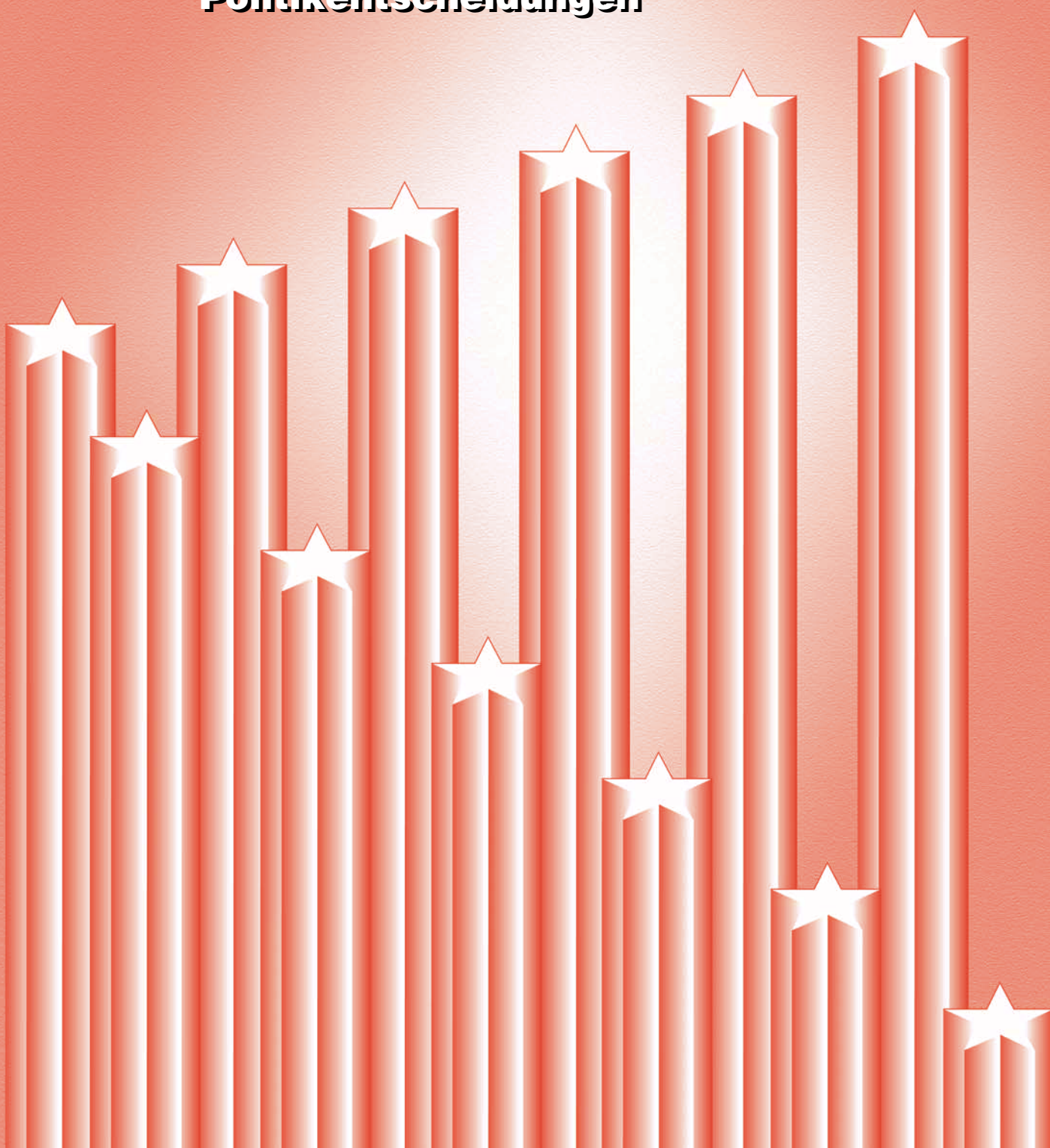


**European Policy  
Health Impact Assessment**



**Gesundheitsverträglichkeit  
Europäischer  
Politikentscheidungen**



**EMPFEHLUNG ZUM VORGEHEN**

## Danksagung

Die Projektgruppe möchte den Mitgliedern der Projektberatungsgruppe für ihren Beitrag zur Ausarbeitung dieses Berichts danken, insbesondere folgenden Personen:

### WHO-Mitarbeiter:

Carlos Dora, WHO, Genf

### Regierungsvertreter:

John Devlin, Department of Health and Children, Ireland

Paul Marshall, Department of Health, England (2001-2003)

Colleen Williams, Department of Health, England (2004)

Yvonne de Nas, Ministry of Health, Netherlands

Hans Stein, Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland (jetzt im Ruhestand)

### Europäische Kommission:

Henriette Chamouillet, DG SANCO

Anna Hedin, DG SANCO

Michael Hubel, DG SANCO

Lyndsay Mountford, DG SANCO

John Ryan, DG SANCO

Juergen Schefflein, DG SANCO

### Nicht-Regierungsorganisation:

Andrew Hayes, European Public Health Alliance (EPHA)

Unser Dank geht auch an die zahlreichen kooptierten Mitglieder der Beratungsgruppen, die zum Projekt beitrugen, ferner an die Projektverwaltung, Fran Bailey und Chris McLoughlin.

## PROJEKTGRUPPE

### IMPACT, Universität Liverpool, **ENGLAND**

Debbie Abrahams

Andy Pennington

Alex Scott-Samuel

### Institute of Public Health in **IRLAND**

Cathal Doyle

Owen Metcalfe

### RIVM, National Institute for Public Health and the Environment

Bilthoven **NIEDERLANDE**

Lea den Broeder

### Ioegd NRW, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen

Bielefeld **DEUTSCHLAND**

Fiona Haigh

Odile Mekel

Rainer Fehr



# Gesundheitsverträglichkeit Europäischer Politikentscheidungen: **Empfehlung Zum Vorgehen**

## Inhalt

Danksagung	Deckblatt-Innenseite vorn	
<b>1 Einführung</b>		<b>2</b>
<b>2 Das Projekt "Policy-HIA für die Europäische Union"</b>		<b>3</b>
<b>3 EPHIA-Schlüsselkonzepte und -Prinzipien</b>		<b>4</b>
3.1	Gesundheit und Wohlbefinden	4
3.2	Was ist HIA / Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit?	6
3.3	Prinzipien und Werte der EPHIA-Methodik	6
3.4	HIA und gesundheitliche Ungleichheiten	6
3.5	EPHIA-Optionen	7
	Desk-based EPHIA	7
	Rapid EPHIA (s. Anhang)	7(23)
	Vertieftes EPHIA	7
<b>4 EPHIA-Verfahren und -Methoden</b>		<b>8</b>
4.1	Screening	8
4.2	Scoping	8
4.3	Prüfverfahren	10
	Vorhabenanalyse	11
	Raum- und Bevölkerungsanalyse	11
	Qualitative und quantitative Datensammlung und -analyse	13
	Folgenabschätzung und -bewertung	16
	Priorisierung	19
	Handlungsempfehlungen	20
	Prozess-Evaluation	20
4.4	Bericht Gesundheitswirkungen und Policy-Optionen	21
4.5	Monitoring	21
4.6	Auswirkungs- und Effekt-Evaluation	21
<b>Bibliographie</b>		<b>22</b>
<b>Anhang</b>	Rapid EPHIA	<b>23</b>

## Liste der Tabellen, Abbildungen und Boxen

<b>Abb. 3.1</b>	Die Hauptdeterminanten für Gesundheit	4
<b>Tabelle 3.1</b>	Beispiele spezifischer Gesundheitsdeterminanten	5
<b>Box 3.1</b>	Gesundheitliche Ungleichheiten	7
<b>Box 3.2</b>	Anleitung zur Entscheidung über die Intensität der durchzuführenden EPHIA	7
<b>Abb. 4.1</b>	Schematische Darstellung von EPHIA	8
<b>Tabelle 4.1</b>	Interessengruppen und Schlüsselinformanten	9
<b>Box 4.1</b>	Beispiel für Kriterien und Fragen in der Vorhabenanalyse	11
<b>Box 4.2</b>	Beispiele für Indikatoren	12
<b>Box 4.3</b>	Anpassung des Raum- und Bevölkerungsprofils	12
<b>Box 4.4</b>	Evidenz aus der Literatur	13
<b>Box 4.5</b>	Beispiele für Auswahlmethoden	14
<b>Tabelle 4.2</b>	Beispiel eines Werkzeugs	15
<b>Box 4.6</b>	Beispiele qualitativer Methoden zur Konsensbildung	16
<b>Tabelle 4.3</b>	Ein Beispiel für eine Matrix gesundheitlicher Folgewirkungen	17
<b>Abb. 4.2</b>	Beispiel eines kausalen Netzes für flexible Beschäftigungsformen	18
<b>Box 4.7</b>	Quantifizierung gesundheitlicher Folgewirkungen: ein Beispiel	19
<b>Tabelle 4.4</b>	Änderungen im berichteten Gesundheitszustand	19
<b>Box 4.8</b>	Beispiel für Alternativ-Optionen bei Handlungsempfehlungen	20
<b>Box 4.9</b>	Evaluations-Werkzeug für HIA- Verfahren	20
<b>Box 4.10</b>	Werkzeug für Auswirkungsevaluation: ein Beispiel	21

Das Generaldirektorat Gesundheits- und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission vergab an ein Team von Fachleuten des Öffentlichen Gesundheitswesens aus England, Deutschland, Irland und den Niederlanden nach einer Ausschreibung im Jahr 2001 (2001/c147/06) einen Forschungsauftrag. Die Aufgabe bestand darin, eine allgemein einsetzbare Methodik des Health Impact Assessment (HIA) bzw. der Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit (GVP) zum Einsatz bei der Entwicklung von EU-Strategien und Politikentscheidungen (Policies) auszuformen. Durch die Entwicklung von Methoden und Verfahren, welche den Schutz menschlicher Gesundheit bei der Entwicklung und Umsetzung der EU-Politik sicherstellen, trägt dies teilweise zur Verpflichtung des Europäischen Rates nach Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam (EC, 1999) bei.

Darüber hinaus wird die Public Health-Strategie der Europäischen Gemeinschaft (EC, 2002) gestützt, zu deren Zielen es gehört, Pilotprojekte zur Entwicklung und zum Einsatz der HIA-Methodik für Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit von Gemeinschaftsvorhaben und -maßnahmen einzurichten. Das Projekt 'Policy Health Impact Assessment for the European Union' (EPHIA) ist ein solches Projekt.

Dieses Dokument wurde für die Europäische Gemeinschaft und ihre Institutionen erarbeitet und stellt eine Empfehlung für das Vorgehen zur Beurteilung der Auswirkungen von EU-Vorhaben auf die menschliche Gesundheit oder zur Vergabe eines solchen Beurteilungsauftrags dar und gilt auch für die Entwicklung der EU-Politik auf Mitgliedsstaatsebene, für HIA-Fachleute in der Praxis und für Auftraggeber.

#### In diesem Dokument:

- sind die Merkmale dieser allgemein einsetzbaren HIA-Methodik, der HIA-Methodik für EU-Vorhaben oder 'EPHIA'-Methodik dargestellt
- ist das HIA-Projekt zur EU-Politik zusammengefasst und die Art und Weise beschrieben, wie EPHIA ausgeformt, in Pilotprojekten erprobt und modifiziert wurde
- sind die der EPHIA-Methodik zugrunde liegenden Konzepte und Prinzipien beschrieben
- wird eine schrittweise Erläuterung der Verfahren und Methoden gegeben, wobei Zielsetzung, erforderliche Fertigkeiten und Outputs definiert werden. Beispiele für Methoden und Werkzeuge werden mitgeteilt, die aus den im Hauptbericht dargestellten Pilotprojekten stammen.

Diese Broschüre entstand im Rahmen des EU-geförderten Projektes "Policy Health Impact Assessment for the European Union". Der vorliegende Text ist die Übersetzung ins Deutsche.

Für das Themenfeld "Health Impact Assessment" / "Gesundheitliche Verträglichkeitsprüfung" sind Schwierigkeiten der Übersetzung in die verschiedenen europäischen Sprachen wohlbekannt. So ist "Impact" nicht mit "Verträglichkeit" gleichzusetzen, sondern eher mit "Gesamtfolgen", und "Assessment" nicht mit "Prüfung", sondern eher mit "umfassender Beurteilung". Dennoch wird "Environmental Impact Assessment" EU-offiziell mit "Umweltverträglichkeitsprüfung" (UVP) übersetzt. "Screening", "Scoping" und "Monitoring" sind für Verträglichkeitsprüfungen auch im Deutschen fest etablierte Begriffe.

Für diese Broschüre wurde versucht, einen Ausgleich zwischen Authentizität der Übersetzung und ausreichender Lesbarkeit zu finden. So wird "Policy" zumeist beibehalten, nur gelegentlich als "Politik" oder "Politikentscheidung" übersetzt. "Health Impact Assessment" (HIA) wird zumeist beibehalten und nur gelegentlich eingedeutscht. Für "Stakeholder" wurde durchweg "Interessengruppe" eingesetzt. Für verbliebene Anglizismen wie "Desk-based EPHIA" und "Rapid EPHIA" ebenso wie für "Political mapping", "Nominal group process" u.ä. sind Vorschläge geeigneter Übersetzungen uns sehr willkommen.



## Ziel des Projektes war:

- Ausformung einer Standardmethodik zur Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit (HIA) bei EU-Policies und -Maßnahmen
- Anwendung dieser HIA-Methodik auf ausgewählte EU-Policies
- Verbreitung der aus dem Projekt gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse mittels Seminaren, Veröffentlichungen und Briefings auf höherer Ebene.

## Die spezifischen Projektziele waren:

- HIA-Methodik und Methoden zu recherchieren, identifizieren, sammeln und überprüfen
- Eine allgemein einsetzbare HIA-Methodik auszuformen
- Die neue HIA-Methodik in Pilotprojekten einzusetzen und zu verfeinern
- Ein EU-Vorhaben für HIA zu finden, zu prüfen und auszuwählen
- Die neue HIA-Methodik auf die ausgewählte EU-Policy anzuwenden
- Die Ergebnisse aus den HIAs und die daraus für EU-Policy-HIA gewonnenen Erkenntnisse an politische Entscheidungsträger der EU und an die Mitgliedsstaaten weiterzugeben.

## Die Entwicklung der allgemeinen HIA-Methodik für EU-Policies hatte einen systematischen, strengen Ansatz, der die folgenden Stufen umfasste:

- Eine umfangreiche Recherche und Sammlung von HIA-Dokumenten
- Entwicklung eines HIA-Klassifizierungsrahmens zur Erleichterung der Auswahl von HIA-Werkzeugen aus dem gesammelten Material
- Überprüfung und Klassifizierung von HIA-Dokumenten unter Verwendung des Klassifizierungsrahmens
- Entwicklung eines Entwurfs der EPHIA-Methodik nach der Synthese von HIA-Material
- Auswahl der Europäischen Beschäftigungsstrategie als Pilot-Policy zur Erprobung des Entwurfs der EPHIA-Methodik nach einem umfangreichen Auswahlverfahren
- Durchführung pilothafter Prüfungen der Gesundheitsverträglichkeit in Mitgliedsländern und EU-weit unter Einsatz des Entwurfs der EPHIA-Methodik
- Systematische Evaluation des Entwurfs der EPHIA-Methodik nach Pilot-HIAs
- Verfeinerung der EPHIA-Methodik unter Berücksichtigung der Erfahrungen bei den HIA-Pilotprojekten.

### 3.1 Gesundheit und Wohlbefinden

Es ist allgemein anerkannt, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit; es geht dabei auch um das physische, psychische, soziale und geistige Wohl der Menschen. Untrennbar damit verbunden ist das Verständnis, dass Gesundheit und Wohlbefinden in jedem Lebensabschnitt durch komplexe Interaktionen zwischen sozialen und ökonomischen Faktoren, physischer Umwelt und persönlichem Verhalten sowie durch Erbfaktoren beeinflusst werden. Faktoren wie Einkommen, Beschäftigung, Wohnsituation, Zugang zu grundlegenden Leistungen wie Bildung und zu Einrichtungen wie z.B. Verkaufsgeschäften sind Gesundheitsdeterminanten, da sie den von Einzelnen und Gemeinschaften erzielbaren Grad der Gesundheit und des Wohlbefindens (health outcomes) beeinflussen. Dieses Konzept von Gesundheit und ihren Ursachen wird als social model of health (sozialwissenschaftliches Gesundheitsmodell) bezeichnet (Black et al, 1980; Acheson, 1998). Die Gesundheitsdeterminanten sind als Einflusssschichten in Abbildung 3.1 (Whitehead & Dahlgren, 1991) dargestellt. EPHIA verwendet dieses sozialwissenschaftliche Gesundheitsmodell als Grundkonzept.

Abbildung 3.1 Die Hauptdeterminanten für Gesundheit



Manche Einzelpersonen und Gruppen haben einen systematisch besseren oder schlechteren Gesundheitszustand als andere. Dies bezeichnet man als gesundheitliche Ungleichheit. Sie gibt wieder, wie diese Personen oder Gruppen im Verlauf ihres Lebens den mit ihren sozioökonomischen Umständen verbundenen Risiken in unterschiedlichem Maße ausgesetzt sind. Die unterschiedliche Exposition kann auch dazu beitragen, nach Ethnien und Geschlecht bestehende Ungleichheiten zu erklären.



In jeder Hauptkategorie von Gesundheitsdeterminanten gibt es ein Spektrum spezifischer Gesundheitsdeterminanten. Einige Beispiele sind in Tabelle 3.1 aufgeführt.

**Tabelle 3.1 Beispiele spezifischer Gesundheitsdeterminanten**

Gesundheitsdeterminanten-Kategorien	Spezifische Gesundheitsdeterminanten
Sozioökonomische, kulturelle & Umweltbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationale, nationale und regionale Politik (z.B. Wirtschafts-, Gesundheits-, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Verteidigungs-, Verkehrs-, Wohnungsbau-, Außen-, Einwanderungs-, Sozialpolitik)</li> <li>• Internationale, nationale und lokale öffentliche/bevölkerungsbezogene Dienste (z.B. Notfalldienste, Polizei, Gesundheits- und Sozialwesen, Einwanderung, Bildung, Verkehr, Sozialhilfe, Kinderbetreuung, Freizeit)</li> <li>• Ausgedrückte/empfundene soziale/kulturelle Werte und Normen (z.B. Diskriminierung, Einstellung gegenüber verschiedenen Bevölkerungsgruppen, Gerechtigkeit und Fairness)</li> <li>• Beziehung zwischen Staat und Bürger</li> </ul>
Lebens- und Arbeitsbedingungen (physische Umwelt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnung (z.B. Bedingungen, Verfügbarkeit)</li> <li>• Arbeitsbedingungen (z.B. Noxenexposition)</li> <li>• Luft-, Wasser-, Bodenqualität</li> <li>• Lärm</li> <li>• Abfallentsorgung</li> <li>• Energieverbrauch und Ressourcen-Nachhaltigkeit</li> <li>• Bodennutzung</li> <li>• Artenvielfalt</li> <li>• Zugangsmöglichkeit zu Menschen, Orten, Produkten</li> </ul>
Einflüsse von Gesellschaft und Gemeinwesen (sozioökonomisches Umfeld)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Unterstützung und Integration</li> <li>• Soziale Exklusion</li> <li>• Gemeinschaftsgeist</li> <li>• Bürgerbeteiligung bei Politikentscheidungen</li> <li>• Beschäftigung (z.B. Verfügbarkeit, Qualität)</li> <li>• Bildung/Ausbildung (z.B. Verfügbarkeit, Qualität, finanzielle Tragbarkeit)</li> </ul>
Faktoren individueller Lebensführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliches Verhalten (z.B. Eßgewohnheiten, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkoholkonsum, Medikamentenmissbrauch)</li> <li>• Persönliche Sicherheit</li> <li>• Beschäftigungsstatus</li> <li>• Bildungsabschluß</li> <li>• Einkommen, u.a. verfügbares Einkommen</li> <li>• Selbstachtung und Selbstvertrauen</li> <li>• Haltungen, Anschauungen, Kontrollüberzeugungen</li> </ul>
Biologische Faktoren	Alter, Geschlecht, genetische Faktoren

### 3.2 Was ist HIA / Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit?

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 (Lehto & Ritsatakis, 1999). Ziel ist es zu erkennen, welche potentiellen Änderungen der Gesundheitsdeterminanten sich aus einer neuen Policy oder einem neuen Projekt ergeben könnten, zum Beispiel einer Beschäftigungs- oder Verkehrspolitik, und welche Auswirkungen diese Änderungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben könnte. Die Beurteilung der unterschiedlichen Verteilung der Auswirkungen in der Bevölkerung ist von wesentlicher Bedeutung für die Analyse der potentiellen Auswirkung auf gesundheitliche Ungleichheiten. Zwar verbessert sich die Gesundheit, gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung, in ganz Europa, aber die Ungleichheiten zwischen bestimmten Untergruppen der Bevölkerung werden größer, zum Beispiel zwischen sozioökonomisch wohlhabenden und armen Gruppen.

Durch Anwendung dieser Methodik strebt EPHIA nach Informationslieferung und Beeinflussung von Entscheidungsfindung in der Politikentwicklung, wobei ein Mehrwert für die Europäische Politik erbracht wird, indem die politischen Entscheidungsträger in die Lage versetzt werden, die Auswirkungen ihrer Politik auf die Gesundheit zu berücksichtigen.

### 3.3 Prinzipien und Werte der EPHIA-Methodik

Die EPHIA zugrundeliegenden Prinzipien und Werte entsprechen denen, die in HIA-Arbeiten an anderer Stelle definiert wurden (u.a. bei Hirschfield et al, 2001; Douglas et al, 2001; Lehto & Ritsatakis, 1999) und sie finden in dieser gesamten Methodik ihren Niederschlag.

EPHIA ist ein **kollaborativer Prozess**, dessen Nutzen am besten verwirklicht wird durch eine **gemeinsame Verantwortung** des Generaldirektorates, welches die Policy vorschlägt, und des Generaldirektorates SANCO. EPHIA wurde so gestaltet dass es **praktikabel** ist, und die für die jeweilige Beurteilung ausgewählten Methoden sollten im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden Zeitspanne und Ressourcen geeignet sein. Das Verfahren sollte so **demokratisch** wie möglich sein, wobei die Interessen von Bevölkerungsgruppen entweder durch geeignete Vertreter oder durch direkte **Bürgerbeteiligung** einzubringen sind. EPHIA ist bestrebt, **gesundheitliche Ungleichheiten** zu verringern und sollte die unterschiedliche Verteilung gesundheitlicher Auswirkungen über alle Bevölkerungsschichten hinweg beurteilen. Es sollte bei der Feststellung der Evidenzbasis für gesundheitliche Auswirkungen **objektiv** sein, und die gesammelten Daten sollten auf anerkannten Qualitätsstandards im Forschungsbereich beruhen. Es sollte **transparent** sein, indem Methoden und Verfahren klar ausgeführt sind. Empfehlungen, die über EPHIA entwickelt wurden, sollten **praktikabel** und durchführbar sein und sollten sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen berücksichtigen.

### 3.4 HIA und gesundheitliche Ungleichheiten

EPHIA kann erheblich zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen, indem politische Entscheidungsträger über potentielle Auswirkungen eines geplanten Vorhabens auf verschiedene Bevölkerungsgruppen informiert werden.

Gesundheitliche Ungleichheiten können in jedem Stadium und bei allen Methoden der EPHIA ein Thema sein. Beispielsweise sollten bei der Raum- und Bevölkerungsanalyse Daten zu vulnerablen Bevölkerungsuntergruppen und zu Gruppen, die besonders von der Politik betroffen sind, aufgenommen werden. Zur Beteiligung von Interessengruppen und Schlüsselinformanten sollten Vertreter verschiedener Untergruppen einbezogen werden; die Methoden und Instrumente sollten auch Überlegungen zu gesundheitlichen Ungleichheiten umfassen. Es könnten mathematische Modelle mit Daten von Bevölkerungsgruppen und -untergruppen entwickelt werden; desgleichen könnten kausale Netze entwickelt und für unterschiedliche Bevölkerungsuntergruppen verglichen werden. Zur Analyse der Auswirkungen sollte auch eine Analyse für verschiedene Bevölkerungsuntergruppen gehören. Schließlich sollten Prioritäten und Handlungsempfehlungen die Bedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel der 'Angleichung auf höherem Niveau' widerspiegeln, das heißt, die Gesundheit der am wenigsten gesunden Bevölkerungsgruppen an die der gesündesten heranführen. Ebenso wichtig ist es, auf Geschlechtsunterschiede zu achten. Wo immer dies relevant ist, sollten diese Unterschiede in den verschiedenen HIA-Stadien einbezogen werden.



## Box 3.1 Gesundheitliche Ungleichheiten

Der Begriff gesundheitliche Ungleichheiten steht für die ungerechte und vermeidbare Kluft bei der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen. Der Begriff *sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten* bezieht sich auf die Tatsache, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status kürzer leben und bei schlechterer Gesundheit sind als andere. Ein weiterer oft gebrauchter Begriff ist *vulnerable* Gruppen, das heißt Menschen, die ein höheres Risiko für gesundheitliche Schäden haben. Vulnerabilität kann auf Alter (Kinder, alte Menschen), Gesundheitssituation (z.B. chronisch Kranke, Schwangere) oder auf gesellschaftlicher (z. B. Angehörige einer ethnischen Minderheitengruppe) oder wirtschaftlicher Benachteiligung beruhen. Schließlich gibt es noch geschlechtsspezifische Unterschiede, die sich durch alle anderen (gesundheitlichen) Ungleichheiten hindurchziehen.

Ist von gesundheitlichen Ungleichheiten oder Unterschieden die Rede, so bezieht sich dies nicht nur auf den Gesundheitszustand, sondern auch auf Risikofaktoren wie Aspekte der Lebensführung (z.B. Rauchen, Bewegungsmangel).

Beispiele für in EPHIA-Pilotprojekte einbezogene Bevölkerungsuntergruppen sind: • Frauen  
• Alte Menschen • Behinderte • Ethnische Minderheiten • Geringqualifizierte • Alleinerziehende

## 3.5 EPHIA-Optionen

Die Methodik kann bei verschiedenen Beurteilungstiefen eingesetzt werden, wofür ein unterschiedlicher Ressourceneinsatz erforderlich ist. Die Entscheidung, welche Intensität oder "Gründlichkeit" für die Beurteilung gewählt wird, hängt vom Kontext ab, zum Beispiel dem Vorhabenskontext, der verfügbaren Zeit, dem Zweck des HIA und den verfügbaren Ressourcen. Nachfolgend drei Beispiele für verschiedene Intensitäten, die angewandt werden könnten:

### Desk-based EPHIA

- ergibt einen groben Überblick der möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit
- könnte in einem frühen Entwicklungsstadium des Vorhabens (z. B. green paper) oder dort, wo nur begrenzte Zeit/Ressourcen zur Verfügung stehen, eingesetzt werden
- bezieht die Sammlung und Analyse vorhandener, zugänglicher Daten ein
- dauert etwa 2-6 Wochen (bei einem Begutachter),

### Rapid EPHIA (s. Anhang)

- ergibt ausführlichere Angaben zu möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit
- typische oder am häufigsten verwendete HIA-Vorgehensweise
- ermöglicht eine gründlichere Untersuchung von Auswirkungen auf die Gesundheit, erhöht die Zuverlässigkeit der Wirkungsbeurteilungen
- bezieht die Sammlung und Analyse vorhandener, zugänglicher Daten und neuer qualitativer Daten von Interessengruppen und Schlüsselinformanten ein
- dauert etwa 12 Wochen (bei einem Begutachter),

### Vertieftes EPHIA

- ergibt eine umfassende Beurteilung potentieller Auswirkungen auf die Gesundheit
- verlässlichste Bestimmung der Auswirkungen, aber am wenigsten häufig eingesetzt - der 'Goldstandard' der Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit
- bezieht die Datensammlung und -analyse mittels unterschiedlicher Methoden und Quellen ein (quantitative und qualitative, einschließlich partizipatorische Ansätze unter Einbeziehung von Interessengruppen bzw. ihrer Vertreter und Schlüsselinformanten)
- dauert etwa 6 Monate (bei einem Begutachter).

Box 3.2 stellt einige Fragen, die bei der Entscheidung über die HIA-Intensität helfen können.

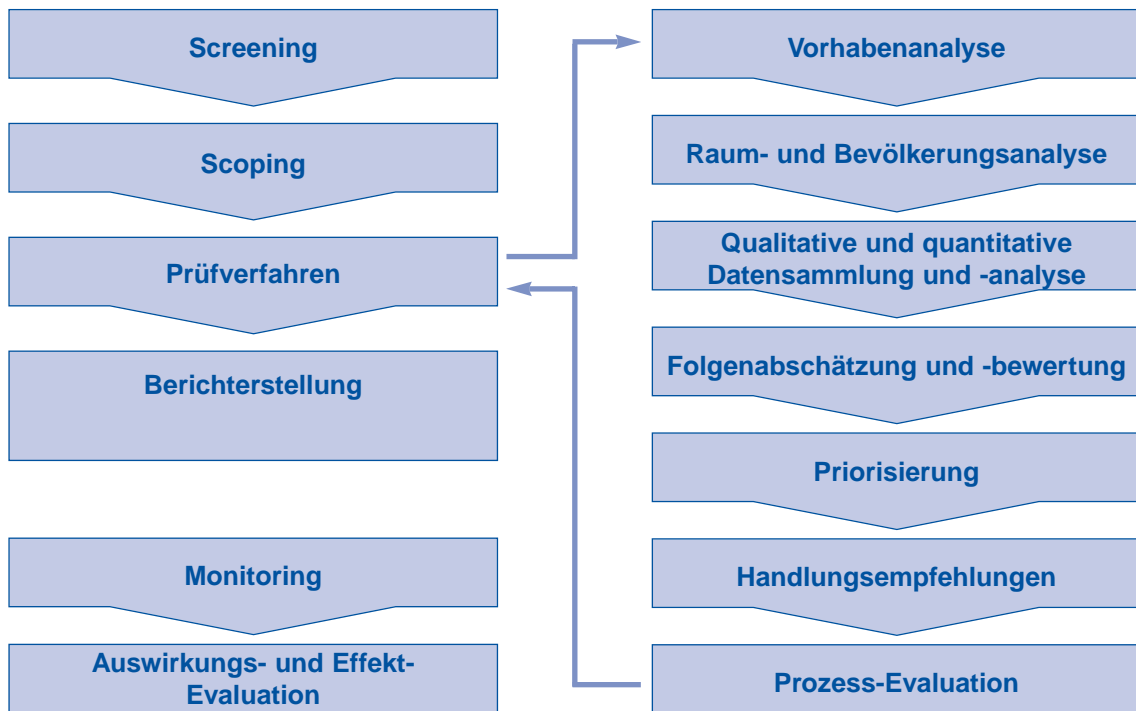
## Box 3.2 Anleitung zur Entscheidung über die Intensität der durchzuführenden EPHIA

1. Wann muss der EPHIA-Bericht abgeschlossen sein?	Falls weniger als 6 Monate, vermutlich Desk-based oder Rapid
2. Wer wird das EPHIA durchführen?	Falls hausintern, wahrscheinlich Desk-based oder Rapid
3. Welche Mittel stehen für EPHIA zur Verfügung?	Stehen Ressourcen zur Verfügung, größere Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Begutachter und Intensität
4. Geht es um ein Schlüsselvorhaben (z.B. Typ, Thema, Investition)? Sind erhebliche Policy-Änderungen geplant?	Vertieft
5. Spricht das Screening für erhebliche potentielle Auswirkungen der Policy-Änderung auf die Gesundheit?	Vertieft
6. Welche Daten mit Bezug auf die Policy sind verfügbar und zugänglich? Wie ist der Stand gesundheitlicher Evidenz für dieses Thema?	Mehr Daten: vertieftes HIA
7. Wie hoch ist das politische bzw. öffentliche Interesse?	Mehr Interesse: vertieftes HIA

## EPHIA-Verfahren und -Methoden

In Abb. 4.1 sind die Verfahren und Methoden dargestellt, aus denen EPHIA besteht. Die linke Seite enthält die wichtigsten organisatorischen Schritte, die während einer Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit durchzuführen sind. Die rechte Seite enthält die Schritte und Methoden, die bei der tatsächlichen Beurteilung durchgeführt werden. Einige dieser Schritte können gleichzeitig ausgeführt werden, wobei dieselben Informationen in mehrere Ablaufschritte einfließen können.

**Abbildung 4.1 Schematische Darstellung von EPHIA**



### 4.1 Screening

Screening ist das erste Stadium bei der Identifizierung von Vorhaben für eine EPHIA-Beurteilung, wobei ein schnelles Urteil hinsichtlich der potentiellen Auswirkungen des Vorhabens auf die Gesundheit der Bevölkerung erfolgt. Es wurden verschiedene Instrumente und Checklisten entwickelt, u.a. die Screening-Tools der Greater London Authority (GLA, 2001) und die Merseyside-Guidelines (Scott-Samuel et al, 2001). Die Europäische Kommission könnte dies unter Verwendung des Preliminary Assessment Tools (EC, 2002) durchführen.

### 4.2 Scoping

Beim Scoping geht es um die Ausgestaltung und Planung des HIA. Im Idealfall wird hierzu als erster Schritt ein Beirat einberufen. Es folgen im Ergebnis eine klar definierte Arbeitsvereinbarung (terms of reference, TOR) für das HIA sowie die Festlegung des Begutachters oder des Begutachterteams. Aufgabe des Beirats ist die Definition der Arbeitsvereinbarung für das HIA, die Festlegung der Begutachter und der HIA-Projektleitung; es wird empfohlen, die Rolle des Beirats, dessen Mitglieder und die Berichtsregelungen zu dokumentieren. Alternativ kann derjenige, der das HIA in Auftrag gibt, z.B. der Initiator des Vorhabens, ein Begutachterteam mit der Durchführung dieser Aufgabe betrauen.



Als potentielle Mitglieder von Beiräten kommen der Initiator des Vorhabens, andere Interessengruppen (Einzelpersonen oder Gruppen, die ein Interesse an dem zu prüfenden Vorhaben haben), Schlüsselinformanten ('Experten' oder 'Fachleute' im spezifischen Fachgebiet) und die Begutachter in Betracht. Für Beispiele siehe Tabelle 4.1.

**Tabelle 4.1 Interessengruppen und Schlüsselinformanten im britischen EPHIA - Pilotprojekt der Europäischen Beschäftigungsstrategie**  
(\*in den Beirat eingeladen)

Kategorie Interessengruppe / Schlüsselinformant	Betroffener/Schlüsselinformant
Betroffene Organisation - Gesundheit	Department of Health* Health Development Agency* Health and Safety Executive
Betroffene Organisation - Initiator des Vorhabens	Department for Work & Pensions* Department for Education and Skills* Department of Trade & Industry*
Betroffene Organisation - relevant für das Vorhaben	Department for the Environment, Food and Rural Affairs Office of the Deputy Prime Minister
Betroffene Organisation - Regionalregierung	North West Development Agency
Betroffene Organisation - Sozialpartner	Confederation of British Industry* Trade Union Congress* Chartered Institute of Personnel Development
Betroffene Organisation (NGO) - Interessengruppen	Commission for Racial Equality Equal Opportunities Commission Disabilities Rights Commission Low Pay Commission University of the Third Age National Unemployment Centres
Schlüsselinformanten - Beschäftigung & Gesundheit	University College, London* European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions*
Schlüsselinformanten - Beschäftigung	Manchester Business School* Institute for Employment Research

Die Arbeitsvereinbarung des HIA sollte sich auf die Ausgestaltung (z.B. Ziele, Zwecke, Methoden), den Umfang (Tiefe der Beurteilung, geographische und zeitliche Grenzen, Kontext des Vorhabens, Analyseeinheit), Outputs, Ressourcen und Terminplan erstrecken. Es ist vorgesehen, dass dies ein iteratives Verfahren sein soll, in dem der Beirat die Rahmenvereinbarung definiert und ggf. fortschreibt, z.B. mit den später ernannten HIA-Begutachtern.

Entscheidungen zur Tiefe der Beurteilung müssen den Status und die Komplexität des Policy-Vorhabens widerspiegeln. Darüber hinaus wird die Beurteilungstiefe auch von

praktischen Erwägungen mitbestimmt wie z.B. von der Verfügbarkeit von Modellen für die Prognose gesundheitlicher Auswirkungen, die Evidenz-Grundlagen und die Verfügbarkeit von Daten. Einige Fragen, die bei der Entscheidung über die Beurteilungsintensität helfen, sind in Box 3.2 niedergelegt. Bei sehr breit angelegten oder komplexen Policies könnte der HIA-Auftraggeber den Schwerpunkt des HIA auf bestimmte Einzelaspekte des fraglichen Vorhabens legen wollen.

Nachdem der HIA-Beirat die Arbeitsvereinbarung in groben Zügen entwickelt hat, ist die Palette der im Begutachtungsteam benötigten Fertigkeiten und Fachkenntnis bekannt. Bei entsprechender Schulung könnten die meisten HIAs als Desk-based oder Rapid-HIAs für EU-Vorhaben hausintern durchgeführt werden, das heißt vom Generaldirektorat SANCO in Zusammenarbeit mit dem für das Vorhaben zuständigen Generaldirektorat. Für gründlichere HIAs von EU-Vorhaben würde vermutlich externer Sachverstand benötigt. In diesen Fällen ist wichtig, dass es sich bei dem leitenden HIA-Begutachter um eine Fachkraft für Öffentliches Gesundheitswesen handelt, die HIA-geschult ist und im Idealfall über Erfahrung in der Durchführung von HIAs verfügt. Weitere Fertigkeiten werden je nach Art des Vorhabens und Tiefe der Beurteilung benötigt.

### 4.3 Prüfverfahren

Die damit verbundenen Methoden sind im folgenden Abschnitt beschrieben. Das Prüfverfahren ist ein iteratives Verfahren und ein Lernprozess. Jeder Schritt fließt in die anderen ein, und während des eigentlichen Verfahrens können Schritte bis zu einem gewissen Grad gleichzeitig ausgeführt werden.

Die für die Datensammlung und -analyse angewandten Methoden sind unterschiedlich, je nach der Tiefe des EPHIA. Immer gehört die Sammlung und Auswertung bereits vorhandener Daten dazu, bei den vertieften EPHIA werden jedoch weitere, quantitative und qualitative Methoden zur Datensammlung unter Einbeziehung von Interessengruppen bzw. deren Vertretern und Schlüsselinformanten angewandt.

Angesichts der Komplexität, die mit der Implementierung der Politik der Europäischen Kommission in ganz Europa und mit der Verschiedenartigkeit der betroffenen Bevölkerungskreise verbunden ist, gibt es verschiedene Wege ('Analyseeinheiten'), wie die EPHIA-Methodik zur Bewertung der potentiellen gesundheitlichen Auswirkungen angewandt werden könnte. Beispielsweise:

#### Option 1 - Auf europäischer Ebene

Die gesundheitlichen Auswirkungen des Vorhabens könnten für die Bevölkerung Europas als Ganzes abgeschätzt werden (EU-25 nach April 2004). Dafür würde sich eine schnelle Übung als Desk-based-Version eignen ebenso wie für Vorhaben, bei denen relativ einheitliche gesundheitliche Auswirkungen zu erwarten sind.

#### Option 2 - Auf europäischer und regionaler Ebene

Es ist davon auszugehen, dass die Umsetzung von EU-Vorhaben in verschiedenen europäischen Ländern aufgrund ihrer unterschiedlichen sozioökonomischen und gesundheitlichen Zusammenhänge auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Es könnte jedoch eine regionale (z.B. Nord-, Süd- und Osteuropa) oder 'Bereichs'-Analyse (Länder mit den 'besten' oder den 'schlechtesten' Werten bei den wichtigsten Gesundheitsdeterminanten, z.B. Beschäftigung, die von dem zu beurteilenden Vorhaben betroffen sind) durchgeführt werden. Diese Option könnte hausintern mittels Zugriff auf zentral verfügbare Daten (z.B. durch Eurostat) oder durch Zusammenstellung von Begutachtern aus ausgewählten Mitgliedsstaaten durchgeführt werden.

#### Option 3 - Auf europäischer Ebene und auf Ebene der Mitgliedsländer

Angesichts des Subsidiaritätsprinzips in der EU ist die Europäische Kommission zur Umsetzung ihrer Politik weitgehend auf die Mitgliedsländer angewiesen. Wegen der Bedeutung des Vorhabens oder der Variabilität zwischen Mitgliedsländern könnte eine Beurteilung auf Ebene der Mitgliedsländer als geeigneter angesehen werden als der regionale Ansatz.



### Vorhabenanalyse

Der Hauptzweck der Vorhabenanalyse ist es, eine Informationsbasis für die HIA-Ausgestaltung und ihre iterierende Durchführung zu bilden. Festgestellt werden sollten:

- Grundprinzip, Kontext und Strategien der Policy
- Populationen samt Untergruppen, die - positiv oder negativ - von dem Vorhaben betroffen sind
- Schlüsselinformanten und Interessengruppen (exemplarisch)
- die Beziehung zwischen der geplanten und anderen Policies
- die Ergebnisse aus Bewertungen anderer ähnlicher Vorhaben.

Hierzu könnten drei Arten von Dokumenten geprüft und analysiert werden:

- Dokumente zum geplanten Vorhaben und Begleitdokumente
- Sonstige Policy- und amtliche Dokumente, die mit der zu beurteilenden Policy in Verbindung stehen
- Feststellungen zum sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und wissenschaftlichen Kontext des Vorhabens.

Die Vorhabenanalyse trägt auch zur Generierung der Daten bei, die für die Raum- und Bevölkerungsanalyse, die Anleitungen für die Befragungen der Interessengruppen und Schlüsselinformanten und die Themen für die Literaturrecherchen benötigt werden.

#### Box 4.1 Beispiel für Kriterien und Fragen verwendet bei der Vorhabenanalyse des EU EPHIA Pilotprojekts

##### Vorhabensentwicklung

Welches sind die mit dem Policy-Thema, z.B. Beschäftigung in der EU, verbundenen Fragestellungen?

Wie wurde die Policy initiiert und entwickelt? Wer war beteiligt, z.B. Policy-Netzwerke?

Wie wurden Entscheidungen bei der endgültigen Ausarbeitung des Inhaltes der Policy getroffen?

##### Inhalt des Vorhabens

Was sind die geplanten Ziele, Zwecke, Interventionen, Zielvorgaben, zeitlichen Rahmen, Mittelausstattung der Policy? Wer wird von der Policy betroffen sein? Werden die erkannten Fragestellungen durch die geplante Policy angegangen? Sind die Vorschläge evidenz-basiert? Was sind die der Policy zugrunde liegenden Werte und theoretischen Modelle?

##### Umsetzung der Policy

Was sind die Chancen und Herausforderungen für eine effektive und effiziente Umsetzung der Policy, z.B. Kommunikation, Synergieeffekte zwischen Policies, hinreichende Ressourcen, tragende Kultur, politischer Wille?

Was sind die politischen Weiterungen der Umsetzung der Policy, z.B. in Bezug auf Wahlen?

##### Thema "Gesundheit" bei der Planung der Policy

Wie wurden die gesundheitlichen Auswirkungen der geplanten Policy berücksichtigt?

Welche Beziehung bzw. welches Handlungsmodell besteht zwischen dem Policythema, z.B. Beschäftigung, und den Folgen für die Gesundheit? NB: Dieses Modell wird durch Daten der Interessengruppen verstärkt.

Welches sind die potentiellen Interventionspunkte für die geplante Policy bei diesem Modell?

### Raum- und Bevölkerungsanalyse

Zweck der Raum- und Bevölkerungsanalyse ist es, vom gesundheitlichen und soziodemographischen Zusammenhang der Policy ein Bild zu zeichnen, um seine potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit und auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, die davon betroffen sein könnten, besser zu verstehen. Zur Raum- und Bevölkerungsanalyse gehört die Datensammlung für eine Reihe von Indikatoren, von denen man annimmt, dass sie für den Inhalt der ausgewählten Policy und ihre möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit oder auf Gesundheitsdeterminanten relevant sind. Indikatoren sind messbare Variablen, die den Status eines Gemeinwesens oder von Personen oder Gruppen im Gemeinwesen widerspiegeln. Die Raum- und Bevölkerungsanalyse würde im Idealfall aus Trenddaten

(Zeitreihen) bestehen. Ein für eine Raum- und Bevölkerungsanalyse eines Gemeinwesens festgesetzter Indikatorensetz könnte Indikatoren zu Folgendem umfassen:

- Bevölkerung, z.B. EU, Mitgliedsstaat, Bevölkerungsuntergruppen
- Gesundheitsstatus, z.B. Sterblichkeitsraten, gefühlte Gesundheit und Wohlbefinden
- Gesundheitsdeterminanten, z.B. Wohnbedingungen, Beschäftigungsstand, Luftqualität, gesellschaftlicher Rückhalt, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Ernährung und körperliche Aktivität.

#### Box 4.2 Beispiele für Indikatoren

Beispiele für *Gesundheits*-Indikatoren, die Teil des HIA-Pilotprojekts der europäischen Beschäftigungsstrategie waren:

- Gesunde Lebenserwartung bei Geburt
- Anteil der Behinderten an der Bevölkerung
- Berufsbedingte Sterblichkeit.

Beispiele für Indikatoren für *Gesundheitsdeterminanten*:

- Bevölkerung nach Berufsklassen
- Anteil der Arbeitslosigkeit / Nichtberufstätigkeit
- Anteil der Beschäftigten nach Status.
- Beschäftigungstrends

Daten für die ausgewählten Indikatoren lassen sich oft in verfügbaren internationalen Datenbanken z.B. von EUROSTAT, OECD, WHO und in Datenbanken auf nationaler Ebene finden.

#### Einige Beispiele für Online-Datenbanken:

EU Statistiken - Eurostat:

<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/printcatalogue/EN?catalogue=Eurostat>

Statistik der Organisation für Wirtschaftliche Kooperation und Entwicklung - OECD Statistik

Portal: [http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en\\_2825\\_293564\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html)

Statistik der Weltgesundheitsorganisation - WHO Statistical Information System (WHOSIS):

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Statistik auf nationaler Ebene – United Nations Statistics Division

Die folgende Site enthält Links zu jeder verfügbaren nationalen (UN) Statistik-Site in Europa

und der restlichen Welt: [http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd\\_natstat.htm](http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd_natstat.htm)

Wird ein vertieftes EPHIA auf EU- und nationalen Ebenen unter Einbeziehung nationaler Datenquellen durchgeführt, muss auf die Vergleichbarkeit zwischen den Indikatoren geachtet werden. Das heißt, die Arbeitsdefinitionen der Indikatoren sollten, wo immer möglich, die gleichen sein. Bei den Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (ECHI) handelt es sich um einen umfassenden, aus verschiedenen Datenquellen zusammengetragenen Indikatorensetz, der sich gerade im Definitionsprozess befindet; hierdurch wird die Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedsstaaten in Zukunft verbessert.

Die während der Vorhabenanalyse und der Raum- und Bevölkerungsanalyse zusammengetragenen Informationen geben ein klareres Bild von den wichtigsten und relevantesten gesundheitlichen Aspekten des Vorhabens. Dies führt üblicherweise dazu, dass Schwerpunkte des HIA weiter verfeinert und definiert werden. Daraus folgt, dass das ursprünglich erstellte Profil während des HIA angepasst werden kann: einige Indikatoren können sich als weniger relevant erweisen, während andere, die anfangs nicht berücksichtigt wurden, ergänzend aufgenommen werden.

#### Box 4.3 Anpassung des Raum- und Bevölkerungsprofils: Beispiel aus der niederländischen EPHIA der Europäischen Beschäftigungsstrategie

Das ursprüngliche Raum- und Bevölkerungsprofil in des HIA zur Europäischen Beschäftigungsstrategie enthielt eine Reihe grundlegender Indikatoren zur Demographie, zum Gesundheitsstatus und zur Beschäftigung. Eines der Themen, die während der darauffolgenden Datensammelphase in den Niederlanden auftauchten, war die Politik zur Verminderung der Inanspruchnahme des Vorruhestandes. Daher wurde zwei weitere Indikatoren aufgenommen:

- Durchschnittliches Renteneintrittsalter
- Anteil der Beschäftigten zwischen 55 und 65 Jahren an der Bevölkerung.



### Qualitative und quantitative Datensammlung und -analyse

Während des Stadiums der Datensammlung werden Beweise für die Auswirkungen der Policy auf Gesundheitsdeterminanten und resultierenden Gesundheitszustand zusammengetragen. Im allgemeinen werden die einzigen neuen Daten, die bei den meisten Beurteilungen gesundheitlicher Auswirkungen verwendet werden, über den nachstehend erwähnten partizipativen qualitativen Ansatz gewonnen. Die Sammlung neuer quantitativer Daten ist oft nicht nötig oder praktikabel. Oft können bereits verfügbare Quellen wie Gesundheits- und Umweltberichte genutzt werden. Auch können Daten aus vorangegangenen Studien weiter analysiert werden, zum Beispiel für mathematische Modellierung. Systematische Reviews verfügbarer Forschungsergebnisse sind eine besonders nützliche Art der Evidenzsammlung. Sind solche Übersichten nicht leicht zugänglich, so könnte diese durch einen Review über die verfügbare Literatur gestützt werden. Im Falle eines Desk-based EPHIA wäre die Datensammlung vermutlich auf eine Literaturanalyse beschränkt, während bei einem vertieften EPHIA verschiedene Methoden zur Gewinnung neuer Daten eingesetzt werden könnten.

#### Box 4.4 Evidenz aus der Literatur

Nicht alle aus der Forschung gewonnenen Daten stellen Evidenz dar. Die Qualität und Aussagekraft von Evidenz hängt von der Ausgestaltung des Forschungsprojekts ab; dies gilt für qualitative wie quantitative Forschung. Die stärkste Beweiskraft wird erreicht, wenn verschiedene Forschungsstudien in einem *systematischen Review* kombiniert werden. Im Internet verfügbare systematische Reviews sind nachstehend aufgeführt. Sie weisen verschiedene Schwerpunkte nach Art der geprüften Forschungsprojekte auf, beispielsweise konzentrieren sich York (Großbritannien) und Cochrane (international) auf Reviews zur Wirksamkeit klinischer Interventionen, wohingegen Campbell den Schwerpunkt auf Reviews sozioökonomischer Interventionen legt. HDA (England) prüft beispielsweise die Wirksamkeit von Lebenshaltungs- und Regenerationsinterventionen auf die öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten.

Cochrane Centre <http://www.cochrane.org/index0.htm>

Campbell Collaboration <http://www.campbellcollaboration.org/>

Health Development Agency (HDA) <http://www.hda-online.org.uk/html/research/evidencebase.html>

Health Evidence Network <http://www.euro.who.int/HEN>

Medical Research Council [www.msoc-mrc.gla.ac.uk](http://www.msoc-mrc.gla.ac.uk)

University of York - Centre for Reviews and Dissemination <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

WHO <http://www.who.int/en/> WHO Europe <http://www.who.dk/>

Stehen keine systematischen Reviews zur Verfügung, könnten Literatur-Reviews über relevante Studien aus einer umfassenden Suche (z.B. computerbasierte Suche in entsprechenden Datenbanken) zusammengestellt werden. Literatur-Reviews bedürfen der kritischen Analyse der Studien nach spezifischen Kriterien, um die Exaktheit der Forschung festzustellen, zum Beispiel:

Wurde das Forschungsdesign klar definiert? Wurden ethische Erwägungen dargelegt, auch Interessenkonflikte von Forschern? Waren die Methoden und Instrumente geeignet? War die Erhebungsgruppe und -größe angemessen?

Wurden die Ergebnisse klar und angemessen dargestellt und erörtert?  
Sind die Grenzen der Studie dargelegt? Können die Ergebnisse verallgemeinert werden?  
Stehen die Schlussfolgerungen mit den Erkenntnissen im Einklang? Wurden die Implikationen der Forschung erörtert?

## EPHIA-Verfahren und -Methoden

Zweck partizipatorischer, qualitativer Ansätze ist es, Evidenz aus der Erfahrung, dem Wissen, den Ansichten und Wahrnehmungen von Populationen, die von dem Vorhaben betroffen sind (Interessengruppen), und von Sachverständigen (Schlüsselinformanten) zu gewinnen.

Diese Evidenz:

- ergibt ein vertieftes Bild über das vom Vorhaben betroffene Spektrum von Gesundheitsdeterminanten
- ergibt ein eingehendes Verständnis dafür, wie sich dies ihrer Meinung nach auf resultierende Gesundheitszustände auswirkt und warum
- trägt zu einer Priorisierung von Auswirkungen bei
- ergibt einen Ausblick auf gesundheitliche Ungleichheiten.

Wo immer möglich sollten Vertreter potentiell betroffener Bevölkerungsgruppen mit einbezogen werden; dies ist ressourcen-intensiv und somit nur für Rapid EPHIA und vertieftes EPHIA geeignet. Eine repräsentative Auswahl von Interessengruppen und Schlüsselinformanten ist wichtig, damit verschiedenste Perspektiven zur Geltung kommen. "Political Mapping" ist eine Methode, die sich anwenden lässt, um Interessengruppen zu erkennen und zu kategorisieren und die Einbeziehung jeder Kategorie sicherzustellen. In Box 4.5 sind die Methoden beschrieben, die zur Zusammenstellung der Auswahl im EPHIA-Pilotprojekt in Großbritannien verwendet wurden, nachdem die Interessengruppen und die Schlüsselinformanten festgelegt waren (vgl. Tabelle 4.1).

### **Box 4.5 Beispiele zu den Auswahlmethoden, die beim EPHIA Pilotprojekt in Großbritannien zur Europäischen Beschäftigungsstrategie verwendet wurden**

"Gezielte Auswahlverfahren wurden verwendet, um institutionelle Interessengruppen und Schlüsselinformanten initial zusammenzustellen, danach folgten Schneeballauswahlverfahren."

Das gezielte Auswahlverfahren ist eine Methode, die nicht nach dem Zufallsprinzip arbeitet, sondern darauf abzielt, eine Gruppe von Menschen mit einem bestimmten Merkmal zusammenzustellen, zum Beispiel Personen, die mit der Entwicklung und Umsetzung der Beschäftigungsstrategie (einschließlich dem Nationalen Aktionsplan (NAP) bzw. den EBS-Beschäftigungsrichtlinien) zu tun haben.

Beim Schneeballauswahlverfahren nennt eine Ausgangsgruppe von Befragten (d.h. die institutionellen Interessengruppen und Schlüsselinformanten) andere Personen, die ihres Wissens ein ähnliches Merkmal aufweisen (das heißt, dass sie in die Beschäftigungsstrategie miteinbezogen sind oder ein Interesse daran haben).



Zu den Methoden der Datenerhebung könnten Fokusgruppen sowie halbstrukturierte und strukturierte Befragungen gehören (z.B. Knodel, 1993). Halbstrukturierte Befragungen wurden beim EPHIA Pilotprojekt zur europäischen Beschäftigungsstrategie in Großbritannien verwendet. Die dazu verwendeten Werkzeuge sind in Tabelle 4.2 aufgeführt.

**Tabelle 4.2 Beispiel eines Werkzeugs**

Fragethemen zur Beschäftigung	Fragethemen zu Beschäftigung und Gesundheit
<p>Arbeitslosentrends in Großbritannien, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• am meisten betroffene Bevölkerungsuntergruppen? Warum? Wie?</li> <li>• Auswirkungen auf Lebensqualität? Prioritäten?</li> </ul>	<p>Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Wohlbefinden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• körperliche, psychosoziale Gesundheit / Wohlbefinden? Wie (kausaler Zusammenhang)?</li> <li>• am meisten betroffene Bevölkerungsuntergruppen? Warum?</li> </ul>
<p>Beschäftigungstrends in Großbritannien, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art der Beschäftigung?</li> <li>• Niedriglohn?</li> <li>• Arbeitnehmer-Beteiligung?</li> </ul>	<p>Auswirkungen der Beschäftigung auf Gesundheit und Wohlbefinden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art der Beschäftigung?</li> <li>• sozioökonomisches Arbeitsumfeld - Niedriglohn, Beteiligung?</li> <li>• Sonstige Arbeitsbedingungen?</li> <li>• Wer? Wie?</li> </ul>
<p>Wirksame Interventionen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit, z.B. für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langzeitarbeitslose?</li> <li>• wirtschaftlich Inaktive?</li> </ul>	<p>Auswirkungen von Interventionen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Wohlbefinden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespräche mit Beziehern von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?</li> <li>• Kinderbetreuung?</li> </ul>
<p>Wirksame Beschäftigungsinterventionen, z.B. zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produktivitätssteigerung?</li> <li>• Innovationssteigerung?</li> </ul>	<p>Auswirkungen von Beschäftigungsinterventionen auf Gesundheit und Wohlbefinden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung flexibler Arbeitszeit für Arbeitnehmer – "Work life balance"?</li> <li>• Erhöhung flexibler Arbeitszeit für Arbeitgeber - Beschäftigungsstand</li> <li>• Arbeitnehmerbeteiligung?</li> </ul>
<p>Potentielle Wirkungen der Beschäftigungsrichtlinien in Großbritannien, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EU-Beschäftigungsstrategie / Richtlinienziele?</li> <li>• Andere Gesundheitsdeterminanten - Durchschnittseinkommen, Bildungsabschluss usw.</li> </ul>	<p>Potentielle Auswirkungen der Beschäftigungsrichtlinien in Großbritannien, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EU-Beschäftigungsstrategie / Richtlinienziele, auf Gesundheit und Wohlbefinden?</li> </ul>

Andere qualitative Methoden können zur Konsensbildung herangezogen werden. Diese sind in Box 4.6 beschrieben.

#### Box 4.6 Beispiele qualitativer Methoden zur Konsensbildung

##### Delphi-Techniken

Dazu gehört ein postalischer Fragebogen mit offenen Fragen, um zu bestimmten Themen die Vorstellungen und Einstellungen einer großen Anzahl von Menschen anonym zu erfahren, ohne dass hierfür eine Zusammenkunft organisiert werden müsste. Dazu gehören wiederkehrende Rückmeldungen per Post, nicht von Angesicht zu Angesicht. Die Antworten werden analysiert und als zweiter Fragebogen mit einer beschränkten Zahl von Themen oder Aussagen einem Expertengremium vorgelegt mit der Bitte, sie in eine Rangfolge zu bringen. Die Einstufungen werden dann in einem weiteren Fragebogen zusammengefasst und an die ursprünglichen Teilnehmer verteilt mit der Bitte, den Grad ihrer Zustimmung anzugeben. Diese erneuten Einstufungen werden zur Feststellung des Grades der Übereinstimmung analysiert; wenn eine erhebliche Differenz vorliegt, wird ein weiterer Feedback-Zyklus durchgeführt.

##### Gremien zur Konsensbildung

Diese werden auch als Konsens-Entwicklungskonferenzen bezeichnet. Dazu gehört die Organisation von Zusammenkünften mit Fachleuten auf bestimmten Gebieten, Laien, oder gemischten Gruppen zur Erörterung bestimmter Themen, in der Regel mit dem Ziel, das Verständnis zu verbessern oder Übereinstimmung auf einem Gebiet herbeizuführen. Neben persönlichen Begegnungen können auch virtuelle Zusammenkünfte erfolgen, zum Beispiel durch E-Mail-Diskussionsforen.

##### Nominal Group Process

Dies ist auch als das 'Expertengremium' bekannt. Fachleute werden gebeten, ihre Position zu bestimmten Themen vor dem Treffen einzustufen. Die Ergebnisse werden zusammengefasst und den Teilnehmern bei einem weiteren Treffen vorgelegt - zusammen mit relevanten Belegen aus der Literatur. Beim Treffen erörtern sie ihre Einstufungen und die Differenzen. Dann werden sie um erneute Einstufung der Themen unter Berücksichtigung der Gruppendiskussion gebeten.

Eine Reihe unterschiedlicher quantitativer Ansätze kann angewandt werden, um die Änderungen von Gesundheitsdeterminanten abzuschätzen oder um die Änderungen des Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen zu quantifizieren, die in Zukunft aufgrund der Entwicklung oder Umsetzung einer Policy auftreten könnten. Prognosen, Szenariobildung und mathematische Modellierung sind bewährte Methoden auf anderen Gebieten. Quantitative Daten können auch mittels partizipatorischer Ansätze, beispielsweise Gremien zur Konsensbildung, generiert werden. Auch gesundheitsökonomische Ansätze wie Kosten-Nutzen-Analyse und "Zahlungsbereitschaft" können zur Quantifizierung der Auswirkungen auf die Gesundheit eingesetzt werden.

#### Folgenabschätzung und -bewertung

Zweck der Folgenabschätzung und -bewertung ist es, potentielle Auswirkungen, die sich aus den vorherigen Schritten ergeben, zu erkennen und zu charakterisieren. Zur Folgenabschätzung und -bewertung gehört es, für die Folgewirkungen die Evidenzgrundlagen aus den verschiedenen qualitativen and quantitativen Datenquellen zusammenzustellen, unter Berücksichtigung von:

- Auswirkungen auf die Gesundheit - die betroffenen Gesundheitsdeterminanten und die resultierende Wirkung auf den Gesundheitszustand
- Änderungsrichtung - zeigt einen Gesundheitsgewinn (+) oder -verlust (-) an
- Größenordnung - Schwere der Folgen (Sterblichkeit, Morbidität/Verletzung und Wohlbefinden) und Umfang/Anteil betroffener Bevölkerung (hoch, mittel, niedrig)
- Wahrscheinlichkeit der Folgewirkungen - definitiv (nur bei rückschauendem HIA), wahrscheinlich, möglich oder spekulativ, je nach Evidenzstärke (z.B. Evidenz aus systematischen Übersichten oder Metaanalysen) und Anzahl von Quellen (z.B. Literatur, Interessengruppen/Schlüsselinformanten, Dokumente)
- Latenz - wann tritt die Folgewirkung ein - sofort, kurz-, mittel- oder langfristig.



Matrizen sind visuelle Instrumente zur Organisation und Strukturierung der Evidenz potentieller gesundheitlicher Folgewirkungen. Die Gesundheitsfolgenmatrix fasst die wichtigsten Gesundheitsfolgen zusammen. Ein Beispiel aus einem Verkehrsprojekt ist in Tabelle 4.3 aufgeführt.

**Tabelle 4.3 Ein Beispiel für eine Matrix gesundheitlicher Folgewirkungen**

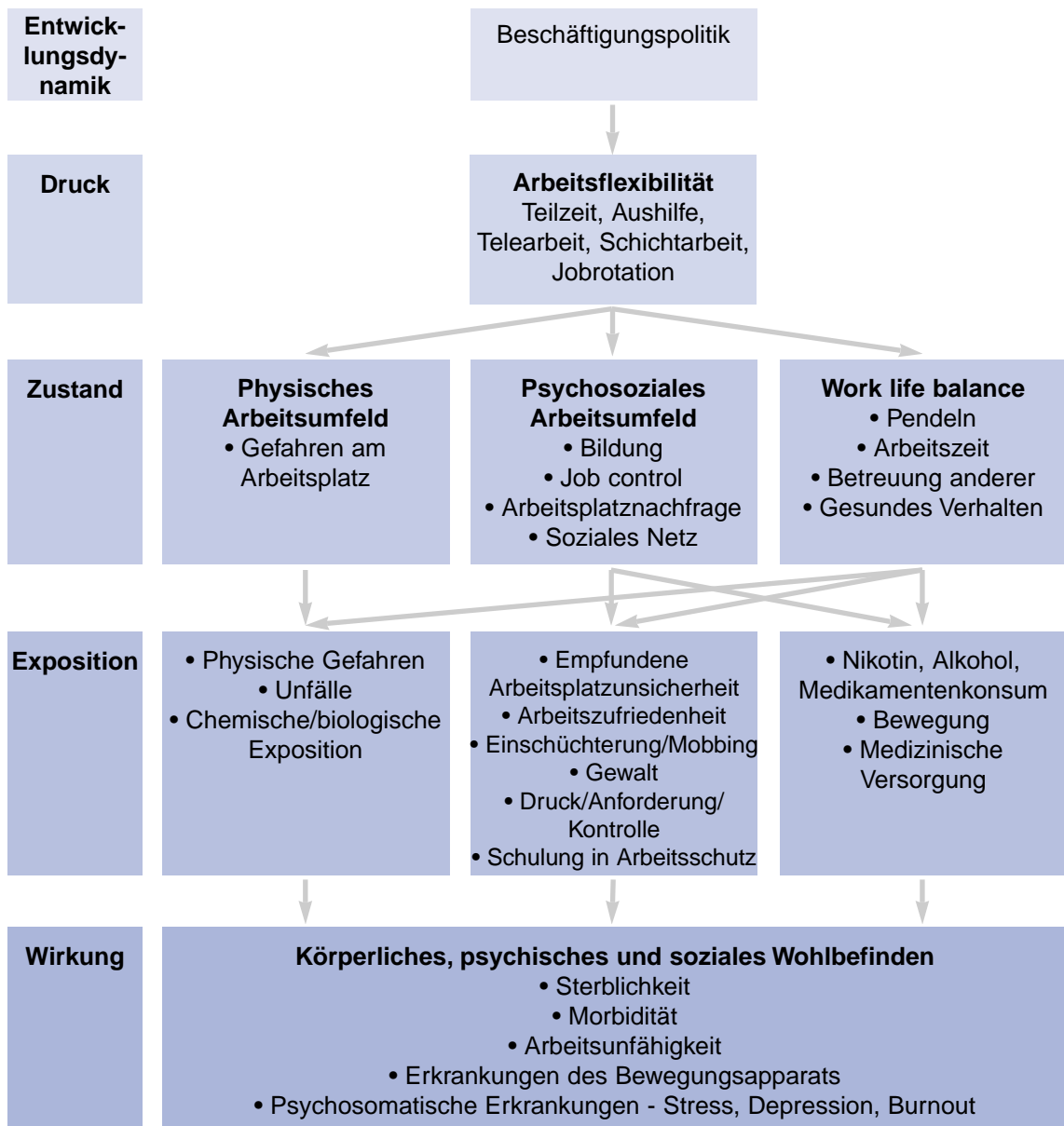
Potentielle Gesundheitsfolgen	Richtung / Größenordnung	Wahrscheinlichkeit
<b>Bevölkerung</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Senkung der Straßenverkehrszuwachsrates und der Verkehrsstaus Senkung der Zuwachsrates (vorhergesagt 1.052 in 2005) und Verkehrsstaus durch Förderung gesünderer Verkehrsmittel, Änderung des Verkehrsverhaltens, beschränkter Fahrzeugzugang, Änderung der Verkehrsflüsse</li> </ul>	++	Wahrscheinlich
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung der Luftqualität Senkung der allgemeinen, vom Straßen- und Busverkehr erzeugten Luftschadstoffe: NO<sub>x</sub>, PMs, CO, VOCs</li> </ul>	+++	Wahrscheinlich
<p><i>Senkung von NO<sub>x</sub> auf NAQS-Grenzwerte<sup>1</sup></i> → Vermeidet eine Sensibilisierung von Asthmatikern und Menschen mit chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD, chronic obstructive pulmonary disease), verringert das Risiko reduzierter Lungenfunktion und Morbidität (WHO, 2003)</p>	+++	Wahrscheinlich
<p><i>Verminderung von bodennahem Ozon O<sub>3</sub></i> (entsteht aus der photochemischen NO<sub>x</sub>-Oxidation in Gegenwart von VOCs) → Senkung des dadurch verursachten Sterberisikos z.B. bei Asthmatikern (+ 0.6% pro 10 µg m<sup>-3</sup> 8-Std mittl. O<sub>3</sub>-Konzentration (über Grenzwert 100 µg m<sup>-3</sup>) (COMEAP, 1998)</p>	+++	Wahrscheinlich
<p><i>Minderung der Staubbelastung PM</i> → Senkung des dadurch verursachten Sterberisikos (+ 0.75% bei einer Steigerung der PM-Konzentrationen um 10 µg m<sup>-3</sup> (kein Schwellenwert) (COMEAP, 1998).</p>	+++	Wahrscheinlich
<p><i>Senkung von Außenluftschadstoffen</i> → vermeidet langfristige Lungenschäden</p>	++	Wahrscheinlich
<p><b>Gesundheitliche Ungleichheiten</b> Das Vorhaben trägt zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten bei, die aufgrund von Luftverschmutzung durch Straßenverkehr in Untersuchungsbereich festzustellen sind. Gruppen, die am vulnerabelsten für schlechte Luftqualität sind: Kinder, Schwangere, Menschen mit Herz- und Atemwegserkrankung, ältere Menschen, 'Responders' (Personen mit Anfälligkeit für allergische Reaktionen aufgrund von Schadstoffen)</p>	++	Wahrscheinlich
<p><sup>1</sup>NAQS = National Air Quality Strategy</p>		

Für die Gesamtbevölkerung wie auch für Untergruppen sollten auch die Implikationen für gesundheitliche Ungleichheiten betrachtet werden. Hierzu muss die Gesundheitserfahrung der zu untersuchenden Untergruppen mit dem Bevölkerungsdurchschnitt verglichen worden sein. Auch müssen die örtlichen Faktoren (Gesundheitsdeterminanten), die den Gesundheitszustand der jeweiligen Untergruppen beeinflussen, verstanden werden. Schließlich müssen die Wirkungen des Vorhabens auf diese Gesundheitsdeterminanten betrachtet werden.

## EPHIA-Verfahren und -Methoden

Auch mittels kausaler Netze lassen sich die multikausalen Beziehungen gesundheitlicher Auswirkungen visuell darstellen. Sie sind komplexer als die herkömmliche "eine-Ursache, ein-Ergebnis"-Analyse. Jede Verbindung zwischen zwei Ursachen oder zwischen Ursachen und einem resultierenden Gesundheitszustand lässt sich durch eine Funktion charakterisieren. Die Kombination dieser Funktionen kann zu einem mathematischen Modell führen. Jedoch dürfte es nicht immer möglich sein, das gesamte Modell zu quantifizieren.

**Abb. 4.2 Beispiel eines kausalen Netzes für flexible Beschäftigungsformen**



Die Folgenabschätzung und -bewertung geschieht in der Regel in verschiedenen Stufen. Beispielsweise müssen die von Interessengruppen und Schlüsselinformanten gewonnenen qualitativen Daten unter Evidenz Gesichtspunkten analysiert werden, bevor sie mit Evidenz aus anderen Datenquellen zusammengeführt werden können. Das EPHIA Pilotprojekt in Großbritannien wandte hierzu die Inhaltsanalyse an - die systematische Erkennung und Analyse von Schlüsselwörtern, Sätzen und Themen in Dokumenten, Abschriften, Feldnotizen und Aufzeichnungen.



Szenarien können zur Vorhersage möglicher zukünftiger Gesundheitsänderungen aufgrund des geplanten Policy-Vorhabens verwendet werden. Normalerweise werden mehrere Szenarien konstruiert, die herangezogen werden, um die mit verschiedenen Umsetzungsoptionen verbundenen potentiellen Gesundheitsfolgen zu vergleichen. Es werden mindestens zwei Szenarien herangezogen; ein Basis-Szenario, in dem die Gesundheitssituation zu einem bestimmten zukünftigen Zeitpunkt ohne Umsetzung des Vorhabens beschrieben wird, und ein zweites Szenario, in dem von der vollständigen Umsetzung der geplanten Policy ausgegangen wird. Es können auch Alternativ-Szenarien mit alternativen Policy-Optionen entwickelt werden.

Die Szenarien könnten auf quantitative Modelle angewandt werden, die bei der Datengewinnung festgelegt wurden. Die Modellierung führt zu einer Schätzung der Größenordnung und Richtung der potentiellen Gesundheitsfolgen. Durch verschiedene Alternativ-Szenarien kann die Wirkung verschiedener Vorhabensoptionen eingeschätzt werden.

**Box 4.7 Quantifizierung gesundheitlicher Folgewirkungen: ein Beispiel aus der Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit der Europäischen Beschäftigungsstrategie in Deutschland**

Zur Vorhersage der Größenordnung potentieller gesundheitlicher Folgewirkungen von befristeter Beschäftigung auf die Gesundheit wurden Szenarien entwickelt und entsprechende mathematische Modelle angewandt. Ein in der Literatur berichteter Odds Ratio-Wert wurde auf die gegenwärtige Situation in Deutschland und drei zukünftige Szenarien angewandt. Die Szenarien bestanden in einer Verschiebung von 5, 10 und 15% der Beschäftigungsverhältnisse von unbefristeten auf befristete Verträge. Die Modellierung ergab, dass eine Verschiebung in Richtung auf befristete Arbeitsverhältnisse zu ein- bis vierhunderttausend Menschen mit eingeschränktem Gesundheitszustand zusätzlich führen könnte.

**Tabelle 4.4 Änderungen im berichtetem Gesundheitszustand aufgrund einer Verschiebung von unbefristeten zu befristeten Vollzeit-Arbeitsverträgen in Deutschland**

Verschiebung von unbefristeten auf befristete Verträge	# unbefristet tätige Arbeitnehmer, die über eingeschränkten Gesundheitszustand berichten (Millionen)	# befristet tätige Arbeitnehmer, die über eingeschränkten Gesundheitszustand berichten (Millionen)	Fälle, die auf eine Verschiebung zu befristeten Verträgen zurückzuführen sind (Millionen) (KI = Konfidenz-Intervall)
Ausgangspunkt	5,6	1,1	0
5%	5,3	1,5	0,1 (99% KI 0.04 –0.22)
10%	5,0	1,9	0,2 (99% KI 0.07-0.44)
15%	4,7	2,3	0,4 (99% KI 0.11-0.66)

**Priorisierung**

Bei der Priorisierung werden die wichtigsten potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit festgestellt. Dies kann durch ein Einstufungsverfahren geschehen. Für die Einstufung der Auswirkungen können die folgenden Kriterien angewandt werden:

- Evidenzstärke - berücksichtigt Datenquellen / -typ - z. B. führt eine Konvergenz der Belege aus verschiedenen Quellen zu höherer Priorität
- Wahrscheinlichkeit der Auswirkung - zum Beispiel höhere Priorität für eine wahrscheinliche Folgewirkung
- Umfang der gesundheitlichen Auswirkungen - zum Beispiel, je größer der betroffene Bevölkerungsanteil oder je schwerer die Wirkung, umso höher die Priorität

Schwere/Bevölkerungsanteil	Hoch	Mittel	Niedrig
Tod	---- oder ++++	--- oder +++	-- oder ++
Krankheit/Verletzung	--- oder +++	-- oder ++	- oder +
Wohlbefinden	-- oder ++	- oder +	zu vernachlässigen

- Beitrag zu einer Verringerung / Steigerung gesundheitlicher Ungleichheiten - zum Beispiel, wenn die Ungleichheiten wachsen, höhere Priorität
- Relevanz für bestehende Gesundheitsprioritäten und -ziele.

Es muss betont werden, dass qualitativ 'gewichtige' Evidenz genauso bedeutend ist wie quantitativ 'gewichtige' Evidenz. Interessengruppen und Betroffene können in den Priorisierungsprozess einbezogen werden, beispielsweise mittels der Ansätze Konsensbildung, wie in Box 4.6 dargestellt.

Wo eine schlüssige Evidenzbasis fehlt und ein kausaler Zusammenhang zwischen Gesundheitsdeterminanten und resultierendem Gesundheitszustand nicht vollständig nachgewiesen werden konnte, jedoch ein hohes Maß an Konsens besteht, sollten Maßnahmen, um potentiell schädliche Wirkungen anzugehen, nicht verzögert werden.

### Handlungsempfehlungen

Das Priorisierungsverfahren ermöglicht die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Auswirkungen mit der höchsten Priorität. Die Empfehlungen sind Vorschläge für Alternativ- bzw. Zusatzmaßnahmen für das Vorhaben, um den Gesundheitsgewinn zu maximieren bzw. gesundheitlich nachteilige Wirkungen zu mildern. Diese Empfehlungen sollten praktikabel und realistisch sein; möglichst sollte ihre Effektivität belegt sein. Möglicherweise müssen nicht für sämtliche festgestellten Folgewirkungen Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

Die Entwicklung von Handlungsempfehlungen ist ebenso wichtig wie die Feststellung der Auswirkungen und sollte mit den entsprechenden Ressourcen bedacht werden. Anzumerken ist, dass Auswirkungen nicht unbedingt umkehrbar sind, das heißt, die Ausschaltung einer negativen Wirkung führt nicht unbedingt zu einer positiven Auswirkung auf die Gesundheit; Beispiele hierfür haben sich aus systematischen Übersichten über die Auswirkungen einer Verbesserung der Wohnsituation auf einen Gesundheitsgewinn ergeben (Thomson et al, 2002).

Ein Angebot verschiedener Optionen mag geboten sein, ein Beispiel dafür ist in Box 4.8 dargelegt:

#### Box 4.8 Beispiel für Alternativ-Optionen bei Handlungsempfehlungen

Minderung nachteiliger Wirkungen verkehrsbedingter Luftverunreinigung auf die Gesundheit:

- Minderung des Straßenverkehrs - Einführung verkehrsbeschränkter Zonen
- Minderung der Emissionen von Kraftfahrzeugen - Förderung von Hybrid- und Elektrofahrzeugen
- Förderung gesünderer Fortbewegungsmethoden - Laufen und Radfahren
- Entwicklung eines örtlichen Alarmsystems für Luftverunreinigung

### Prozess-Evaluation

Die Prozess-Evaluation dient dazu, Lehren aus dem HIA-Verfahren zu ziehen, um sie bei zukünftigen Prüfungen der Gesundheitsverträglichkeit anzuwenden. Idealerweise wird zu Beginn des HIA ein Evaluationsplan vereinbart. Ein Beispiel für ein Evaluations-Werkzeug, das in fünf Pilotprojekten auf die EPHIA-Methodik angewandt wurde, ist in Box 4.9 aufgeführt.

#### Box 4.9 Evaluations-Werkzeug für HIA-Verfahren

Evaluationskriterien - Definitionen und Fragen

**Effektivitätskriterium:** Geplante Resultate (in der HIA-Arbeitsvereinbarung beschrieben) verglichen mit tatsächlichen Resultaten.

Inwieweit stimmte der getätigte Input mit dem ursprünglich geplanten überein? Warum?

In welchem Umfang wurden die geplanten HIA-Resultate erreicht? Warum?

**Effizienz-kriterium:** Der mit den tatsächlichen Inputs und Resultaten verbundene (finanzielle, zeitliche, Arbeits-) Aufwand.

Wieviel Zeit wurde für das HIA aufgewandt und von wem (nicht nur Begutachter)? Welcher finanzielle Aufwand war damit verbunden (Löhne und Gehälter, Reisekosten, Sonderausgaben usw.)?

**Gleichheitskriterium:** Betonung auf Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten.

Waren vulnerable Gruppen oder deren Vertreter in die HIA einbezogen? Standen Routine-Daten über vulnerable Gruppen ohne weiteres zur Verfügung und waren sie leicht zugänglich? Wurde bei den Auswirkungen die unterschiedliche Verteilung auf verschiedene Bevölkerungsgruppen festgestellt, nicht nur "Auswirkung auf vulnerable Gruppen"? Enthielten die Handlungsempfehlungen Maßnahmen, um der unterschiedlichen Verteilung der Auswirkungen Rechnung zu tragen?



#### 4.4 Bericht über Gesundheitswirkungen und Policy-Optionen

Sobald das Prüfverfahren abgeschlossen ist, die Auswirkungen erkannt und Empfehlungen für eine Revision des Vorhabens entwickelt sind, wird ein erster Berichtsentwurf mit Beschreibung des Verfahrens, der Erkenntnisse und der Optionen für eine Vorhabensrevision dem HIA-Beirat oder dem HIA-Auftraggeber sowie den in das HIA einbezogenen Interessengruppen und Schlüsselinformanten vorgelegt. Anschließend sollte ein zweiter Berichtsentwurf unabhängig bewertet werden, z. B. auf Exaktheit der verwendeten Methoden, Übereinstimmung über die festgestellten Folgewirkungen und die definierten Empfehlungen. Ein abschließender Entwurf wird dann den für das Vorhaben zuständigen Entscheidungsträgern vorgelegt, um über Änderungen des Vorhabens zu verhandeln.

Dies ist ein sehr wichtiges Stadium des HIA, da dies der Mechanismus ist, durch den Handlungsempfehlungen dargelegt und verhandelt werden. Die Präsentation und der Ton des Berichts ist von größter Bedeutung, ebenso das Engagement der Vertreter des Vorhabens. Politischer Zusammenhang, Vorhabenskontext, Gruppendynamik und Wertvorstellungen müssen in die Überlegungen einbezogen werden. Die iterative Verhandlungsweise muss auch in den HIA-Prozess insgesamt eingebaut werden.

#### 4.5 Monitoring

Dies betrifft die Überwachung des Vorhabens und der im Rahmen des HIA vereinbarten Maßnahmen.

#### 4.6 Auswirkungs- und Effekt-Evaluation

Schließlich sind zusätzlich zur Prozess-Evaluation des EPHIA auch die potentiellen Effekte einer abgeschlossenen Beurteilung zu bewerten und zu überwachen. Dazu gehört:

- Auswirkungsevaluation - der Einfluss, den die Beurteilung auf die Entscheidungsfindung hatte (Box 4.10),
- Evaluation der Resultate - Bewertung der vorausgesagten Auswirkungen.

Letzteres lässt sich wegen der komplexen, multikausalen Wege nur schwer durchführen; Monitoring-Programme lassen sich jedoch so gestalten, dass sie auch eine Bewertung der Effekte auf die öffentliche Gesundheit und der Annahmen und Voraussagen des HIA umfassen.

#### Box 4.10 Werkzeug für Auswirkungsevaluation: ein Beispiel

Wie wurde das HIA im Verfahren zur Policy-Entwicklung eingesetzt?  
Wie wurde das Policy-Vorhaben infolge des HIA verändert?  
Wurden die Handlungsempfehlungen angenommen und umgesetzt? Falls ja, wie und wann; falls nein, warum nicht?  
Welches waren gegebenenfalls die unbeabsichtigten Auswirkungen von HIA? Beispielsweise partnerschaftliches Arbeiten, Profilierung von Gesundheitsthemen in einer nicht auf Gesundheitsfragen gerichteten Umgebung?

## Bibliographie

**Acheson, D.**, (Chairman): *Independent inquiry into inequalities in health report*. London: The Stationery Office. 1998.

**Black, D., Morris, J., Smith, C., Townsend, P.**: *Inequalities in health: report of a Research Working Group*. London: Department of Health & Social Security. 1980.

**Commission of the European Communities**: *A Decision of the European Parliament and of The Council, adopting a programme of Community action in the field of Public Health (2003-2008)*. 23/09/02. Brussels: EC. 2002.

**Commission of the European Communities**: *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The Commissions' Work Programme for 2002*, Brussels, 31/12/01.

**Commission of the European Communities**: *Communication from the Commission on Impact Assessment*, Brussels, 05/06/02.

**Douglas, M., Conway, L., Gorman, D., Gavin, S., Hanlon, P.**: 'Developing principles for health impact assessment', *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 23, 2, pp. 148-154, 2001.

**European Parliament**: *The Treaty of Amsterdam: Article 152*. EC. 1999.

**Fehr, R.**: 'Environmental HIA: Evaluation of a 10-step model of HIA', *Epidemiology*, Vol. 10, No. 5, pp. 618-625, 1999.

**Greater London Authority (GLA)**: *Health Impact Assessment: A Screening Tool for the GLA*. London: GLA. 2001.

**Hirschfield, A., Abrahams, D., Barnes, R., Hendley, J., Scott-Samuel, A.**: *Health Impact Assessment: Measuring the Effect of Public Policy on Variations in Health*. Liverpool: University of Liverpool. 2001.

**Knodel, J.**: *The design and analysis of focus group studies: a practical approach*. In: Morgans, D. (ed): *Successful Focus Groups* pp 35-50, London, Sage. 1993.

**Lehto, J., Ritsatakis, A.**: *Health Impact Assessment as a tool for inter-sectoral health policy: a discussion paper for a seminar at Gothenburg, Sweden*. Brussels: ECHP, WHO. 1999.

**Pennington, A., Elliot, I., den Broeder, L., Haigh, F., Mekel, O., Abrahams, D., Scott-Samuel, A., Fehr, R., Birley, M.**: *HIA methodology: results from a search strategy*. Unpublished. 02/10/02.

**Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K.**: *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, Liverpool: IMPACT. 2001 (2nd edition). [www.ihia.org.uk](http://www.ihia.org.uk).

**Thomson, H., Petticrew, M., Morrison, D.**: *Housing Improvement and Health Gain: A systematic review*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit. 2002

**Whitehead, M., Dahlgren, G.**: 'What can we do about inequalities in health?' *The Lancet*, 338: 1059-1063.1991



## Rapid EPHIA

Ein EPHIA kann im Schnellverfahren durchgeführt werden; dies ermöglicht dem Begutachter, rasch über die zu erwartenden gesundheitlichen Auswirkungen eines geplanten Vorhabens zu berichten. Die EPHIA-Methodik stellt die Basis für diese Schritte zur Verfügung. Bei einer Prüfung in dieser "Schnell-Version" werden ggf. einige Schritte nicht so gründlich ausgeführt wie in einer vertieften Prüfung oder sie werden ganz weggelassen.

Eine einzige Person kann sämtliche Aufgaben ausführen. Jedoch ist eine Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsexperten und Initiatoren des Vorhabens ein besserer Ausgangspunkt für eine sektorenübergreifende Kooperation. Ein Rapid EPHIA bedarf eines Aufwandes von ca. 120 Begutachter-Stunden und 2 Schlüsselinformanten-Stunden. Da auch die Kontaktaufnahme mit den Schlüsselinformanten, Warten auf bestellte Literatur usw. Zeit braucht, kann die gesamte Übung bis zu 12 Wochen dauern.

Nach dem **Screening** zur Auswahl einer Policy für das HIA wird ein **Scoping** durchgeführt. Neben der Ablaufplanung kann das Scoping die Einrichtung eines Beirats unter Einbeziehung bereits bestehender Gruppen bzw. leicht erreichbarer Interessengruppen und Schlüsselinformanten umfassen.

Bei der **Durchführung des Prüfverfahrens** werden die ersten drei Schritte weniger ausführlich als bei einer vertieften Verträglichkeitsprüfung ausgeführt.

**Vorhabeanalyse:** Durchsicht des geplanten Vorhabens und der Belegunterlagen.

Die folgenden Fragen lassen sich zur Analyse des Vorhabens einsetzen:

- Was ist das Ziel des Vorhabens?
- Was sind die wichtigsten geplanten Maßnahmen (Ziele, Interventionen) des Vorhabens?
- Wer sind die wichtigsten Interessengruppen?
- Was sind die Schlüsselprobleme oder -chancen bei der Umsetzung des Vorhabens?
- Mit welchen gesundheitlichen Wirkungen ist bei dem Vorhaben zu rechnen?
- Wurden die gesundheitlichen Wirkungen des geplanten Vorhabens in die Überlegungen im Planungsprozess einbezogen?

**Raum- und Bevölkerungsanalyse:** Diese ist auf leicht zugängliche Datenquellen wie Datenquellen aus dem Internet beschränkt. Beispiele:

- EU Statistik - Eurostat: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-catalogue/EN?catalogue=Eurostat>
- Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung - OECD Statistik-Portal: [http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en\\_2825\\_293564\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html)
- WHO Statistik-Informationssystem (WHOSIS): <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>
- Statistik auf nationaler Ebene – United Nations Statistics Division [http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd\\_natstat.htm](http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd_natstat.htm).

**Qualitative und quantitative Datensammlung und -analyse:** Hauptsächlich besteht die Datensammlung bei Rapid EPHIA aus Literaturrecherchen und einer Analyse, die sich besonders auf Review-Artikel konzentriert. Exemplarische Datenquellen im Internet:

- PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
- Datenbank der WHO Bibliothek WHOLIS <http://www.who.int/library/database/index.en.shtml>
- WHO Regionalbüro für Europa, Health Evidence Network <http://www.euro.who.int/HEN>

Schlüsselinformanten können eine gute Möglichkeit sein, an Informationen über mögliche gesundheitliche Auswirkungen zu gelangen, und sie können sie eventuell an gute Informationsquellen verweisen. Schlüsselinformanten sind Menschen, die Interessengruppen oder Betroffene vertreten oder Sachkenntnis über diese Gruppen besitzen. Die Befragung von Schlüsselinformanten kann auf unterschiedliche Art und Weise geschehen. Ein E-Mail-Fragebogen (höchstens 5 Fragen) ist der schnellste Weg.

## Anhang

Folgendes kann beispielsweise gefragt werden:

- Was sind die wahrscheinlichen Auswirkungen der Policy-Maßnahmen auf Gesundheit und Wohlbefinden?
- Was ist die vermutete Größenordnung dieser Wirkungen (Schwere der gesundheitlichen Auswirkung und Umfang der betroffenen Bevölkerung)?
- Welche Bevölkerungsgruppen werden am wahrscheinlichsten betroffen sein?
- Welches sind die wichtigsten gesundheitlichen Auswirkungen, die angegangen werden müssen?
- Wie würden Sie die Policy ändern, um diese Auswirkungen anzugehen?

Eine Zusammenkunft oder (telefonische) Gespräche könnten gründlichere Informationen bringen, sind aber zeitaufwändig.

Es können bestehende mathematische Modelle angewandt werden, um Folgewirkungen quantitativ abzuschätzen; es werden jedoch keine neuen Modelle erstellt. Input-Daten sind leicht zugänglichen Quellen zu entnehmen wie z.B. Datenbanken, auf die bereits während der Raum- und Bevölkerungsanalyse und der Literaturrecherche zugegriffen wurde.

**Folgenabschätzung und -bewertung:** Unter Verwendung aller zusammengetragenen Informationen sind die zu erwartenden gesundheitlichen Auswirkungen zu analysieren. Eine Art der Ergebnisdokumentation ist die Verwendung einer Matrix; hier kommt dann eine Priorisierung zum Ausdruck.

### Tabelle 1 Beispiel einer Matrix für gesundheitliche Auswirkungen

<b>Policy-Maßnahme</b> Beschreibung der Policy, wie im Policydokument niedergelegt
<b>Determinanten</b> Identifizierung der betroffenen Gesundheitsdeterminanten
<b>Betroffene Gruppe/n</b> Identifizierung von Zielgruppen des Vorhabens und sonstigen betroffenen Gruppen
<b>Gesundheitliche Wirkung</b> Kurzbeschreibung der gesundheitlichen Wirkung und Bestimmung, ob positive oder negative Wirkung
<b>Bedeutung der Wirkung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evidenzstärke</li><li>• Wahrscheinlichkeit der Auswirkung</li><li>• Schwere und Umfang gesundheitlicher Auswirkungen</li><li>• Beitrag zur Verringerung / Erhöhung gesundheitlicher Ungleichheiten</li><li>• Relevanz für bestehende Gesundheitsprioritäten und Zielen</li></ul>
<b>Wissensbasis</b> Auf welcher Wissensquelle beruht die Erwartung der gesundheitlichen Wirkung?

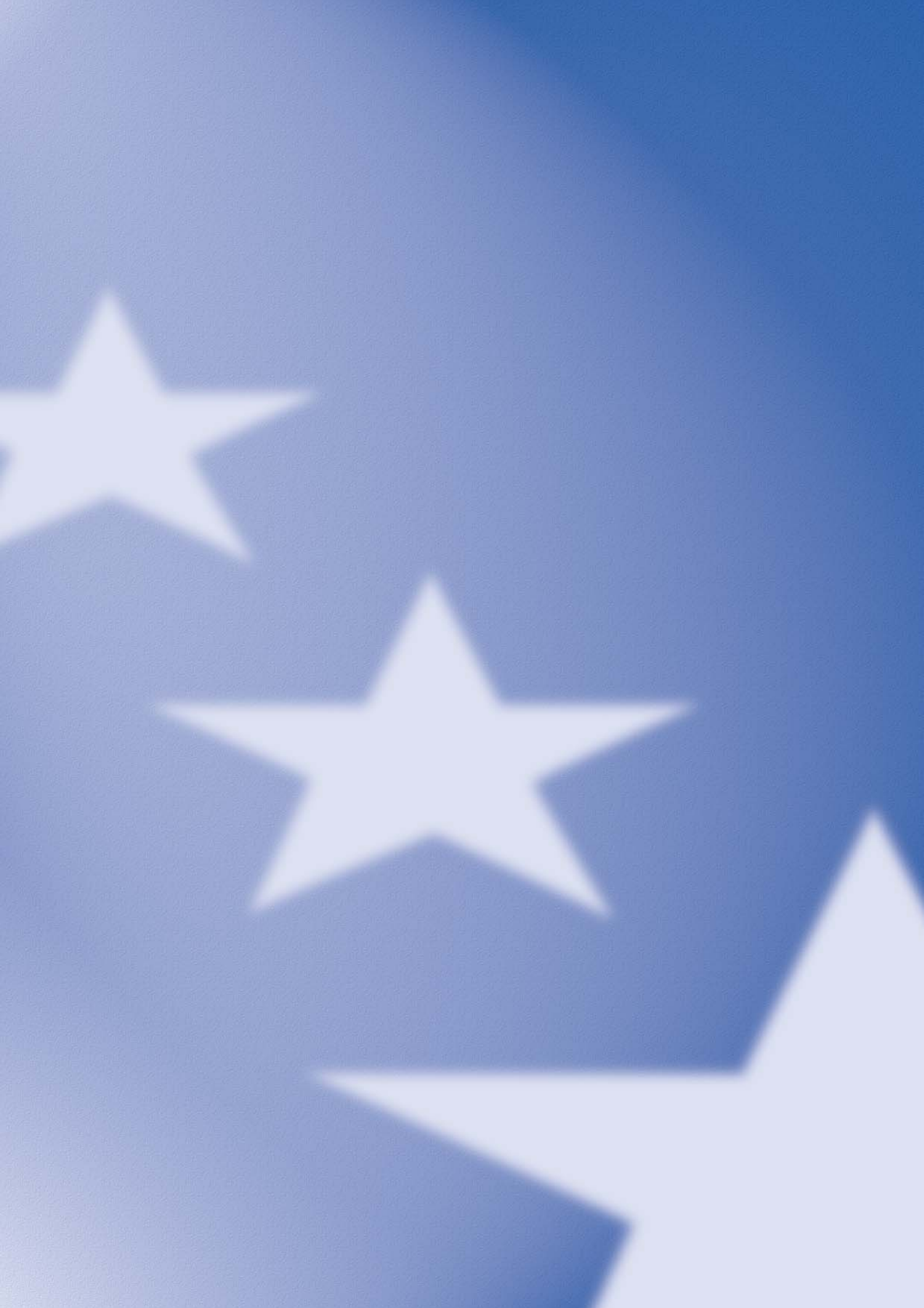
Nach der **Folgenabschätzung und -bewertung** ist ein HIA-Berichtsentwurf zu erstellen, in dem die Ergebnisse eines jeden unternommenen Schrittes dargestellt werden, gefolgt von Schlussfolgerungen und **Handlungsempfehlungen**. Empfehlungen oder Optionen für die Policy sind vorzubereiten. Wichtige Fragen sind:

- Was muss getan werden?
- Wer sollte es machen?
- Wie sollte es gemacht werden?
- Wann sollte es gemacht werden?

Dies ist an Schlüsselinformanten und Interessengruppen weiterzureichen, ggf. mit der Bitte um Stellungnahme.

Dann ist der **Endbericht** zu erstellen.







International  
Health  
**IMPACT**  
Assessment  
Consortium



THE UNIVERSITY  
*of* LIVERPOOL

IMPACT, Universität Liverpool  
**ENGLAND**

*Debbie Abrahams  
Andy Pennington  
Alex Scott-Samuel*



THE INSTITUTE OF  
PUBLIC HEALTH IN IRELAND

Institute of Public Health in  
**IRLAND**

*Cathal Doyle  
Owen Metcalfe*

**rivm**

National Institute  
for **Public Health and  
the Environment**

RIVM, National Institute for Public Health  
and the Environment

Bilthoven

**NIEDERLANDE**

*Lea den Broeder*

**≡ lögd**

loegd NRW, Landesinstitut für den  
Öffentlichen Gesundheitsdienst  
Nordrhein-Westfalen

Bielefeld

**DEUTSCHLAND**

*Fiona Haigh  
Odile Mekel  
Rainer Fehr*





This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.