

Christine Knaller & Sabine Haas:

## Gesundheitsfolgenabschätzung – ein Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik

Eine Einführung am Beispiel der Kindergesundheit

### 1. Einführung gesundheitsförderliche Gesamtpolitik

#### 1.1 Gesundheit in allen Politikfeldern („Health in All Policies“)

In den letzten zwanzig Jahren entwickelte sich auf internationaler Ebene ein umfassendes Verständnis von Gesundheitspolitik: Die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (engl. „Health in All Policies“) zielt darauf ab, den Aspekt der Gesundheit im Sinne gebündelter Anstrengungen in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Ståhl et al. 2006).

Die Strategie „Health in All Policies“ basiert auf dem Wissen, dass sich viele der zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems befinden, wie etwa im Bereich der Sozial-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik (sog. Gesundheitsdeterminanten) (vgl. Abbildung 1).

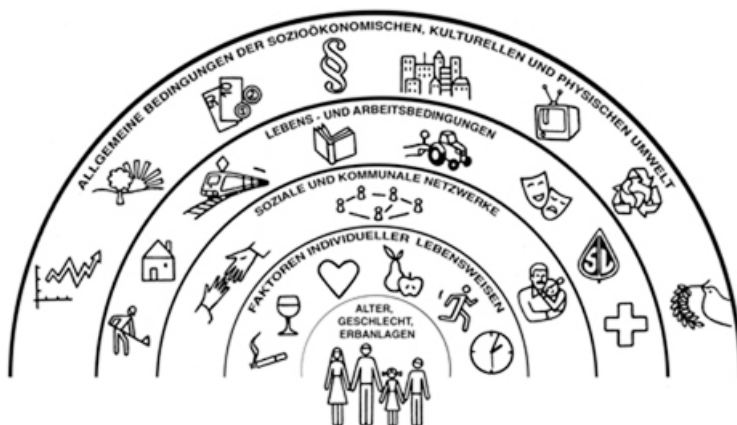


Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten-Regenbogen (GÖG/FGÖ, nach Dahlgren and Whitehead, 1991)

Im historischen Rückblick zeigen Studien wie beispielsweise von McKeown und Lowe (1974), dass der Rückgang von Infektionskrankheiten (z. B. Typhus, Cholera, Tuberkulose) im 19. Jahrhundert bzw. in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert nur zu

einem geringen Teil auf medizinische Interventionen zurückzuführen ist. Vielmehr haben sozialpolitische Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Wohnverhältnisse oder gesündere Ernährung, maßgeblich zu einer besseren Gesundheit beigetragen. Laut Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Deutschland (2000/2001, Band I, Ziffer 95) wird der Beitrag der Krankenversorgung zur Verbesserung der Gesundheit bzw. Erhöhung der Lebenserwartung auf lediglich 10 bis 40 Prozent geschätzt (berechneter Wert variiert abhängig von Berechnungsmethode und bei geschlechtsspezifischen Analysen).

Betrachtet man die häufigsten Todesursachen Anfang des 21. Jahrhunderts, so wird deutlich, dass rund zwei Drittel der Bevölkerung in hoch entwickelten Ländern wie Österreich an chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Krebs etc. versterben, die primär durch lebensstilrelevante Faktoren verursacht sind und daher weitgehend als vermeidbar gelten (OECD 2011, WHO o. J.). Das Gesundheitssystem im engeren Sinn (Krankenversorgungsleistungen, einzelne Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen) kann auf die Risikofaktoren chronischer, nicht übertragbarer Krankheiten wie dauerhafte Stressbelastung, ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel präventiv nur bedingt Einfluss nehmen. Viel größer ist der Einfluss der alltäglichen Lebensbedingungen, die durch alle Politikbereiche gestaltet werden.

Maßnahmen, die ausschließlich im Gesundheitssystem durchgeführt werden, greifen aus diesem Grund zu kurz, wenn es darum geht, Gesundheit und Lebensqualität wirksam und nachhaltig zu fördern bzw. zu erhalten. Es ist daher unumgänglich, sämtliche politischen Sektoren bezüglich der gesundheitspezifischen Auswirkungen politischer Entscheidungen zu sensibilisieren und Gesundheit als Querschnittsthematik zu verankern. Wenn man die gesundheitspezifischen Auswirkungen der politikfeldspezifischen Maßnahmen im Blick hat, kann man die diesbezüglichen Potenziale besser nutzen und die Gesundheit der Bevölkerung positiv beeinflussen (Wismar et al. 2006).

Trotz einer grundsätzlichen Willenserklärung zu einer umfassenden Gesundheitspolitik auf internationaler Ebene (Europäische Union 1997, WHO 1986, WHO 1999, Europäische Kommission 2007, Amtsblatt EU 2009) mangelt es derzeit noch an verbindlichen Umsetzungsstrategien von „Gesundheit in allen Politikfeldern“. Zur Umsetzung von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ gibt es unterschiedliche Strategien und Ansätze. Beispielsweise können determinantenorientierte Gesundheitsberichte Grundlage für eine nachhaltige Steuerung und Planung sein. Sektorenübergreifend entwickelte politische Programme (z. B. nationale Aktionspläne, Gesundheitsziele; vgl. Abschnitt 1.3), intersektoral besetzte Entscheidungsgremien sowie intersektoral begutachtete Gesetzesentwürfe können in diesem Zusammenhang unterstützend sein (Wismar et al. 2006). Eine vielversprechende Möglichkeit zur konkreten Umsetzung der gesundheitspolitischen Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ ist das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung, international als Health Impact Assessment (HIA) etabliert.

## **1.2 Gesundheitsfolgenabschätzung als konkretes Instrument zur Umsetzung von „Gesundheit in allen Politikfeldern“**

Die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ und das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) sind untrennbar miteinander verbunden: Ohne Akzeptanz der Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ kann GFA nicht etabliert werden (Horvath et al. 2010).

Im Rahmen einer Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) werden konkrete (politische) Vorhaben aus unterschiedlichen Bereichen (z. B. Wirtschaft-, Sozial-, Bildungs-, Umweltpolitik etc.) in der Planungsphase systematisch auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung untersucht. Im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit – ein zentraler Wert bei GFA – wird die Verteilung der gesundheitlichen Auswirkungen innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen betrachtet. Ergebnisse einer GFA sind eine Auswirkungsanalyse und davon abgeleitete Empfehlungen in Bezug auf das bewertete Vorgehen.

Auf EU-Ebene wird GFA als zukunftssträchtiges Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen Politikzusammenhängen gesehen und die Anwendung sowohl auf Ebene der EU-Institutionen als auch in den Mitgliedstaaten empfohlen (Amtsblatt EU 2009). Das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation in Europa hat die Etablierung von GFA in den Mitgliedsländern als eines der Gesundheitsziele 2020 definiert (WHO 1999) und einen diesbezüglichen Schwerpunkt im Netzwerk „Gesunde Städte“ gesetzt (Horvath et al. 2010).

## **1.3 GFA-relevante Entwicklungen in Österreich**

GFA wird in Österreich derzeit nicht routinemäßig angewandt, jedoch gibt es diesbezügliche Bemühungen auf Bundesebene und zum Teil auch in den Bundesländern. Zunehmend mehr Fachleute beschäftigen sich mit dem Thema GFA, es liegen einzelne Erfahrungen mit der konkreten Durchführung von GFA auf lokaler Ebene vor (z. B. Geiger 2010, Schobel 2011), und einige Trainings- und Informationsveranstaltungen zu GFA werden bereits angeboten.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat 2009 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Konzept zur Etablierung von Gesundheitsfolgenabschätzung (engl. Health Impact Assessment) in Österreich erstellt (Horvath et al. 2010) und ist seit 2010 mit der Umsetzung der darin vorgeschlagenen Maßnahmen befasst. Beispielhaft zu nennende Umsetzungsmaßnahmen sind die Einrichtung einer GFA-Website (<http://gfa.goeg.at/>), das Aussenden von vierteljährlichen GFA-News, die Gründung eines GFA-Netzwerkes, das Organisieren einer nationalen GFA-Fachtagung sowie diverse Schulungs- und Trainingsaktivitäten, um GFA-Expertise in Österreich aufzubauen. Das Pilotprojekt auf Bundesebene stellt eine Maßnahme dieses Umsetzungskonzeptes dar (vgl. Abschnitt 3).

Auf Bundesebene sind die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sowie die Rahmen-Gesundheitsziele als aktuelle, GFA-relevante Entwicklungen in Österreich zu nennen, die im Folgenden daher kurz beschrieben werden.

Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und unter breiter Beteiligung von Fachleuten und relevanten Institutionen aus Wissenschaft, Praxis, Politik und öffentlicher Verwaltung wurde 2011 eine Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie für Österreich entwickelt, mit dem Ziel, Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit anzustoßen. Diese Strategie umfasst zwanzig Ziele in fünf Themenbereichen. Ziel 2 „Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit („Health in All Policies“) stärken“ verweist auf die GFA als ein Instrument, das dieses Ziel unterstützt, und schlägt die Etablierung von GFA in unterschiedlichen Politikfeldern als zentrale Maßnahme vor (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

2011 wurde wiederum unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit ein intersektoraler Prozess unter Einbindung aller relevanten Politik- und Gesellschaftsbereiche gestartet, und in diesem Zusammenhang wurden zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich erarbeitet. Die Rahmen-Gesundheitsziele sollen eine strategische Orientierung bieten, wie die Erhaltung und Förderung der Gesundheit gemeinsames Anliegen verschiedener Politikbereiche werden kann. Übergeordnetes Ziel ist es, dass in den nächsten zwanzig Jahren die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre im Durchschnitt um zwei Jahre steigen. Beispielsweise widmet sich Ziel 6 der Rahmen-Gesundheitsziele den Kindern und Jugendlichen, da in dieser frühen Lebensphase die Grundlage für eine gesunde Lebensweise und für lebenslange Gesundheit gelegt wird. Ziel 5 gilt der Stärkung des sozialen Zusammenhaltes und Ziel 9 der Förderung der psychosozialen Gesundheit (alle Rahmen-Gesundheitsziele sind abrufbar auf <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>). Bundesgesundheitskommission und Ministerrat haben die zehn Rahmen-Gesundheitsziele im Sommer 2012 beschlossen und ein Konzept für deren Umsetzung beauftragt. In Hinblick auf die Umsetzung von Ziel 1 „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ ist GFA von zentraler Relevanz (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

## **2. Gesundheitsfolgenabschätzung**

Das folgende Kapitel 2 führt in das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung ein und bezieht sich mit seiner inhaltlichen Ausrichtung auf das Konzept zur Etablierung von Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich (Horvath et al. 2010).

### **2.1 Definition und Verortung von GFA**

*„Die Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf Gesundheit der Bevölkerung und die Verteilung der gesundheitlichen Auswirkungen innerhalb der Bevölkerung“* (Gothenburg Consensus Paper vom European Centre for Health Policy 1999, ins Deutsche übersetzt von der GFA-Support-Unit, GÖG 2012; vgl. GFA-Website <http://gfa.goeg.at/About/Definition>)

GFA ist nicht nur ein relevantes Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen Politikfeldern im Sinne der gesundheitsförderlichen Gesamtstrategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (vgl.

Kapitel 1.2), sondern leistet in Hinblick auf Verhältnisprävention<sup>1</sup> einen wichtigen Beitrag zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen, indem es dazu beiträgt, dass der Fokus von Maßnahmen zur Veränderung individuellen Gesundheitsverhaltens stärker in Richtung Gestaltung von gesellschaftlichen und sozialen Faktoren geschoben wird (Hyssälä 2006). Durch Berücksichtigung von Chancengleichheit<sup>2</sup> bei der Durchführung von GFA kann sie auch dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten (eng. „Health Inequities“ oder „Health Inequalities“) zu verringern (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2: Verortung von GFA in Bezug auf Gesundheit in allen Politikfeldern, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Ungleichheit (GFA-Support-Unit, GÖG 2012)

## 2.2 Ablauf und Prinzipien bei GFA

GFA folgt immer einer standardisierten Vorgehensweise mit konkreten Aufgaben in den aufeinanderfolgenden Phasen (vgl. Tabelle 1). Das eigentliche Prüfverfahren findet in der Phase „Assessment/Appraisal“ statt und kann mit unterschiedlich hohem Aufwand und Intensität durchgeführt werden; demnach unterscheidet man folgende GFA-Varianten: „Desk-based“, „Rapid“ und „Comprehensive“. In der Phase des „Scopings“ wird – abhängig von der Stärke der vorliegenden Evidenz, der Komplexität/Relevanz des Vorhabens sowie den verfügbaren zeitlichen und finanziellen Ressourcen – entschieden, welche GFA-Variante durchzuführen ist.

Die Kurzform „Desk-based“-GFA (ca. 2 bis 6 Wochen) ist sinnvoll bei Vorliegen von starker Evidenz und/oder wenn eine Entscheidung in einem sehr kurzen Zeitfenster getroffen werden muss. Dabei wird ausschließlich auf vorhandene Daten zurückgegriffen. Bei einer „Rapid“-GFA (ca. 6 bis 12 Wochen) werden die möglichen Gesundheitsauswirkungen auf Basis einer ausführlicheren Analyse durchgeführt. Hierfür können auch eigens Daten erhoben werden. Bei einer „Comprehensive“-GFA (6-12 Monate) werden eventuelle Gesundheitsauswirkungen möglichst umfassend bewertet. Dafür werden unterschiedliche Datenquellen herangezogen, und auf einen Methodenmix bei der Datenerhebung bzw. -auswertung wird Wert gelegt. Diese Variante ist insbesondere für komplexe Vorhaben mit potenziell erheblichen Auswirkungen auf die Gesundheit empfehlenswert (EHPHIA 2004).

GFA sollte idealerweise im Planungsstadium einer politischen Maßnahme durchgeführt werden, um Empfehlungen zeitgerecht berücksichtigen zu können („prospektiver Ansatz“).

<b>Phase</b>	<b>Aufgabe</b>
Screening	Systematische Prüfung des Vorhabens hinsichtlich der Entscheidung, ob eine GFA erforderlich/sinnvoll ist
Scoping	Festlegen der Rahmenbedingungen („Terms of Reference“) für die Durchführung des GFA (insb. Tiefe des GFA, methodisches Vorgehen, Daten, einzubeziehende „Stakeholder“, Zeitplan, Budgetplan, evt. Partizipations- und Kommunikationsstrategie) und Einsetzen einer Steuerungsgruppe
Assessment/Appraisal	Durchführen des eigentlichen Prüfverfahrens mit – in der Maximalvariante – Politik- und Vorhabensanalyse, Raum- und Bevölkerungsanalyse, qualitativer und quantitativer Datensammlung und –analyse, Folgenabschätzung und –bewertung, Ableitung von Handlungsempfehlungen
Reporting	Berichtslegung über die identifizierten Gesundheitsauswirkungen des geplanten Vorhabens und die abgeleiteten Handlungsempfehlungen
Follow-up	Monitoring, Ergebnis- sowie Impact-Evaluation hinsichtlich der Berücksichtigung der Ergebnisse der GFA in der Entscheidungsfindung sowie der tatsächlichen Gesundheitsauswirkungen des realisierten Vorhabens

Tabelle 1: Phasen und Aufgaben bei der Durchführung einer Gesundheitsfolgenabschätzung (GÖG/ÖBIG auf der Basis verschiedener Guides, u. a. EPHIA 2004)

Bei der Durchführung von GFA sind zentrale Werte und Grundsätze zu berücksichtigen (EPHIA 2004):

Bei der Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen ist eine langfristige Perspektive zu beachten, da die Effekte politischer Maßnahmen sich häufig zunächst in den Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten wie Lebens- und Arbeitsbedingungen) niederschlagen und erst nach einem längeren Zeitraum im Gesundheitszustand sichtbar werden. Im Rahmen einer GFA sind daher immer kurz- und langfristige sowie direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit zu berücksichtigen.

Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind aufgrund ihres sozioökonomischen Status – zumeist gemessen an Einkommen, Bildung und beruflicher Status – in ihren Gesundheitschancen beeinträchtigt. Ein zentraler Grundsatz bei der Durchführung von GFA ist daher das Gewährleisten von gleichen Gesundheitschancen für alle (Chancengleichheit, engl. „Equity“), indem mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit immer in Hinblick auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen differenziert erfasst, analysiert und entsprechend in den Empfehlungen berücksichtigt werden.

Die Partizipation der Betroffenenengruppen ist wesentlicher Bestandteil einer GFA, um die Transparenz bei der politischen Entscheidungsfindung zu erhöhen und die Sichtweisen von betroffenen Gruppen einzubringen. Das Ausmaß bzw. die Intensität der Partizipation steigt bei den unterschiedlichen GFA-Varianten von „Desk-based“-GFA bis hin zu „Comprehensive“-GFA. Laut Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung (2008) werden drei Stufen der Beteiligung unterschieden: Information (Beteiligten erhalten Informationen über das Vorhaben), Konsultation (Beteiligte können zu Entwürfen Stellung nehmen) und Kooperation (Beteiligte arbeiten aktiv im Prozess mit). Im Sinne der Transparenz sind abgeleitete Empfehlungen aus der GFA sowie ihr Berücksichtigen bzw. Nichtberücksichtigen in der Entscheidungsfindung gegenüber der Öffentlichkeit auszuweisen.

## **2.3 Nutzen von GFA**

Der primäre Nutzen einer GFA ist, die Entscheidungsfindung in Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informiert zu gestalten: GFA lenkt die Aufmerksamkeit der politischen Entscheidungsträger/innen auch außerhalb des Gesundheitswesens auf potenzielle Auswirkungen ihres Handelns auf die Gesundheit der Bevölkerung und schafft dadurch nachhaltiges Bewusstsein/Verständnis für ressortspezifische Gesundheitsdeterminanten.

GFA bietet eine gute Entscheidungsgrundlage, indem potenzielle Gesundheitsauswirkungen systematisch aufbereitet und transparent dargestellt werden und somit eine evidenzbasierte Entscheidung ermöglicht wird. GFA kann unerwünschte bzw. unerwartete Konsequenzen von Entscheidungen aufzeigen und gesundheitsspezifische Folgen abschätzbar und steuerbar machen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass GFA die Entscheidungsfindung zwar unterstützt, sie aber den Verantwortlichen nicht abnimmt („decision support tool“ vs. „decision making tool“).

GFA unterstützt darüber hinaus die Identifikation gemeinsamer Interessen zwischen politischen Sektoren und fördert damit den Interessenausgleich bzw. stärkt die intersektorale Zusammenarbeit. Insbesondere bei kontroversiellen Entscheidungen kann GFA hilfreich sein, da sie die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Legitimation der Entscheidungsfindung erhöht und durch die Beteiligung der Stakeholder und Betroffenen die Konsensfindung unterstützt. (Wismar et al. 2007)

## **3. Erprobung der Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich – GFA zum „verpflichtenden Kindergartenjahr“**

### **3.1 Hintergrund und Zielsetzung des Pilotprojektes**

Die Durchführung eines Pilotprojekts wurde als wichtiger Schritt der noch am Anfang stehenden Etablierung von GFA in Österreich erachtet (vgl. Kapitel 1.3), um einerseits die GFA-Methodik anhand eines Praxisbeispiels zu erproben und andererseits die Etablierung des Instruments mit einem österreichischen Referenzprojekt zu unterstützen (vgl. Haas et al. 2012a).

Die Gesundheit Österreich führte 2011/2012 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark eine GFA zur 15a-Vereinbarung zum verpflichtenden Kindergartenjahr durch (halbtägige, kostenlose und verpflichtende frühe Förderung in institutionellen Kinderbildungs- und betreuungseinrichtungen).

Ziel der GFA war es, mögliche positive und negative Gesundheitsauswirkungen zum verpflichtenden Kindergartenjahr mit besonderem Fokus auf die Gesundheit der Kinder zu identifizieren bzw. zu analysieren, und zwar unter Berücksichtigung von drei Szenarien: kein verpflichtendes Kindergartenjahr, ein verpflichtendes Kindergartenjahr und zwei verpflichtende Kindergartenjahre. Die Auswirkungen auf die Eltern, die PädagogInnen und Betreuungspersonen bzw. auf den Kindergarten als Teil des Bildungssystems wurden ergänzend ebenfalls berücksichtigt, da sie mittelbar die Kinder betreffen. Kostenschätzungen, die durch jedes Szenario bzw.

durch die Umsetzung der Empfehlungen anfallen würden, waren nicht Gegenstand des Projektes.

### 3.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen orientierte sich an dem standardisierten Ablauf einer GFA (vgl. Kapitel 2.2). Basis für die Bewertung der Gesundheitsauswirkungen waren eine Recherche und Analyse von (inter)nationaler Literatur, die Ergebnisse einer schriftlichen Fragebogenerhebung im Zuge von Treffen der Leiter/innen der Kindergärten auf Bezirksebene in der Steiermark und einer qualitativen Erhebung mit Fokusgruppe in Wien. Ergänzend durchgeführt wurden eine Politik- bzw. Vorhabensanalyse sowie eine Raum- und Bevölkerungsanalyse. Die gesammelte Evidenz wurde in einem Appraisal-Workshop zusammengeführt, bewertet und in einem sogenannten „Ergebnisbericht“ aufbereitet (vgl. Haas et al. 2012a).

Die Partizipation von Betroffenengruppen war zentraler Bestandteil in jeder Phase der GFA (vgl. Abbildung 3; siehe auch Haas 2012c, Knaller & Türscherl 2012). Zielgruppen des Beteiligungsprozesses waren VertreterInnen aus der Verwaltung (sowohl AuftraggeberInnen als auch EntscheidungsträgerInnen zum Thema verpflichtendes Kindergartenjahr) und von Betroffenen (Eltern, Kinder, Berufsgruppen). ExpertInnen zum Thema vorschulische Bildung und Betreuung sowie GFA-spezifische Fachleute waren in das Projekt eingebunden. Das Projekt wurde darüber hinaus durch eine externe Prozessevaluation begleitet (Grillich & Griebler 2012).



Abkürzungen: VKJ = verpflichtendes Kindergartenjahr, WS = Workshop

Abbildung 3: Ablauf der GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr inklusive Möglichkeiten der Partizipation von Betroffenengruppen (GFA-Support Unit, GÖG 2012)

### 3.3 Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Im Folgenden findet sich ein exemplarischer Auszug aus den Ergebnissen der GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr (vgl. Haas et al. 2012).

Die GFA kommt in ihrer Gesamtbewertung zum Schluss, dass das verpflichtende Kindergartenjahr – im Vergleich zu keinem verpflichtenden Kindergartenjahr – potenziell eine Reihe von meist langfristig wirksamen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder hat. Besonders relevant ist der positive Einfluss des verpflichtenden Kindergartenjahres auf die Bildung der Kinder (Bildung gilt als der



zentrale Einflussfaktor auf die Gesundheit). Durch das verpflichtende Kindergartenjahr werden die sozialen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen sowie motorischen Kompetenzen gefördert. Gleichzeitig bietet das verpflichtende Kindergartenjahr die Möglichkeit, spezifischen Förderbedarf (Entwicklungsverzögerungen, spezielle Begabungen) einzelner Kinder früh zu erkennen und Unterstützung zu leisten.

Die identifizierten positiven Auswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahrs sind bei sozial benachteiligten Gruppen potenziell besonders stark, weshalb das verpflichtende Kindergartenjahr auch einen Beitrag zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten leistet.

Potenziell negative Auswirkungen hat das verpflichtende Kindergartenjahr hingegen, wenn die steigende Zahl von Kindern zu größeren Gruppen und zu höherer Arbeitsbelastung (Stress etc.) des (pädagogischen) Personals führt. Dies ist zumindest kurzfristig aufgrund des gegebenen Personalmangels in einigen Regionen zu erwarten.

Zu berücksichtigen ist, dass die positiven Auswirkungen nur unter der Bedingung wirksam werden, dass eine hohe pädagogische Qualität der Bildungsarbeit gewährleistet ist. Dazu bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen (ausreichend Personal, kleine Gruppengrößen, Zeit für Fortbildung/Vorbereitung etc.). Bei gleichzeitiger Verbesserung der Rahmenbedingungen können die positiven Auswirkungen durch ein zweites verpflichtendes Kindergartenjahr sogar verstärkt werden.

Die zentrale Empfehlung der GFA lautet daher, die notwendigen Rahmenbedingungen für den Kindergarten als elementare Bildungseinrichtung sicherzustellen. Die Rahmenbedingungen wirken unmittelbar auf die pädagogische Qualität im Kindergarten und auf die Arbeitsplatzqualität des pädagogischen und des unterstützenden Personals und sind damit von prioritärer Bedeutung, um einen gesundheitsförderlichen Kindergarten zu erreichen. Einen Überblick über diese und weitere Empfehlungen sowie den Bezug zur Kindergesundheit bietet Abbildung 4.

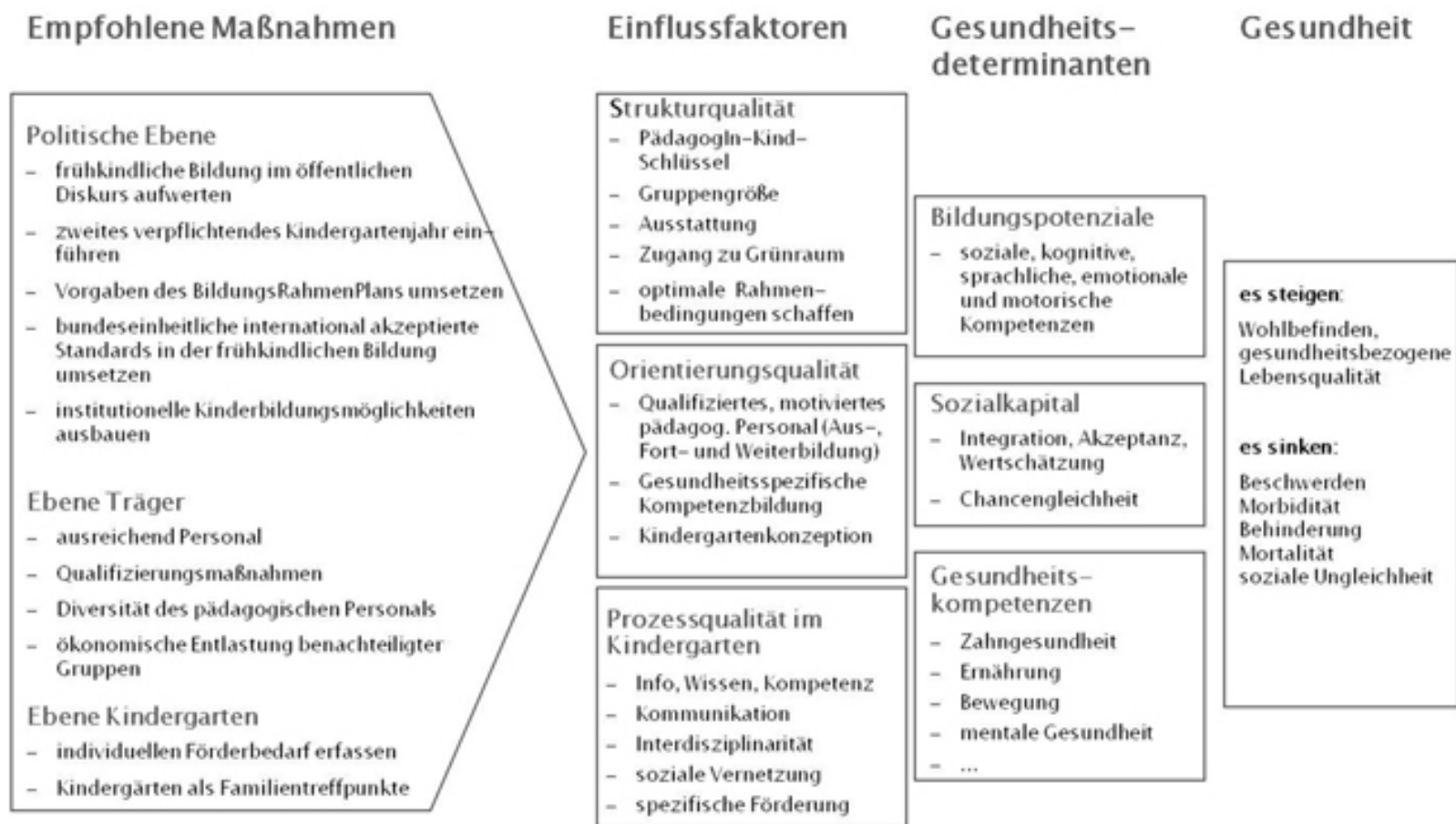


Abbildung 4: Gesamtschau der empfohlenen Maßnahmen und ihr Bezug zur Gesundheit der Kinder (Zusammenstellung Martin Sprenger (2012) auf Basis des Schweizer Ergebnismodells, in: Haas et al. 2012a; [www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/knowhow/tools/N107738\\_Ergebnismodell\\_view\\_de.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/knowhow/tools/N107738_Ergebnismodell_view_de.pdf); Darstellung: GÖG/ÖBIG)

### **3.4 Rückschlüsse aus der Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr für die Durchführung weiterer GFA bzw. für die Etablierung von GFA in Österreich**

Im Rahmen der Pilot-GFA konnten praktische Erfahrungen mit der Anwendung des Instruments gewonnen werden, die relevante Schlüsse für die Durchführung von weiteren GFA erlauben. Diese wurden – ergänzend zum Ergebnisbericht – in einem sog. Erfahrungsbericht (Haas et al. 2012b) aufbereitet. Darin werden die Strukturen und Aktivitäten des Pilotprojektes ausführlich beschrieben und ein Einblick in die gewonnenen Erfahrungen und abgeleiteten Schlüsse für die Durchführung von weiteren GFA ermöglicht:

In der Phase des Scopings sollte der Rahmen der GFA genau abgesteckt werden, z. B. indem Schwerpunktfragestellungen formuliert oder Umfang und Art der heranzuziehenden Evidenz eingeschränkt werden. Dies sollte immer im Einklang mit der eingeschätzten Gesundheitsrelevanz des Vorhabens (wird in der Phase des Screenings vorgenommen) und den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen stehen. Umfang und Ausmaß der Einbindung von Betroffenengruppen sollte jeweils in Abhängigkeit von der Fragestellung in der Planungsphase festgelegt werden. Unverzichtbar sind dabei ein intersektoral besetzter Lenkungsausschuss und ein Appraisal-Workshop unter breiter Einbindung zentraler Stakeholder und Betroffenengruppen als Mindestform der Beteiligung. Für die erfolgreiche Durchführung einer GFA wird es als notwendig erachtet, die Expertise von Personen mit praktischer GFA-Erfahrung in die Projektumsetzung einzubeziehen.

In Hinblick auf die Etablierung der GFA in Österreich werden weitere Pilotprojekte und die Definition von Anforderungen an potenzielle Auftragnehmer/innen und Beteiligte empfohlen. Maßnahmen sind vonnöten, die sicherstellen, dass ausreichend Fachleute mit praktischer GFA-Erfahrung zur Verfügung stehen. Das GFA-Team der GÖG sollte als GFA-Support-Unit entsprechend internationalen Vorbildern fungieren und die weitere Etablierung der GFA sowie konkrete Initiativen und Projekte auf regionaler und lokaler Ebene unterstützen.

## **4. Resümee**

Die Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein international etabliertes Instrument, um Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informiert zu gestalten. Am Beispiel der Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr in Österreich zeigt sich, dass eine GFA Bewusstsein für den Beitrag anderer Politikfelder für die Gesundheit der Bevölkerung schafft und die Kooperation mit anderen Politikfeldern fördert. Im Rahmen des Pilotprojektes wurden erste Erfahrungen mit GFA auf Bundesebene gesammelt und ein wichtiger Schritt für die Weiterentwicklung in Richtung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik geleistet. GFA in Österreich steht am Anfang, begegnet wachsendem Interesse, es bedarf aber noch viel Engagements und Durchhaltevermögens, um das Instrument zu etablieren.

## **Verweise**

<sup>1</sup> Verhältnisprävention ist ein Begriff aus der Gesundheitsförderung; „bezeichnet Maßnahmen, die auf eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebensverhältnisse abzielen, und bezieht auch die Umgebung von Personen und ihre Lebensverhältnisse mit ein. Dahinter steht die Vorstellung, dass

Menschen sich nur dann wirklich wohl fühlen können, wenn auch das Umfeld, in dem sie leben, arbeiten, lernen, wohnen und lieben, gesundheitsförderlich und nicht krankmachend ist.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012)

<sup>2</sup> „Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit bzw. Chancengerechtigkeit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d. h. als Herstellung gleicher und damit gerechter Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012)

## Literatur

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

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Kindergesundheitsstrategie. Wien

Bundesministerium Gesundheit (Hsg.) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien

EPHIA (2004): European Policy Health Impact Assessment. A Guide. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_a6\\_frep\\_11\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf) (11. 11. 2013)

Europäische Kommission (2007): White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2012 (presented by the commission). Brüssel

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

Europäische Union (1997): Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrages über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte. Amtsblatt Nr. C 340 vom 10. November 1997. Download vom 4. Jänner 2013: <http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/11997M/htm/11997M.html#0145010077>

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

Grillich, Ludwig; Griebler, Ursula (2012): Prozessevaluation zum Pilotprojekt „Gesundheitsfolgenabschätzung des verpflichtenden Kindergartenjahres“. Im Auftrag von BMG, Land Steiermark und HVS. Donauuniversität Krems. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie. Krems

Haas, Sabine; Gruber, Gabriele; Kerschbaum, Hans; Knaller, Christine; Sax, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2012a). Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht 2012. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark. Wien

Haas, Sabine; Knaller, Christine; Sax, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2012b): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Projekterfahrungsbericht Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark. Wien

Haas, Sabine (2012c): Partizipations- und Kommunikationskonzept für das Health Impact Assessment zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark. Wien

Horvath, Ilonka; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Sax, Gabriele (2010): Health Impact Assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. Gesundheit Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

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

McKeown Thomas; Lowe C. R. (1974): An introduction into social medicine. Blackwell Scientific Publications. Oxford

Knaller, Christine; Elisabeth, Türscherl (2012): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Dokumentation der Stellungnahmen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark. Wien

OECD (Hg.) (2011): Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 1. Aufl. Paris

Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. Bonn

Schobel, Dietmar (2011): Ein Instrument für gesündere politische Entscheidungen. In: Gesundes Österreich. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention. 4/11. 28-31.

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

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

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

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

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

WHO (o. J.): The top 10 causes of death [Online]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html> [Zugriff am 10.5.2012].

## Über die Autorinnen



Mag. (FH) Christine Knaller, Jg. 1985

[Christine.Knaller@goeg.at](mailto:Christine.Knaller@goeg.at)

Gesundheitswissenschaftlerin, Studium Gesundheitsmanagement im Tourismus an der FH JOANNEUM, postgradualer Universitätslehrgang Public Health an der Medizinischen Universität Graz, seit März 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG, Arbeitsschwerpunkte sind Strategien und Instrumente zur Umsetzung von Health in All Policies, Aufbereitung von Evidenz im Bereich Public Health/ Gesundheitsförderung, koordiniert seit Frühjahr 2012 das Projekt Gesundheitsfolgenabschätzung



Mag. Dr. Sabine Haas, Jg. 1963

[sabine.haas@goeeg.at](mailto:sabine.haas@goeeg.at)

Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften; Doktoratsstudium der Soziologie; koordiniert an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG den Arbeitsbereich Prävention. Nach langjährigen Arbeitsschwerpunkten zu den Themen HIV/Aids und Drogen/Sucht in den letzten Jahren vor allem befasst mit Grundlagen von (struktureller) Prävention und Gesundheitsförderung, Strategien zur intersektoralen Verankerung von Gesundheit sowie mit den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit.

## Abstract

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA; engl. Health Impact Assessment) ist ein international etabliertes Instrument, um politische Entscheidungen in Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informiert zu gestalten. Der vorliegende Beitrag führt zum Thema gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (engl. „Health in All Policies“) ein und stellt das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung vor (Ablauf, Verortung, Grundsätze und Nutzen). Mit dem Pilotprojekt zum „verpflichtenden Kindergartenjahr“, das 2012 von der Gesundheit Österreich durchgeführt wurde, konnte das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung auf Bundesebene erstmals erprobt und ein wichtiger Schritt für die Weiterentwicklung in Richtung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik geleistet werden. Rückschlüsse aus dem Pilotprojekt hinsichtlich einer Etablierung von GFA in Österreich runden den Beitrag ab.

Health impact assessment (HIA) is a systematic process of analysing and assessing policy plans with regard to possible positive and negative effects for health and the distribution of those effects within the population. HIA supports the decision-makers in charge to arrive at evidence-based choices and, thus, promotes healthy public policies. This article introduces the concept of “Health in All Policies” and presents health impact assessment as an instrument to implement health in all policies. More specifically, the process, results and experiences of a pilot project carried out in 2011/12 on the topic “compulsory year at kindergarten” are recorded in the article.

Keywords: Gesundheitsfolgenabschätzung, Gesundheit in allen Politikfeldern, Health Impact Assessment, Health in All Policies, Verpflichtendes Kindergartenjahr, Kindergesundheit