesamt für Mensch und Umwelt. Online verfügbar unter:
http://www.umweltbundesamt.de/wasser/themen/gewschr/fue-eg2.htm (letzter Zugriff: 02.05.2007) und http://www.umweltbundesamt.de/verkehr/index-verkehrsplanung.htm (letzter Zugriff: 02.05.2007) und
http://www.umweltrat.de/03stellung/stellung.htm (letzter Zugriff: 02.05.2007) und
http://www.umweltdaten.de/publikationen/fpdf-l/2638.pdf (letzter Zugriff: 02.05.2007) und http://www.umweltdaten.de/publikationen/fpdf-l/2210.pdf (letzter Zugriff: 02.05.2007)

Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (letzter Zugriff: 01.04.2007)

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Die unterschiedlichen Ebenen von HIA 15
Abbildung 2 Die Hauptgruppen der Gesundheitsdeterminanten 20
Abbildung 3 Das Verhältnis zwischen prospektiven, zeitgleichen und retrospektiven Health Impact Assessments 29
Abbildung 4 Die Interaktion der einzelnen HIA-Phasen 37
Abbildung 5 Das Zusammenspiel der Bewertungsarten 43
Abbildung 6 Anwendungsbereiche von UVP und SUP 59
Abbildung 7 GVP-Prozess nach dem Bielefelder Modell 76
Abbildung 8 Medizinischer Ansatz - Public Health Ansatz – Kontinuum 100

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beispiele spezifischer Gesundheitsdeterminanten 21
Tabelle 2 Darstellung der 1. und 2. Aufgabe des Projektes "The effectiveness of health impact assessment" 34
Tabelle 3 Bestimmung der vier Effektivitätsarten 35
Tabelle 4 Die wesentlichen Unterschiede zwischen UVP und SUP 60
Tabelle 5 Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Bundesebene 64
Tabelle 6 Umsetzung der SUP-Richtlinie auf Landesebene 65
Tabelle 7 SUP Pilotprojekte in Österreich 68
Tabelle 8 Gegenüberstellung des allgemeinen GVP-Verfahrens und des Bielefelder GVP-Modells 75
Tabelle 9 Die wesentlichen Unterschiede von HIA und GVP 94

Anhang A: Screening Tool

Screening tool: Part 1 Eine Checkliste mit Fragen über die Art von möglichen Gesundheitsauswirkungen			
Wissensbasis	**HIA soll durchgeführt werden**	**HIA soll nicht durchgeführt werden**	**Wie sicher ist die Antwort? (hoch, mittel, niedrig)**
Gibt es positive Gesundheitsauswirkungen als Resultat der geplanten Vorhabensänderung?	Ja Weiß nicht	Nein	
Gibt es negative Gesundheitsauswirkungen als Resultat der geplanten Vorhabensänderung?	Ja Weiß nicht	Nein	
Sind die potentiellen negativen Auswirkungen schwerwiegend und betreffen sie einen hohen Anteil der Bevölkerung?	Ja Weiß nicht	Nein	
Sind die potentiellen negativen Auswirkungen unverhältnismäßig gravierender für benachteiligte Bevölkerungsgruppen?	Ja Weiß nicht	Nein	
Gibt es Bedenken in der Bevölkerung bezüglich möglicher Auswirkungen?	Ja	Nein	
Gibt es eine stabile Evidenzbasis zur Unterstützung der Bewertung von Auswirkungen?	Nein Weiß nicht	Ja	
Kann eine Aktivität zur Verbesserung möglicher negativer Effekte des Vorhabens eine negative Auswirkung auf die Gesundheit haben?	Ja Weiß nicht	Nein	
Können mögliche negative Gesundheitsauswirkungen durch aktuelle Leistungserbringungen aufgehoben werden?	Nein Weiß nicht	Ja	
Soll das Sozialkapital in der betroffenen Bevölkerung erhöht werden?	Ja	Nein	

(nach Ison, 2000b, S.46; Public Health Advisory Committee, 2004, S.22)

Screening tool: Part 2 Eine Checkliste mit Fragen über den Kontext in dem HIA umgesetzt wird			
Wissensbasis	**Tendenz zu Rapid Appraisal**	**Tendenz zu Intermediate oder Comprehensive Appraisal**	**Wie sicher ist die Antwort? (hoch, mittel, niedrig)**
Gibt es ein Zeitlimit, für das HIA?	Ja	Nein	
Sind die Möglichkeiten die Entscheidung zu beeinflussen begrenzt?	Ja	Nein	
Wird der Zeitrahmen des Entscheidungsprozesses von externen Faktoren beeinflusst, wobei keine steuernde Eingriffsmöglichkeit besteht?	Ja	Nein	
Sind die verfügbaren Ressourcen für die Umsetzung des HIA begrenzt?	Ja	Nein	

Screening tool: Part 3 Eine Checkliste mit Fragen über die Kompetenz der umsetzenden Organisation			
Wissensbasis	**Tendenz zur Bevollmächtigung eines externen Bewerters**	**Tendenz zur Ernennung eines internen Bewerters**	**Wie sicher ist die Antwort? (hoch, mittel, niedrig)**
Hat das Personal der durchführenden Organisation die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten um ein HIA umzusetzen	Nein	Ja	
Hat das Personal der durchführenden Organisation Zeit ein HIA umzusetzen?	Nein	Ja	

(nach Ison, 2000b, S.47)

Anhang B: Scoping Checkliste

Scoping Checkliste Wahl der geeigneten Bewertungstiefe für ein HIA				
Wissensbasis	**Antwort**	**Leitlinie zur Wahl der geeigneten Bewertungstiefe**	**Tendenz zu Rapid Appraisal**	**Tendenz zu einem umfassenderen Instrument**
Ist das Ausmaß der Veränderungen, signifikant?		Je größer das Ausmaß, desto umfangreicher sollte das Bewertungsinstrument sein.		
Gibt es signifikante Auswirkungen, welche durch das Vorhaben auftreten?		Bei hoher Signifikanz der potentiellen Gesundheitsauswirkungen, sollte eher zum Comprehensive Appraisal tendiert werden.		
Wie notwendig ist die Änderung des Vorhabens?		Wenn eine Änderung dringend notwendig ist, sollte ein Rapid Appraisal angewendet werden.		
Ist aufgrund anderer Vorhaben eine gute zeitliche Koordinierung erforderlich?		Wenn die zeitliche Planung mit anderen Vorhaben verbunden ist und der zeitliche Rahmen knapp ist, wird eher zu Rapid Appraisals tendiert.		
Wie hoch ist das politische Interesse an dem Vorhaben		Je höher das Interesse, desto umfangreicher sollte das Bewertungsinstrument sein.		
Gibt es noch anderen politische Aspekte, welche auf das Vorhaben Einfluss nehmen?		Je komplexer das Vorhaben ist, desto eher ist ein Comprehensive Appraisal angebracht.		
Wie hoch ist das öffentliche Interesse?		Je höher das öffentliche Interesse, desto umfangreicher sollte das Appraisal sein.		
Wie viel Personal ist für die Durchführung von HIA vorhanden?		Je mehr Personal vorhanden ist, desto eher kann ein Comprehensive Appraisal durchgeführt werden.		
Wie viel finanzielle Ressourcen sind vorhanden?		Je mehr finanzielle Mittel vorhanden sind, desto eher geht die Tendenz in Richtung Comprehensive Appraisal.		

(nach Public Health Advisory Committee, 2004, S.26)

Anhang C: Priorisierungsinstrument

Dieses Schema dient der besseren Strukturierung der gewonnenen Evidenz.

Kategorie der Gesundheitsdeterminanten	Positive oder negative Auswirkung auf die Gesundheit	Evidenz	Quelle der Evidenz

Daraufhin wird festgestellt welche Auswirkungen dem Priorisierungsverfahren unterzogen werden. Die folgenden Kriterien können dabei verwendet werden:

- Die prognostizierte Auswirkung ist wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich und basiert auf einer breiten Evidenzgrundlage.
- Die Auswirkung beeinflusst gesundheitliche Ungleichheiten.
- Die Auswirkung auf die Gesundheit wird von der betroffenen Bevölkerung als besorgniserregend eingestuft.
- Die Auswirkung auf die Gesundheit ist spekulativ.
- Eine Auswirkung ist eher unwahrscheinlich.
- Sonstiges (für Ausführungen kann untenstehende Box verwendet werden)

Negative Auswirkung	Priorität	Positive Auswirkung	Priorität

Sonstiges – Erklärung

Die identifizierten Gesundheitsauswirkungen werden noch mal gelistet und anhand obenstehender Kriterien werden Empfehlungen zur Maximierung des Gesundheitsgewinnes bzw. Minimierung des Gesundheitsverlustes abgegeben.

Priorisierte positive Auswirkungen auf die Gesundheit	Empfehlungen zur Maximierung des Gesundheitsgewinnes

Priorisierte negative Auswirkungen auf die Gesundheit	Empfehlungen zur Minimierung des Gesundheitsverlustes

(nach Institute of Public Health in Ireland, 2006, S.24-26)

Anhang D: Strukturierung der Berichterstattung

Faktoren	Anmerkungen
Beschreibung des Vorhabens und der in Betracht gezogenen alternativen Optionen.	
Hintergrundsituation (Gesundheitszustand der Bevölkerung, definierte Bevölkerungsuntergruppen, aktuelle Gesundheitsdeterminanten, Entwicklung dieser Aspekte wenn keine Veränderung vorgenommen wird)	
Liste der identifizierten Auswirkungen auf die Gesundheit (Inwiefern werden sich die Auswirkungen aufgrund des Vorhabens verändern und inwieweit wird die Bevölkerung von diesen Veränderungen betroffen sein? Wie schwerwiegend sind die Auswirkungen und wie sicher ist diese Einschätzung?)	
Darstellung des Einflusses, welchen das Vorhaben auf die Verteilungsgerechtigkeit hat. (Wie werden unterschiedliche Bevölkerungsgruppen beeinflusst und können auch benachteiligte Gruppen profitieren?)	
Empfehlungen zur Steigerung des Nutzens und der Minimierung des Risikos für die Bevölkerung.	

(nach HIA Research Unit, 2003, S.20-21).

Anhang E: Checklisten zur Abklärung der Erforderlichkeit einer GVP

Für Projekte	
Ist für das Projekt die Durchführung einer Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. einer grenzüberschreitenden UVP gesetzlich verpflichtend? "Ja:" Checkliste weiter ausfüllen "Nein:" Keine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	Ja Nein
Hat das Projekt möglicherweise Auswirkungen auf das im Gesetz verankerte "Schutzgut Mensch"? "Ja:" GVP als Teil der UVP soll durchgeführt werden "Nein:" Keine explizite GVP notwendig – es reicht die Bewertung der Auswirkungen auf die anderen gesetzlich festgelegten Schutzgüter	Ja Nein

Für Pläne und Programme	
Ist für den Plan bzw. das Programm die Durchführung einer Strategischen Umweltprüfung gesetzlich verpflichtend? "Ja:" Checkliste weiter ausfüllen "Nein:" Keine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	Ja Nein
Hat der Plan bzw. das Programm möglicherweise Auswirkungen auf das im Gesetz verankerte "Schutzgut menschliche Gesundheit"? "Ja:" GVP als Teil der SUP soll durchgeführt werden "Nein:" Keine explizite GVP notwendig – es reicht die Bewertung der Auswirkungen auf die anderen gesetzlich festgelegten Schutzgüter	Ja Nein
Für grenzüberschreitende Pläne und Programme	
Diese Fragestellung ist erst relevant wenn das SUP-Protokoll zur Espoo Konvention von 16 Staaten ratifiziert wurde und somit in Kraft tritt.	

Für Projekte / Pläne / Programme im freiwilligen Anwendungsbereich Checkliste zur Ermittlung der Erheblichkeit von Gesundheitsauswirkungen
Werden empfindliche Gruppen (Kinder, alte Menschen, chronisch Kranke etc.) oder empfindliche Standorte (Kindergärten, Krankenhäuser, Altenheime etc.) durch das Vorhaben gefährdet?
Besteht durch das Vorhaben eine Gefährdung von Gebieten der Nahrungserzeugung bzw. Trinkwasserversorgung?
Sind die potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit irreversibel bzw. dauerhaft?
Wie groß ist das von den Auswirkungen betroffene Gebiet?
Können schwerwiegende Auswirkungen erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten?
Ist die Realisierung des Vorhabens mit der Umsetzung weiterer Projekte, Pläne bzw. Programme verbunden, die sich möglicherweise negativ auf die Gesundheit auswirken können?
Gibt es alternative Optionen, die ein geringeres Gesundheitsrisiko aufweisen?
Hat das Vorhaben möglicherweise indirekte, kumulative oder synergetische Auswirkungen?
Hat die betroffene Bevölkerung Bedenken in Bezug auf das Vorhaben?

(nach Aschemann, 2004, S.58-59)

Anhang F: Checklisten für die Scoping-Phase einer GVP

Vorhabensanalyse
Ist eine Ortsbegehung vorgesehen um die räumlichen Umstände zu bewerten?
Können empfindliche Standorte durch das Vorhaben gefährdet werden?
Welche Emissionen werden durch das Vorhaben verursacht und welchen Einfluss haben sie auf die Gesundheit der betroffenen Bevölkerung?
Gibt es Daten, welche die Beschaffenheit des Gebietes beschreiben (Vegetation, Bodenarten, Umweltqualität etc.)?
Ist es möglich eine Emissionsprognose zu erstellen?

Analyse und Abgrenzung des Untersuchungsraumes
Für welches Gebiet und über welchen Zeitraum werden die Gesundheitsauswirkungen betrachtet?
Welche Analyse- und Prognosemethoden werden verwendet und sind die erforderlichen Daten vorhanden?
Welche Ziele sollen durch das Vorhaben erreicht werden (und ist dies auch durch eine alternative Option möglich)?

Bevölkerungsanalyse
Welche demographischen Daten gibt es für den identifizierten Untersuchungsraum (Bevölkerungsstruktur, Bevölkerungsdichte etc.)?
Welche Gesundheitsdaten der betroffenen Bevölkerung sind vorhanden (Morbiditäts-, Mortalitätsraten, Daten von Vorsorgeuntersuchungen etc.)?
Welche empfindlichen Gruppen sind betroffen?
Gibt es Daten über die Lebensgewohnheiten der betroffenen Bevölkerung?

Vorbelastungsanalyse
Gibt es Daten über den Gesundheits- bzw. Umweltzustand im Untersuchungsraum vor der Umsetzung des Vorhabens?
Spielen Emissionsquellen, welche außerhalb des Untersuchungsraumes emittieren ebenfalls eine Rolle in dessen Vorbelastung?
Liegen bereits relevante Untersuchungsergebnisse von anderen Vorhaben vor?

(nach Aschemann, 2004, S.62-63)

Anhang G: Checklisten für die Identifikation, Analyse und Bewertung der Gesundheitsauswirkungen

Prognose der Zusatzbelastung und gesundheitlichen Wirkungen
Können Ausbreitungsmodellierungen für die Leitsubstanzen des Vorhabens erstellt werden?
Welche qualitativen Möglichkeiten zur Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen gibt es?
Ist es möglich relevante Noxen der Gesamtbelastung (Vorbelastung+Zusatzbelastung) mit Grenz- bzw. Richtwerten zu vergleichen?
Ist eine quantitative Risikoabschätzung für einzelne krebserregende Noxen machbar?
Sind für die Prognose der Auswirkungen epidemiologische/toxikologische Daten bzw. Daten der Gesundheits- und Umweltberichterstattung vorhanden?
Ist es möglich ein Bewertungsschema zu erstellen, basierend auf den prognostizierten Zusatzbelastungen?

Bewertung der prognostizierten Gesundheitsauswirkungen
Welchen Einfluss haben die prognostizierten Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit?
Mit welcher Wahrscheinlichkeit werden die prognostizierten Auswirkungen tatsächlich eintreten (definitiv oder eher spekulativ)?
Welchen Einfluss haben die prognostizierten Auswirkungen auf definierte Gesundheitsziele?
Wodurch können die prognostizierten Auswirkungen verhindert, minimiert oder ausgeglichen werden?

(nach Aschemann, 2004, S.64-65)

Anhang H: Checkliste für die Dokumentation der Gesundheitsauswirkungen

Dokumentation der GVP-Empfehlungen und GVP-Ergebnisse
Inhaltsübersicht (inklusive der wichtigsten Ziele und dem Bezug zu anderen relevanten Vorhaben)
Darstellung des Verfahrens
Darstellung des momentanen Gesundheitszustandes und dessen Entwicklung wenn das Vorhaben nicht durchgeführt wird
Gesundheitsrelevante Merkmale des Untersuchungsraumes, welche vom Vorhaben betroffen sind
Gesundheitsprobleme und –ziele, welche für das Vorhaben Bedeutung haben
Darstellung wie diese Probleme und Ziele berücksichtigt wurden
Darstellung der möglichen Gesundheitsauswirkungen des Vorhabens (auch indirekte, kumulative und synergetische Wirkungen)
Beschreibung inwiefern negative Gesundheitsauswirkungen ausgeschalten, reduziert oder ausgeglichen werden sollen
Darstellung der möglichen Alternativen des Vorhabens
Beschreibung von Monitoring-Maßnahmen
Zusammenfassung dieser Informationen in verständlicher Art und Weise für die Öffentlichkeit

(nach Aschemann, 2004, S.66)

Anhang I: Experteninterviews

Schriftliches Interview mit Ursula Platzer-Schneider vom Lebensministerium am 2. April 2007:

- Bezüglich des SUP-Protokolls zur Espoo-Konvention der UNECE: Wie viele Staaten haben es bis heute unterzeichnet und ist es bereits in Kraft getreten? (wurde es von 16 Staaten ratifiziert?)

Unter dem Link finden Sie diese Infos (unter SUP Protokoll)
http://www.unece.org/env/eia/

- SUP wird ja derzeit in der SUP-Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates nur in Bezug auf Pläne und Programme behandelt. Ist eine Ausweitung auf die Politik in naher Zukunft zu erwarten? (va. da die Politik ja in fachlichen Quellen sehr wohl als Teil der SUP genannt wird).

Nein, meines Wissens nicht.

- Welche Behörden, Ämter bzw. andere Stellen sind an der Umsetzung von SUP beteiligt?

Nun, prinzipiell ist die planende Stelle auch für die SUP verantwortlich und dann gibt noch die Umweltstellen, die zu konsultieren sind (wer das ist, ist in den jeweiligen Gesetzen nachzulesen). z.B. Raumordnungsabteilung in Sbg ist verantwortlich für die überörtliche Raumplanung, machen daher die Pläne und die SUPs für diese Pläne oder Gemeinde ist verantwortlich für den Flächenwidmungsplan, Gemeinde ist daher auch verantwortlich für die SUP. Geregelt ist das alles im Sbg Raumordnunsgesetz und da sind dann auch die zu konsultierenden Umweltstellen bzw. Umweltbehörden angeführt.

- Welche Beispiele für erfolgreiche SUPs gibt es in Österreich. Die sechs SUP-Pilotprojekte werden sehr häufig erwähnt, aber Bsp. für wirksame SUPs nach der Richtlinien Umsetzung sind nur schwer zu finden.

Es gibt leider keine österreichweite Evaluation. Derzeit haben wir ein Projekt laufen, das auf freiwilliger Basis versucht good practise Beispiele zu sammeln. Das wird aber noch dauern. Die Abfall SUPs sind meistens ganz gut. Der überwiegende Anteil der SUPs findet in der Raumordnung statt. Darüber haben wir leider keine Infos, weil dies Ländersache ist.

- Gibt es einen Unterschied bei der Öffentlichkeitsbeteiligung zwischen UVP und SUP. Wird eine stärkere Integration der Öffentlichkeit (wie in der Richtlinie gefordert - *na ja, aber zur stärkeren Integration gibt keine konkrete Verpflichtung*) bei SUPs in der Praxis umgesetzt?

Wie gesagt, es gibt keine Evaluierung. Die SUP-RL sieht Konsultationsrechte vor. Einige Beispiele gibt es, eben im Abfallbereich, wo die Öffentlichkeit bzw. Vertreter der Öffentlichkeit stärker eingebunden sind. Generell würde ich aber behaupten, dass die Öffentlichkeit gemäß Art. 6 SUP RL eingebunden wird. Die UVP sieht übrigens Parteienrechte vor, das ist mehr als ein Konsultationsrecht, aber wie gesagt, zur UVP möchte ich Sie an meine Kollegen verweisen.

- Wird ein einheitliches SUP-Gesetz für Österreich angestrebt oder ist zu erwarten, dass noch mehr ländereigene Gesetze verabschiedet werden?

Um ein einheitliches SUP-Gesetz zu bekommen, müsste man die Verfassung ändern und das ist nicht zu erwarten. Es werden also weiterhin, dort wo ein Handlungsbedarf besteht, die jeweiligen Materiengesetze angepasst oder eigene Länder SUP Gesetze (z.B: Kärtnen) erfolgen

- Wie sieht die aktuelle Lage der SUP-Gesetze des Bundes / der Länder aus. Laut der Quelle, die ich gefunden habe, ist die letzte Gesetzesnovellierung des Bundes das Umweltrechtanpassungsgesetz 2005 und in den Ländern: Wien: Umgebungslärmschutzgesetz 2006; NÖ: Raumordnungsgesetz 2005; Bgld: Raumplanungsgesetz 2006; OÖ: Umweltschutzgesetz 2006; Sbg: Abfallwirtschaftsgesetz 2005; Tirol: Raumordnungsgesetz 2005; Vbg: Straßengesetz 2006; Stmk: Raumordnungsgesetz 2005; Ktn: Umweltplanungsgesetz 2004 Die Gesetze davor habe ich alle, aber gibt es welche die nach den genannten eingeführt wurden?

siehe Beilage, Gesetze finden Sie übrigens im RIS (Rechtsinformationssystem)

- Ein Unterkapitel meiner Diplomarbeit ist der Wirksamkeit von SUPs (in Österreich) gewidmet, allerdings konnte ich in der vorhandenen Literatur nichts zu diesem Thema finden. Gibt es vielleicht eine Übersichtsarbeit? Wurde das Thema SUP in Österreich vielleicht bereits evaluiert?

Wie bereits erwähnt, gibt es dazu leider keine Arbeit. (siehe Frage 4)

- Für 2007 wurde ein Bericht der EU zur Evaluation der SUP-Richtlinie angekündigt. Gibt es den schon? Falls nicht, wissen Sie bis wann der Bericht erscheinen wird?

Nein gibt es noch nicht, soll heuer kommen, aber ich habe da so meine Zweifel.

- Das wären meine Fragen explizit zur SUP. Nachdem es in meiner Arbeit jedoch zu einem großen Teil um die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung geht, würde ich auch dazu noch Informationen benötigen. Ich weiß jedoch nicht ob oder inwieweit Sie sich mit diesem Thema befassen. Ich füge meine Fragen bei, falls Sie sich mit dem Thema GVP beschäftigen.

Mit der GVP beschäftige ich mich leider nicht, ich habe auch überhaupt keine Infos dazu. Ich weiß auch nicht, ob es im Gesundheitsministerium jemanden gibt, der sich damit auseinander setzt. Von Interesse für Sie könnte sein, dass es zum SUP Protokoll ein sog. SEA Manual (eine Art Handbuch) zur praktischen Durchführung von SUPs geben wird. Dieses Manual wird einen Teil haben, der sich mit health beschäftigt. Der Entwurf zum Health Teil wird demnächst im Internet auf der UN-ECE Hompage (siehe unter Frage 1) zur Konsultation stehen.

Schriftliches Interview mit Sabine Mayer vom Umweltbundesamt am 13. April 2007:

- Bezüglich des SUP-Protokolls zur Espoo-Konvention der UNECE: Wie viele Staaten haben es bis heute unterzeichnet und ist es bereits in Kraft getreten? (wurde es von 16 Staaten ratifiziert?)

Aktuelle Infos hierzu auf der Homepage der UN-ECE:
http://www.unece.org/env/eia/sea_protocol.htm

- SUP wird ja derzeit in der SUP-Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates nur in Bezug auf Pläne und Programme behandelt. Ist eine Ausweitung auf die Politik in naher Zukunft zu erwarten? (va. da die Politik ja in fachlichen Quellen sehr wohl als Teil der SUP genannt wird).

Meiner Einschätzung nach in naher Zukunft wohl nicht, jedoch mittel- bis langfristig ist eine Ausweitung auf den Politikenbereich durchaus denkbar

- Welche Behörden, Ämter bzw. andere Stellen sind an der Umsetzung von SUP beteiligt?

Die jeweilig in ihren Zuständigkeitsbereich betroffenen Landesregierungen und Ministerien (siehe Umsetzung)

- Welche Beispiele für erfolgreiche SUPs gibt es in Österreich. Die sechs SUP-Pilotprojekte werden sehr häufig erwähnt, aber Bsp. für wirksame SUPs nach der Richtlinien Umsetzung sind nur schwer zu finden.

Hierzu wird derzeit erst eine Studie von Dr. Arbter im Auftrag des Lebensministeriums durchgeführt.

- Gibt es einen Unterschied bei der Öffentlichkeitsbeteiligung zwischen UVP und SUP. Wird eine stärkere Integration der Öffentlichkeit (wie in der Richtlinie gefordert) bei SUPs in der Praxis umgesetzt?

Siehe dazu:
http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/uvpsupemas/uvpoesterreich1/verfahrensablauf/beteiligung/ *bzw.*
http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0036.pdf *Zur Praxis in der Öffentlichkeitsbeteiligung bei SUP-Verfahren wird die og. Studie abzuwarten sein.*

- Wie sieht die aktuelle Lage der SUP-Gesetze des Bundes / der Länder aus. Laut der Quelle, die ich gefunden habe, ist die letzte Gesetzesnovellierung des Bundes das Umweltrechtanpassungsgesetz 2005 und in den Ländern: Wien: Umgebungslärmschutzgesetz 2006; NÖ: Raumordnungsgesetz 2005; Bgld: Raumplanungsgesetz 2006; OÖ: Umweltschutzgesetz 2006; Sbg: Abfallwirtschaftsgesetz 2005; Tirol: Raumordnungsgesetz 2005; Vbg: Straßengesetz 2006; Stmk: Raumordnungsgesetz 2005; Ktn: Umweltplanungsgesetz 2004 Die Gesetze davor habe ich alle, aber gibt es welche die nach den genannten eingeführt wurden?

Informationen dazu unter
http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/uvpsupemas/sup/sup_umsetzung/

- Wird es möglicherweise in Österreich einmal ein einheitliches SUP-Gesetz geben?

Aufgrund des Föderalismus und der aufgeteilten Zuständigkeiten in den von der SUP-RL betroffenen Sektoren nicht möglich.

- Ein Unterkapitel meiner Diplomarbeit ist der Wirksamkeit von SUPs (in Österreich) gewidmet, allerdings konnte ich in der vorhandenen Literatur nichts zu diesem Thema finden. Gibt es vielleicht eine Übersichtsarbeit? Wurde das Thema SUP in Österreich vielleicht bereits evaluiert?

Siehe Frage 4.

- Für 2007 wurde ein Bericht der EU zur Evaluation der SUP-Richtlinie angekündigt. Gibt es den schon? Falls nicht, wissen Sie bis wann der Bericht erscheinen wird?

Die Erarbeitung wurde von 2006 auf 2007 verschoben, da sich die Umsetzung in einzelnen Mitgliedsstaaten verzögert hat. Vor Ende des Jahres wird nicht damit zu rechnen sein.

Schriftliches Interview mit Ralf Aschemann von ANIDEA (Austrian Institute for the Development of Environmental Assessment) am 26. April 2007:

- SUP wird ja derzeit in der SUP-Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates nur in Bezug auf Pläne und Programme behandelt. Ist eine Ausweitung auf die Politik in naher Zukunft zu erwarten? (va. da die Politik ja in fachlichen Quellen sehr wohl als Teil der SUP genannt wird).

Nein.

- Bezüglich des SUP-Protokolls zur Espoo-Konvention der UNECE: Wie viele Staaten haben es bis heute unterzeichnet und ist es bereits in Kraft getreten? (wurde es von 16 Staaten ratifiziert?)

Nein, es ist noch nicht in Kraft getreten, nähere Infos (aktueller Stand, wie viele Unterzeichnerstaaten und Ratifiziererstaaten auf http://www.unece.org/env/eia *dort sind Espoo-Konvention und SUP-Protokoll erklaert plus alle weiteren Angaben verfuegbar)*

- Welche Behörden, Ämter bzw. andere Stellen sind an der Umsetzung von SUP beteiligt?

Nicht so einfach zu sagen, da es Bundes- und Länderverfahren gibt. Generell die planaufstellende Behörde, die relevanten Umweltbehörde/n sowie die Öffentlichkeit und bei grenzüberschreitenden Auswirkungen auch die relevanten Stellen des/der betroffenen EU-Nachbarstaats/en.

- Ein Unterkapitel meiner Arbeit ist der Wirksamkeit von SUPs (in Österreich) gewidmet, allerdings konnte ich in der vorhandenen Literatur nichts zu diesem Thema finden. Gibt es vielleicht eine Übersichtsarbeit? Wurde das Thema SUP in Österreich vielleicht bereits evaluiert?

Nein, bisher wurden nur die UVPs evaluiert.

- Wann wurde die GVP in Österreich erstmals erwähnt?

Weiß ich nicht.

- Wird die Gesundheit in einem herkömmlichen UVP/SUP in Österreich ausreichend beachtet? (nach dem Gesetz bzw. in der Praxis?) - auch wenn eine GVP nicht explizit durchgeführt wird?

Das ist schwer zu beurteilen, eine Evaluation bzgl. Gesundheit fand bisher nicht statt.

- Bei unserem Treffen haben Sie erwähnt, dass die "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" in Österreich derzeit zwar diskutiert, aber nicht durchgeführt wird. Ich hatte vor eines meiner Kapitel der Wirksamkeit von GVPs in Österreich zu widmen, aber wahrscheinlich werde ich dazu keine Literaturquellen finden, oder?

Ich nehme an, da gibt es dzt. nichts.

- Ich habe ein Dokument vom GVP-Symposium in Graz 2005 gefunden mit dem Titel "Ergebnisse des Symposiums". Wurden die darin erwähnten Ziele erreicht bzw. konnten einige der Punkte umgesetzt werden?

Pilotprojekt: nein; 2-7: keine näheren Infos verfügbar.

- Im zweiten Absatz der ersten Seite des Dokuments wird die GVP auf Deutsch beschrieben. Ich würde diese Beschreibung gern als Definition für GVP übernehmen, weiß jedoch nicht genau wie es zitiert werden soll. Wurde dieses Dokument von Ihnen verfasst und stammt die Definition somit auch von Ihnen?

Ist von mir, einfach den URL zitieren, da Internetdokument.

- Wie sieht die Entwicklung von GVP aus (von heutiger Sicht aus gesehen)? Welche Ziele können heute definiert werden und welche Entwicklungsschritte konnten bereits umgesetzt werden?

Das lieber Herrn Sprenger u.a., etwa z.B. von Bad Gleichenberg (FH) fragen, die wissen da mehr.

- GVP wird oft als Übersetzung von HIA verwendet. Aber HIA beschreibt einen Public Health Ansatz (bevölkerungsorientiert, interdisziplinär und gesundheitsbezogen).
  Bei der GVP werden als beteiligte Akteure nur das Gesundheitsamt, das Planungs- und Umweltamt, die Genehmigungsbehörde und medizinische Experten genannt, Checklisten werden nur von medizinischen Experten erstellt, so wie auch die Bewertung des GVP-Verfahrens nur von med. Experten durchgeführt wird. Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit werden Experten aus dem Bereich Toxikologie, Epidemiologie, Ingenieurswissenschaften und Umweltmedizin genannt. Es wird von der Gesundheitsgefährdung, aber nicht von der Gesundheitsförderung gesprochen.
  Das klingt für mich nach einem medizinischen/pathogenen Ansatz (Orientierung am Individuum, keine echte Interdisziplinarität und krankheitsbezogen).
  Somit wären die beiden Modelle sehr unterschiedlich.
  Wir haben dieses Thema bei unserem Gespräch kurz angeschnitten, könnten Sie mir jedoch bitte Ihre Meinung zu diesem Thema noch mal kurz niederschreiben?

GVP würde ich vor allem als Komponente in einem UVP- oder SUP-Verfahren sehen, während HIA einen umfassenderen Ansatz darstellt, der sich aus dem Public Health-Kontext heraus entwickelt hat.

Schriftliches Interview mit Rudolf Welteke vom lögd (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst), Abt. 4 / Dezernat 4.1 am 14. Mai 2007, (E-mail vom 30.03.2007):

- Bezüglich des SUP-Protokolls zur Espoo-Konvention der UNECE: Wie viele Staaten haben es bis heute unterzeichnet und ist es bereits in Kraft getreten? (wurde es von 16 Staaten ratifiziert?)

Zu dieser Fragestellung sind hier keine Details bekannt.

- SUP wird ja derzeit in der SUP-Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates nur in Bezug auf Pläne und Programme behandelt. Ist eine Ausweitung auf die Politik in naher Zukunft zu erwarten? (va. da die Politik ja in fachlichen Quellen sehr wohl als Teil der SUP genannt wird).

Es gab hierzu mit Laufzeit 12/2001 bis 2/2004 ein EU-Projekt „Policy Health Impact Assessment for the European Union", an dem das lögd NRW beteiligt war. Die Projektzielsetzung ergab sich daraus, dass die EU beabsichtigte, demnächst ein HIA ihrer Politiken verpflichtend einzuführen. Das Projekt sollte hierzu methodische Vorschläge machen und die Machbarkeit anhand einiger Beispiele demonstrieren.
Dieser Auftrag wurde abgearbeitet – entstandene Publikationen sind unter http://www.ihia.org.uk/ephia/projectreports/home.html *einzusehen. Ein Folgeprojekt ist bisher nicht entstanden. Möglicherweise wird künftig „Gesundheit" als Teilmenge einer allgemeinen, vielthemigen Verträglichkeitsabfrage (Impact Assessment - IA) mit abgefragt. Auf nationaler Ebene (Deutschland) und auf der Ebene der deutschen Bundesländer wurde bei den lögd-Recherchen eine zurückhaltende Tendenz ggü. der künftigen Einführung von politikbezogenen HIA-Routinen beobachtet.*

- Welche Behörden, Ämter bzw. andere Stellen sind an der Umsetzung von SUP beteiligt?

Tendenz geht in Deutschland dahin, auf kommunaler Ebene den für SUP obligatorisch zu erstellenden Umweltbericht (UB) in die Regie von Umwelt- oder Planungsämter zu geben. Je nach Qualifikation der in diesen Ämtern mit der Erstellung des Umweltberichts betrauten MitarbeiterInnen, werden dort bereits große Teile des UB erledigt oder aber es kommt zu einer Beteiligung weiterer Ämter bzw. Behörden. Wir haben in SUP und dem obligatorischen UB eine positive Chance für eine stärkere Einbeziehung speziell der Gesundheitsämter vor Ort gesehen. Wieweit sich dies realisiert, hängt u.a. von der jeweiligen kommunalen Infrastruktur ab. Eine Evaluation hierzu gibt es unseres Wissens noch nicht. Eine Studie zu diesem Thema wurde 2005 seitens des lögd in Auftrag gegeben. Der Abschlussbericht hierzu soll in den nächsten Monaten veröffentlicht werden.

- Gibt es einen Unterschied bei der Öffentlichkeitsbeteiligung zwischen UVP und SUP. Wird eine stärkere Integration der Öffentlichkeit (wie in der Richtlinie gefordert) bei SUPs in der Praxis umgesetzt?

Die Beifügung des Umweltberichts zu den Planungsunterlagen stellt eine erweiterte Informationsbasis für die Öffentlichkeit dar. Dass damit eine stärkere „Integration" der Öffentlichkeit erreicht wird, erscheint momentan – zumindest für die deutsche Planungskultur – fraglich.

- Ein Unterkapitel meiner Diplomarbeit ist der Wirksamkeit von UVPs/SUPs (in Deutschland) gewidmet, allerdings konnte ich in der vorhandenen Literatur nur vereinzelt Anmerkungen zu diesem Thema finden. Gibt es vielleicht eine Übersichtsarbeit? Wurde das Thema SUP in Deutschland vielleicht bereits evaluiert?

Von einer Evaluation zur Wirksamkeit von SUP ist hier nichts bekannt. Die UVP-Gesellschaft hat zu SUP im April 2005 ein Schwerpunktheft herausgebracht (Thema „SUP – von der Richtlinie über die Umsetzung in die Praxis"), ist auch ansonsten für die Frage der kompetenteste Ansprechpartner: www.uvp.de *– hier finden Sie auch Angaben zu möglichem Telefonkontakt.*

- Für 2007 wurde ein Bericht der EU zur Evaluation der SUP-Richtlinie angekündigt. Gibt es den schon? Falls nicht, wissen Sie bis wann der Bericht erscheinen wird?

Hier nicht bekannt.

- Wann wurde die GVP in Deutschland erstmals erwähnt?

Wodarg W (1989): Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) – eine Präventivmedizinische Aufgabe der Gesundheitsämter. Öffentliches Gesundheitswesen 51: 692-7

- Ist die Anzahl durchgeführter GVPs im Zuge einer UVP bzw. einer SUP ausgeglichen?

Was unter „durchgeführten GVPs im Zuge einer UVP" zu verstehen wäre, müsste zunächst einmal definiert werden. Die UVP arbeitet – mehr oder weniger ausführlich – das Schutzgut Mensch bzw. neuerdings „Menschliche Gesundheit" ab. Bei speziellen Planungsvorhaben liefern weitere gesetzliche Vorgaben zusätzliche Anlässe zur Einholung gesundheitsbezogener Expertise bzw. Gutachten (z.B. bei Flughafenerweiterungen ist ein Lärmgutachten im Rahmen des Planfeststellungsverfahrens zusätzlich zur UVP obligatorisch). Bei SUP ist die Einbringung einer ausführlicheren Behandlung von Gesundheitsbelangen im Umweltbericht möglich, allerdings auch nicht zwangsläufig, sondern liegt im Rahmen von Ermessenspielräumen vor Ort. Fragen nach GVP-Anzahlen sind daher u.E. kaum zu beantworten.

- Wird die Gesundheit in einem herkömmlichen UVP/SUP in Deutschland ausreichend beachtet? (nach dem Gesetz bzw. in der Praxis?) - auch wenn eine GVP nicht explizit durchgeführt wird?

Hierzu gibt es verschiedene Sichten. Unsere Arbeitsgruppe sieht an dieser Stelle deutliche Defizite.

- Gibt es Informationen zum Thema "Wirksamkeit von GVP in Deutschland"? - Wurde vielleicht eine Übersichtsarbeit verfasst, die ich als Quelle verwenden könnte?

Hierzu ist uns keine Übersichtsarbeit bekannt. Wie schon mitgeteilt, sind wir nationaler Koordinator in einem internationalen Projekt „HIA effectiveness". Dort ist Wirksamkeit von HIA das zentrale Projektthema – allerdings sind selbst dort die Kriterien zur Bewertung und zum Aufbau von Vergleichsmöglichkeiten über die nationalen Ländergrenzen hinweg noch relativ schwach ausgebildet. Ein Wirksamkeits-Vergleich innerhalb Deutschlands oder auch nur eine aktuelle Dokumentation durchgeführter Beteiligungen von Gesundheitsbehörden an Planungsverfahren existiert unseres Wissens gar nicht.

- Beim HIA/GVP Workshop 2001 in Berlin wurden 10 Punkte erarbeitet. Konnten diese Ziele umgesetzt werden bzw. gibt es ein Dokument in dem die Erreichung dieser Punkte evaluiert wurde?

Es gab kein solches Evaluationsprojekt und auch kein Dokument. Vieles der zehn Berliner Punkte ist programmatische Vorgabe geblieben – allerdings ist zu einigen dieser Zielsetzungen gearbeitet worden – z.B. durch unsere HIA-Arbeitsgruppe.

- Wie sieht die Entwicklung von GVP aus (von heutiger Sicht aus gesehen)? Welche Ziele können heute definiert werden und welche Entwicklungsschritte konnten seit der Einführung von GVP umgesetzt werden?

Wie gesagt – es gibt Fortschritte, die sich u.a. auf Einführung von SUP und geänderte UVP-Vorgaben beziehen, hinsichtlich einer künftig besseren Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen

- Ich habe in meiner Arbeit die Entwicklung von GVP in Deutschland chronologisch angeführt, konnte jedoch nur wenig aktuelle Einträge finden (meine Auflistung ist im Anhang beigefügt). Was ist auf diesem Gebiet 2006/2007 in Deutschland passiert?

Unsere Beteiligung am HIA-effectiveness-Projekt wäre zu benennen, außerdem wurden ein Curriculum und Lerneinheiten zu HIA erstellt und erstmals erprobt (mehr Infos: www.loegd.nrw.de/itgo *). Ferner hat es beim APUG NRW u.a. ein Werkstattprojekt zu Kommunalen Zusammenarbeitsstrukturen bei Planungen gegeben:* www.apug.nrw.de

- GVP wird oft als Übersetzung von HIA verwendet. Aber HIA beschreibt einen Public Health Ansatz (bevölkerungsorientiert, interdisziplinär und gesundheitsbezogen).
  Bei der GVP werden als beteiligte Akteure nur das Gesundheitsamt, das Planungs- und Umweltamt, die Genehmigungsbehörde und medizinische Experten genannt, Checklisten werden nur von medizinischen Experten erstellt, so wie auch die Bewertung des GVP-Verfahrens nur von med. Experten durchgeführt wird. Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit werden Experten aus dem Bereich Toxikologie, Epidemiologie, Ingenieurswissenschaften und Umweltmedizin genannt. Es wird von der Gesundheitsgefährdung, aber nicht von der Gesundheitsförderung gesprochen.
  Das klingt für mich nach einem medizinischen/pathogenen Ansatz (Orientierung am Individuum, keine echte Interdisziplinarität und krankheitsbezogen).
  Somit wären die beiden Modelle sehr unterschiedlich. Wie wäre Ihre Meinung zu diesem Thema?

Beide Begriffe „GVP" und „HIA" sind auslegungsfähig, werden von verschiedenen Gruppen unterschiedlich interpretiert. Entsprechend schwierig sind Aussagen über die Beziehung zwischen den beiden Begriffen. In Dokumenten von EU und von WHO wird HIA öfters als GVP übersetzt. GVP ist in unserem eigenen Sprachgebrauch inzwischen weitgehend ein historischer Begriff geworden, weil er oft missverstanden wird und nach einem eigenen Verfahren (womöglich ganz parallel zur UVP) klingt.
Wir befürworten zwei Ansätze: (1) wo ein UVP-Verfahren erfolgt und Humangesundheit berührt wird, sollte es eine angemessen durchgeführte Gesundheitskomponente im UVP-Verfahren geben; (2) wo es kein UVP-Verfahren gibt, ein Vorhaben (Projekt / Programm / Plan / Politikentscheidung) aber Gesundheit berührt, sollte eine entsprechende Folgenabschätzung und -bewertung eigenständig erfolgen, z.B. auf Basis entsprechender Passagen in ÖGD-Gesetzen der deutschen Bundesländer. Die Ausgestaltung ist dabei fallweise anzupassen, mit Raum sowohl für pathogenetisch als auch salutogenetisch orientierte Ansätze.