

Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung

von Matthias Wismar*

ABSTRACT

Wesentliche Potenziale zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit liegen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Damit Gesundheit in allen Sektoren angemessen zur Geltung kommt, bedarf es einer intensiven Politikberatung, gerade in scheinbar gesundheitsfernen Politikfeldern. Health Impact Assessment ist ein Instrument, das die gesundheitlichen Konsequenzen von Entscheidungen prognostiziert und zu einer engen Verknüpfung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung beitragen kann. Um diese Entwicklung auch in Deutschland weiter voranzutreiben, bedarf es allerdings des politischen Willens und angemessener Implementierungs- und Institutionalisierungsstrategien. Vorbilder aus dem Ausland und Ansätze in Deutschland existieren.

Schlüsselworte: Politikberatung, Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Wissensproduktion

Outside the boundaries of health care services, there is substantial potential for improving the health of the population. In order to emphasize the importance of health in all sectors of politics, an intensive policy advising is needed – especially in those sectors which apparently have no relation to health at all. Health Impact Assessment is an instrument for prognosticating the consequences of political decisions for the health of the population and may contribute to integrating the processes of knowledge production and decision making. In order to advance this development in Germany, political will as well as appropriate strategies for implementation and sustainable institutionalisation are required. Models from abroad and domestic approaches are available.

Keywords: policy consultancy, Health Impact Assessment, knowledge production

■ 1. Einleitung: Politikberatung und Gesundheit

Gesundheitspolitik, so wie sie heute in vielen Ländern Europas angestrebt wird, reicht über die Grenzen des Versorgungssystems hinaus. Denn die Ursachen von Gesundheit und Krankheit liegen außerhalb der Reichweite von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegepersonal. Die Erkenntnis, dass neben dem System der Gesundheitsversorgung die Umwelt, Lebensweisen und die Humanbiologie wesentlich Krankheit und Gesundheit mitbestimmen, gilt heute als Lehrbuchwissen (Schwartz 2003). Systematisch wird diese wissenschaftliche Debatte unter dem Titel Gesundheitsdeterminanten geführt (Dahlgren/Whitehead 1991).

Gesundheit ist eine Querschnittsaufgabe, die alle Sektoren politischen Handelns betrifft. Das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO/EURO) hat deshalb den multisektoralen Gesundheitsstrategien in seiner Politik einen besonderen Stellenwert eingeräumt (*World Health Organization Regional Office for Europe 1999*). Aber auch die Europäische Gemeinschaft hat im Europäischen Gründungsvertrag – vormals in Artikel 129 und seit dessen Novellierung in Artikel 152 – den Querschnittsaspekt von Gesundheit hervorgehoben.

Gesundheit braucht Politikberatung. Denn eine multisektorale Gesundheitsstrategie trägt die Sorge und Verantwortung für die gesundheitlichen Konsequenzen des politischen Handelns in

*Dr. Matthias Wismar
World Health Organization, European Centre for Health Policy
c/o Service public fédéral (SPF) Santé publique, Cité Administrative

de l'Etat, Quartier Esplanade, 3.30, Boulevard Pachéco 19 - boîte 5,
B- 1010 Brussels · Tel.: (0032) (02) 21 04 983
E-Mail: Matthias.Wismar@health.fgov.be

scheinbar gesundheitsfernen Politiksektoren (siehe Abbildung 1). Auf den ersten Blick ist oft schwer zu erkennen, was Verkehrs-, Wohnungsbau-, Agrar- und Steuerpolitik mit Gesundheit zu tun haben soll. Daher kann auch nicht umstandslos davon ausgegangen werden, dass die Kenntnis über mögliche gesundheitliche Konsequenzen einer Entscheidung bzw. Nicht-Entscheidung¹ auf Lärmemission, Luftverschmutzung, Unfallgefahren, Bewegungsverhalten, soziale Isolation, Ernährungsverhalten vorhanden ist. Aber gerade in einem Politiksektor, der primär anderen Zielen folgt als der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, müssen die Akteure und Entscheidungsträger sicher sein können, dass die Methoden und Ergebnisse der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die die Politikberatung übermittelt, auch tatsächlich höchsten Anforderungen genügen.

Health Impact Assessment (HIA) bzw. die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP), wie HIA in Deutschland häufig genannt wird², gehört im Ländervergleich aber auch in Deutschland zu den Instrumenten, die das Potenzial haben, eine solche Politikberatung zu leisten.

■ 2. Health Impact Assessment

Eine allgemein verbindliche Definition von HIA gibt es gegenwärtig nicht. In der Literatur werden mindestens fünf verschiedene Definitionsversuche dokumentiert (Krieger et al. 2003). Die poli-

tisch Bedeutendste ist im Rahmen des sogenannten Gothenburg Konsensus formuliert worden:

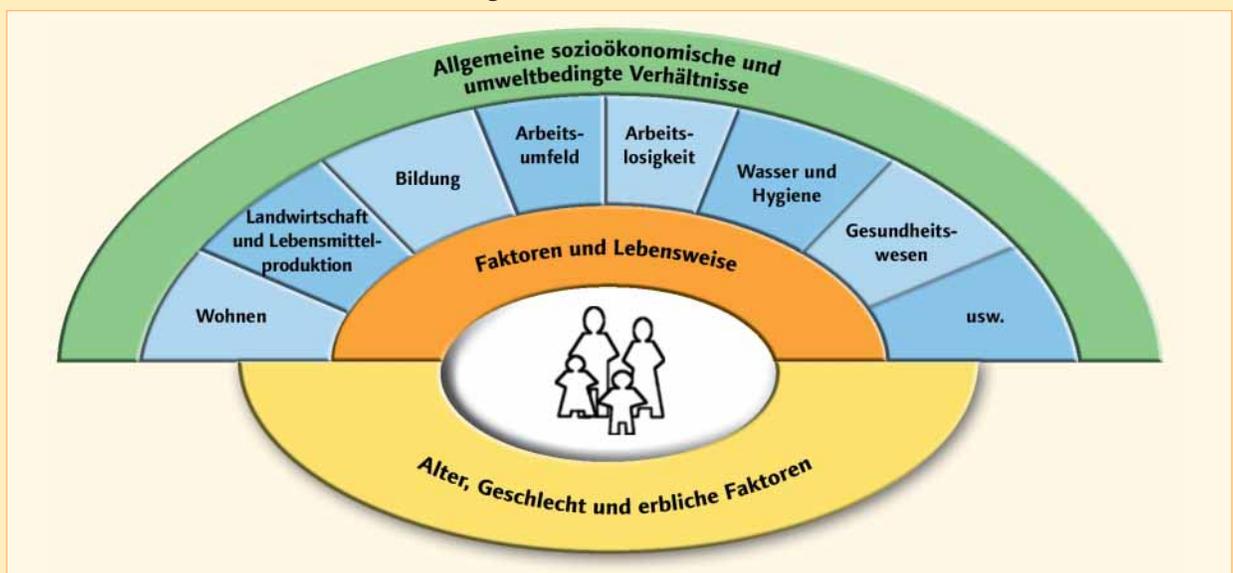
"HIA [...] ist eine Kombination von Verfahren, Methoden und Werkzeugen, mit denen eine Politik, ein Programm oder ein Projekt auf potenzielle Gesundheitseffekte und deren Verteilung auf die Bevölkerung beurteilt werden kann" (Anon 2001a; eigene Übersetzung M.W.).

Diese Definition ist allerdings weder aus der Theorie hergeleitet noch durch Evidenz begründet. Dennoch hat sie in den vergangenen Jahren effektiv dazu beigetragen, HIA in zahlreichen Ländern auf die politische Agenda zu setzen.

Auch die Ziele von HIA können nicht als restlos geklärt gelten. Der hohe Anspruch durch HIA unmittelbar zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beizutragen, wird häufig als zu ambitioniert angesehen. Das bescheidenere Ziel, die Akteure im Entscheidungsprozess angemessen zu informieren und die gesundheitlichen Konsequenzen unterschiedlicher Handlungsoptionen transparent und nachvollziehbar darzulegen, erscheint realistisch (Kemmer 2003). So wird die Entscheidung gleichsam weiterhin den legitimierten Entscheidungsträgern überlassen, die sich durchaus gegen die Analyse und Bewertung entscheiden können, wenn es z.B. höher anzusetzende Werte oder Gemeingüter zu vertreten gilt.

ABBILDUNG 1

Die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten



Quelle: Dahlgren, Whitehead 1991

TABELLE 1

Schritte des Health Impact Assessment

Screening	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestandsaufnahmen der potenziellen gesundheitlichen Auswirkungen einer Politik/eines Programms ● Durchführung auf Grundlage von Expertenmeinungen und vorliegenden wissenschaftlichen Belegen ● Anwendung eines Screening-Instruments
Scoping	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestimmung des weiteren Informationsbedarfs insbesondere zu den direkten und indirekten Gesundheitseffekten, den betroffenen Bevölkerungsgruppen und den Methoden und Prozessen des weiteren Vorgehens
Bewertung (Appraisal or risk assessment)	<ul style="list-style-type: none"> ● Mini-HIA baut auf bereits vorliegenden Ergebnissen auf ● Maxi-HIA: Neue Daten werden erhoben
Vorbereitung des Berichts	
Einreichen des Berichts	
Monitoring und Evaluation	

Quelle: Anon 2001a; Mindell et al. 2003

In HIA werden große und teils divergierende Hoffnungen gesetzt. So versprechen sich die Protagonisten von HIA eine gesteigerte Wahrnehmung der sozialen Gesundheitsdeterminanten, die Förderung der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit, die Einbindung der Gesundheitsberufe, politischer Entscheidungsträger und Berater sowie der betroffenen Bevölkerungsgruppen. Daneben wird eine Ermutigung zur interdisziplinären Zusammenarbeit, die Einbeziehung des Gesundheitsaspekts in die Umweltverträglichkeitsprüfung, Unterstützung für die Menschenrechtsentwicklung und eine gesteigerte Aufmerksamkeit hinsichtlich der Transparenz und der Verantwortung im politischen Prozess erhofft (Krieger et al. 2003). HIA ist somit zu einer Projektionsfläche geworden.

■ 2.1 Prinzipien und Elemente

HIA erstellt Prognosen über zukünftige Gesundheitseffekte von Entscheidungen, die noch nicht getroffen sind und somit potenziell noch modellierbar sind. Gelegentlich wird neben der prospektiven auch eine mitlaufende und rückblickende Variante von HIA propagiert (Mindell et al. 2003). Ob dies Sinn macht, wird allerdings bezweifelt, da HIA vor der Entscheidung informieren und diese so beeinflussen soll. Eine rückblickende Betrachtung der gesundheitlichen Konsequenzen einer Entscheidung stellt eher eine Evaluation dar. Sinn und Zweck einer mitlaufenden Untersuchung

für HIA ist nicht hinreichend geklärt (Kemmer 2003). Vielfach wird HIA zum Modebegriff, unter dem sich herkömmliche Studienarten besser vermarkten lassen. Mit der Verknüpfung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung hat dies nichts zu tun.

HIA bewertet zukünftige Entscheidungen. Es werden also Aussagen zum Nutzen und Schaden für die Gesundheit getroffen, gegliedert nach Bevölkerungskollektiven und räumlichen Strukturen. Damit geraten auch die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten ins Visier von HIA.

HIA strebt nach einer systematischen Verbindung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. Dies stellt hohe Anforderungen an die Nachvollziehbarkeit und Transparenz des wissenschaftlichen Prozesses. So gibt es ein grundlegendes Ablaufschema für HIA, das sich – wenn auch nicht unbedingt immer in der Praxis – so doch als Konzept, zumindest in Abänderungen, immer wieder finden lässt (siehe Tabelle 1).

HIA stellt die Gesundheitsdeterminanten in den Mittelpunkt. Damit ist HIA Teil einer modernen Gesundheitsförderung, die über das Risikofaktorenmodell und die Gesundheitserziehung hinausgeht, indem die Ursachen und Rahmenbedingungen der Entstehung und Förderung von Risikofaktoren und ungesundem Verhalten angegangen werden (Kickbusch 2003). Wesentlich ist,

dass gerade diese Ursachen und Rahmenbedingungen in den politischen Prozess zurückgeführt werden. Dies ist ein Beitrag zur gesundheitlichen Selbstbestimmung.

HIA analysiert und bewertet unterschiedlichste Gegenstände: Welche gesundheitlichen Konsequenzen bringen eine Flughafenenerweiterung (siehe die Beispiele bei *Quigley/Taylor 2003*), die Europäische Agrarpolitik (*Dahlgren et al. 1996*), eine neue regionale Verkehrspolitik (*Fleeman/Scott-Samuel 2000*), die Privatisierung der Trinkwasserversorgung (*Fehr et al. 2003*) oder die Errichtung eines Raumfahrtzentrums (*Lock 2000*) mit sich? So unterschiedlich wie die Gegenstände sind auch die Methoden, die zum Einsatz kommen, und die Disziplinen, die eingebunden werden müssen. Freilich gibt es auch hier, wie überall in der Gesundheitsförderung, eine intensive Methodendebatte.

Die Gegenstände von HIA sind im Wesentlichen Politiken, Programme und Projekte. Diese hierarchische Abfolge kommt aus der angelsächsischen Politiktradition. Dort wird eine sektorale Politik häufig durch ein so genanntes „White paper“³ umrissen, von dem dann Rechtsinstrumente abgeleitet werden. Diese setzen die Politik in Programme mit Zuständigkeiten und Budgets um. Die Programme wiederum sorgen für die Umsetzung von Projekten. Entscheidend ist jedenfalls, dass von HIA alle Ebenen der Politikformulierung und -gestaltung erfasst werden. Ebenso kann HIA je nach Thema auf europäischer, nationaler, regionaler oder lokaler Ebene angesiedelt sein, oder mehrere Ebenen überspannen.

■ 3. Politikberatung als Bindeglied von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung

Gesundheitspolitischen Entscheidungen gehen in aller Regel langwierige und oft eher opportunistische Beratungs- und Meinungsbildungsprozesse voraus. An diesen Prozessen nehmen z.B. die Peergroups der Entscheidungsträger, Politikberater, Experten, Wissenschaftler und unter bestimmten Bedingungen auch die Öffentlichkeit z.B. bei Anhörungsverfahren teil. Aber auch Sachverständigenräte und eingesetzte Kommissionen tragen zur Meinungsbildung bei. Freilich ist manchmal der Stellenwert insbesondere der wissenschaftlichen Beratung unklar. So hat in Umkehrung des bekannten Slogans von der evidenzbasierten Politikgestaltung das geflügelte Wort von der politikbasierten Evidenzgestaltung die Runde gemacht.

Aber auch aus Sicht der Wissenschaft ist eine engere Verzahnung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung wünschenswert. Allzu oft existiert hinreichend gesichertes Wissen, das den Entscheidungsprozess unterstützen könnte, ohne tatsächlich wahrgenommen zu werden.

■ 3.1. Politikberatung im Spiegel der Wissenschaft

Im Folgenden werden ausgewählte Studien zur Verzahnung von Wissenschaft und Politik vorgestellt. Diese sollen dazu dienen, den Rahmen und die Bedingungen für eine effektive Implementation und nachhaltige Institutionalisierung von HIA im Sinne einer engen Verknüpfung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung abzustecken.

Eine kürzlich veröffentlichte Übersichtsstudie ist der Frage nachgegangen, wie gesundheitspolitische Entscheidungsträger ihre Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse einschätzen und welche Faktoren diese Nutzung befördern oder behindern. Die Übersichtsarbeit schließt 24 Einzelstudien mit insgesamt 2041 Interviews ein. Zutage getreten ist dabei eine außerordentlich opportunistische Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Zu den wichtigsten fördernden Faktoren zählen persönliche Kontakte, aktuelle Relevanz der Forschung und die Aufnahme von Zusammenfassungen und Handlungsempfehlungen. Nach Einschätzung der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger wird die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse vor allem behindert durch fehlende persönliche Kontakte, wechselseitiges Misstrauen sowie Machtkämpfe und Budgetauseinandersetzungen (*Innuærr et al. 2003*).

Für den Weltgesundheitsbericht 2004 hat die WHO einen Bericht in Auftrag gegeben, der grundlegend über das Verhältnis von Wissenschaft und Politik informieren soll. Auf der Grundlage des zusammengetragenen Materials lassen sich sechs Modelle der Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse unterscheiden (*Hanney et al. 2003*), die aus den Politikwissenschaften stammen (*Wismar 1998; Wollmann 1991*):

- Das klassische/puristische/wissensgetriebene Modell⁴ unterstellt eine lineare Abfolge von Wissensproduktion und politischem Handeln. Dies geschieht entweder durch den öffentlichen Druck, den das neue Wissen erzeugt, oder unmittelbar durch die Entscheidungsträger, die das Wissen unverzüglich annehmen und handeln bzw. entscheiden.
- Das problemlösende/programmgetriebene Modell unterstellt ebenfalls eine lineare Beziehung zwischen der Wissensproduktion und der Entscheidungsfindung. Der Forschungsprozess beginnt allerdings durch die Identifizierung und Formulierung des Problems durch einen Auftraggeber. Die Wissenschaft erarbeitet hierzu alternative Lösungen und bewertet diese.
- Das interaktive/soziale Interaktionsmodell konstatiert eine wechselseitige Durchdringung von politischen und wissenschaft-

lichen Interessen und Sichtweisen. Beide Seiten sind den unterschiedlichen Zusammenhängen ausgesetzt und verstehen die jeweiligen Bedürfnisse. Der Zusammenhang zwischen Forschung und Entscheidungsfindung ist weniger linear.

- Das aufklärerische/Kalksteinmodell bestreitet einen linearen Zusammenhang zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und Entscheidungsfindung. Die Wissensproduktion wirkt hier eher durch einen Prozess der Sedimentierung von Einsichten, Theorien, Konzepten und Perspektiven.

- Im politischen Modell nutzt der Entscheidungsträger die wissenschaftlichen Erkenntnisse als Munition in einem hochgradig konfliktgeladenen System der Entscheidungsfindung. Aufklärerische Orientierungen spielen keine Rolle.

- Im taktischen Modell wird die Forschung durch Politiker genutzt, um auf politischen Druck zu reagieren. So kann z.B. der Auftrag für eine Studie taktisch zur Verzögerung eingesetzt werden, oder aber zur zeitlichen Überbrückung, um Irrationalitäten des politischen Prozesses zu minimieren.

Um die Unzulänglichkeiten der Kommunikation zwischen Politik und Wissenschaft zu beheben, versuchen einzelne Forschergruppen Rahmenkonzepte zur Wissensübertragung zu entwickeln⁵. Dabei geht es um die effiziente Übermittlung von so genannten „take-home-messages“, also wissenschaftlichen Kernaussagen, die im Kontext des Entscheidungsträgers Sinn machen und Anwendungsbezug besitzen. Das Rahmenkonzept basiert auf der Beantwortung von fünf simplen Fragen (*Lavis et al. 2003*):

- Was sollte den Entscheidungsträgern übermittelt werden?
- Wem sollte Forschungswissen übermittelt werden?
- Wer sollte Forschungswissen den Entscheidungsträgern übermitteln?
- Wie sollte Forschungswissen übermittelt werden?
- Welche Wirkung wird angestrebt?

So sind nicht alle Forschungsergebnisse übermittelenswert, insbesondere dann, wenn es nur um die Problemfeststellung, nicht aber um Lösungsalternativen geht. Außerdem muss beachtet werden, dass die so genannten „take-home-messages“ dem Umfeld des Entscheidungsträgers angemessen sind.

Übermittelt werden soll das Forschungswissen am besten den Akteuren, die auf dieser Grundlage agieren können, oder aber jenen, die die Agierenden effektiv beeinflussen können.

Für die Übermittlung der „take-home-messages“ sind Wissenschaftler prinzipiell geeignet. Da sich jedoch eine solche Aufgabe

sehr zeitintensiv gestalten kann und nicht jeder Wissenschaftler in der Lage ist, den Übermittler zu spielen, sollte je nach Fall auch an andere Übermittler gedacht werden. Das Forschungswissen sollte in jedem Fall interaktiv übermittelt werden.

Die angestrebte Wirkung einer geglückten Übermittlung einer „take-home-message“ ist, die Debatte durch Informationen zu bereichern. Nach einem „outcome“ im Sinne einer positiven Beeinflussung der Bevölkerungsgesundheit zu trachten ist zu ambitiös.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse weitgehend opportunistisch erfolgt. So besteht die Gefahr, dass wissenschaftliche Erkenntnisse instrumentalisiert werden, und dass die Kommunikation zwischen Wissenschaft und Politik im Wesentlichen auf individuellen Kontakten beruht.

■ 3.2 Perspektiven der Politikberatung: Politikberatung statt Politikerberatung, Implementierung und Institutionalisierung

Soll sich der Gesundheitsaspekt auch in anderen Politikfeldern niederschlagen, so bedarf es der Politikberatung. Politikberatung wird häufig allerdings als Politikerberatung verstanden⁶. Dann geht es entweder darum, dass der Entscheidungsträger zum richtigen Zeitpunkt durch den richtigen Übermittler die richtige „take-home-message“ zugestellt bekommt, oder aber der Politiker wird mit strategisch instrumentellem Wissen und Informationen ausgestattet, um eine Position durchzusetzen oder eine andere zu verhindern. Dieser Ansatz basiert auf der individuellen Ansprache von Entscheidungsträgern und der Etablierung von persönlichen Kontakten und Vertrauensverhältnissen. Dies ist zweifelsfrei notwendig, wichtiger jedoch erscheint die systematische Informierung von Prozessen. Denn Entscheidungsträger und relevante wissenschaftliche Informationsträger können wechseln. Die wesentliche Kommunikation bleibt dann aus.

Damit HIA auch tatsächlich einen Beitrag zur Einbeziehung des Gesundheitsaspektes in die Prozesse der Entscheidungsfindung leisten kann, muss HIA wirkungsvoll implementiert sein. Wie eine solche wirkungsvolle Implementierung aussieht und in welchen Ländern und auf welchen Ebenen sie am besten zu erreichen ist, ist gegenwärtig Gegenstand der Wissenschaft. Denn bisher gibt es erst vereinzelt Evaluationen von HIA und diese sind häufig mit methodischen Schwierigkeiten behaftet (*Quigley/Taylor 2003*).

Aber auch der Beitrag, den HIA leisten soll, ist keinesfalls klar. So entsteht häufig der Eindruck, HIA wäre ein politischer Automatismus. Wissenschaftliche Erkenntnisse verändern die Ent-

scheidungen und letztlich die gesundheitlichen Outcomes. Angemessener erscheint die Vorstellung, dass im Rahmen eines HIA-Prozesses die Entscheidungsträger begründen müssen, warum sie den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht folgen. Und dafür kann es gute Gründe geben, die nicht in der Qualität der Gutachten liegen. Vielmehr muss in Betracht gezogen werden, dass es andere Gemeinschaftsgüter, Werte und Interessen gibt, die im konkreten Entscheidungsfall schwerer wiegen als die Bevölkerungsgesundheit.

Aber auch eine wirkungsvolle Implementierung bedarf der nachhaltigen Institutionalisierung (Banken 2003). Dies zeigt das Beispiel des Aufstiegs und Falls von HIA in British Columbia. Seit 1989 – und beschleunigt ab 1991 – wurden Vorkehrungen zur Implementierung von HIA getroffen. Noch 1995 schien die Entwicklung zum systematischen Ausbau von HIA unumkehrbar zu sein. Doch mit dem Regierungswechsel von 1996, dem einen Politikwechsel folgte, wurden die HIA-Aktivitäten eingestellt (Banken 2001).

4. HIA in der Praxis

Im Folgenden soll ein erster Einblick in die HIA-Aktivitäten in Europa eröffnet werden. Insbesondere das Aktivitätsniveau, die Implementierung und die Institutionalisierung von HIA sollen hervorgehoben werden. Einschränkend muss vorausgeschickt werden, dass die Materialienlage zu diesen Themen gegenwärtig noch nicht angemessen ist. So gibt es zahlreiche methodische Arbeiten sowie abgeschlossene HIA-Verfahren. Es gibt aber wenige Anhaltspunkte in der Literatur über die Bedingungen und Kontexte einer effektiven Implementierung und nachhaltigen Institutionalisierung. Dies ist Gegenstand aktueller Forschungsprojekte.

4.1 Pan European HIA survey

HIA ist ein Konzept, das in unterschiedlichen Institutionalisierungsformen und z.T. mit unterschiedlichen Namen in fast allen Teilen der Welt zu finden ist. Eine erste Bestandsaufnahme zu den europäischen HIA-Aktivitäten wurde kürzlich veröffentlicht. Ziel war es, nicht nur die Verbreitung von HIA in Europa abzubilden, sondern auch erste Eindrücke zu den Kontexten zu vermitteln. Einbezogen in die Untersuchung waren 19 europäische Länder (The Welsh Assembly Government/EuroHealthNet 2003, siehe Tabelle 2). Einschränkend muss erwähnt werden, dass sich viele der Länder mit HIA-Aktivitäten eher im Stadium von Pilotprojekten befinden. Auch ist nicht jedes der erhobenen HIA-Projekte streng genommen prospektiv. Dennoch belegt die Studie insgesamt sehr deutlich, dass HIA unter den 19 ausgewählten europäischen Länder nicht nur ein Thema im politischen Diskurs, sondern auch in der Praxis ist.

4.2 Europäische Union

Mit dem Vertrag von Maastricht wurde im Europäischen Gründungsvertrag zum ersten Mal explizit eine gesundheitspolitische Rolle der Europäischen Gemeinschaft verankert (Wismar et al. 2002). So machte Art. 129 (heute Art. 152) deutlich, „[d]ie Erfordernisse im Bereich des Gesundheitssystems sind Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft“. Damit ist die rechtliche Grundlage für die Einbeziehung des Gesundheitsaspektes, auch durch HIA, auf Europäischer Ebene gelegt. Die ersten Versuche, diese Gesundheitserfordernisse durch ein Berichtswesen zu integrieren (Hunter/Hübel 1996), wurden aus Sicht von Public Health zwar begrüßt, Kritik wurde jedoch an der Implementierung geübt. So war

TABELLE 2

HIA-Aktivitäten in 19 ausgewählten Europäischen Ländern

Land, in dem Erhebung durchgeführt wurde	unterstützende Materialien	durchgeführt HIA/GVP	Land, in dem Erhebung durchgeführt wurde	unterstützende Materialien	durchgeführt HIA/GVP
1 Belgien	Nein	Nein	11 Niederlande	✓	✓
2 Dänemark	✓	✓	12 Österreich	Nein	Nein
3 Estland	✓	✓	13 Polen	Nein	Nein
4 Finnland	✓	✓	14 Republik Zypern	Nein	Nein
5 Griechenland	Nein	Nein	15 Schweden	✓	✓
6 Irland	✓	✓	16 Slowakische Republik	Nein	Nein
7 Island	Nein	Nein	17 Tschechische Republik	✓	✓
8 Litauen	Nein	✓	18 Türkei	Nein	Nein
9 Luxemburg	Nein	✓	19 a VK-England	✓	✓
10 Malta	Nein	✓	19 b VK-Schottland	✓	✓
			19 c VK-Wales	✓	✓

Quelle: The Welsh Assembly Government/EuroHealthNet 2003

TABELLE 3

HIAs in den Niederlanden: durchgeführt oder koordiniert durch NSPH/IPO 1996-2001

Jahr	HIA-Thema
1996	<ul style="list-style-type: none"> Energiesteuer (Ecotax) Hochgeschwindigkeitseisenbahn
1997	<ul style="list-style-type: none"> Tabakpolitik (2 Berichte) Alkohol- und Ausschankgesetz Verringerung des zahnmedizinischen Leistungsumfangs
1998	<ul style="list-style-type: none"> Haushalt 1997/Jahresüberblick zur Pflege Tabakpolitik Wahlprogramme der politischen Parteien Wohnungspolitische Vorhersage 2030 ICES (interministerielles Wirtschaftsstrukturstärkungsprogramm) (2 Berichte)

Quelle: Varela Put et al. 2001

Jahr	HIA-Thema
1999	<ul style="list-style-type: none"> Identifikation der Politikfelder, die die Determinanten von fünf wesentlichen Gesundheitsproblemen beeinflussen Betriebsgesundheits- und Arbeitssicherheitsgesetz 24-Stunden Ökonomie Koalitionsvereinbarung 1998 Beschäftigungspolitische Vorschlag und Gesundheitseffekte Nationaler Haushalt 1999 Regionale Entwicklungspolitik
2000	<ul style="list-style-type: none"> Nationaler Haushalt 2000
2001	<ul style="list-style-type: none"> Wohnungspolitik Nationaler Haushalt 2001

die für Gesundheit zuständige Abteilung der Kommission auf die Selbstauskunft der anderen Generaldirektionen zu möglichen Gesundheitseffekten durch ihre Politik angewiesen (Coghlan 1996). Dass die Gesundheitsdeterminanten ein wesentlicher Anknüpfungspunkt für die gesundheitspolitischen Aktivitäten der Gemeinschaft sind, wurde auch von wissenschaftlicher Seite vorgetragen (Abel-Smith et al. 1995). Mittlerweile hat die Kommission ihre Aktivitäten intensiviert. Freilich gilt es auch auf europäischer Ebene zu klären, wann, mit welchen Mitteln, in welchem Detaillierungsgrad und durch wen HIA durchgeführt werden soll. Erwähnenswert ist außerdem eine Initiative der Kommission, die zu einer Verschlan- und Zusammenführung verschiedener Assessments zu einem Instrument führen soll (Hübel/Hedin 2003). Auf EU-Ebene lässt sich gegenwärtig nicht von einer echten Implementierung reden. Allerdings ist der politische Wille auf europäischer Ebene wie kaum je zuvor vorhanden, HIA voranzutreiben. Das zeigt auch die Betonung von HIA im Arbeitsprogramm „Öffentliche Gesundheit der Kommission. Viel wird davon abhängen, wie rasch und überzeugend die angemessene Form der Implementierung von HIA für die europäische Ebene gefunden wird. Hier steht gegenwärtig die Wissenschaft in einer Bringschuld.

■ 4.3 Niederlande

Die Niederlande kann in Europa wahrscheinlich als das Land gelten, dass die Implementierung vor allem auf nationaler Ebene am weitesten vorangetrieben hat. Der Implementierungsprozess beginnt 1996 mit der Etablierung des Intersectoral Policy Office (IPO) in der Netherlands School of Public Health (NSPH). Das

IPO wird durch das niederländische Gesundheitsministerium finanziert. Seine Aufgaben umfassten die Ausschreibung experimenteller HIAs für Politiken. Des Weiteren wurde es beauftragt, zusammen mit der NSPH HIA-Methoden zu entwickeln und ein Netzwerk relevanter HIA-Organisationen im öffentlichen Sektor zu etablieren (z.B. Erziehung, Finanzen, Verteidigung, Umwelt und Soziale Angelegenheiten). Eine gesetzliche Verankerung wurde allerdings nicht angestrebt.

HIA sollte so früh wie möglich zum Einsatz kommen, solange die in Frage stehende Politik noch in der Planung ist. Das Ziel war, den Prozess der politischen Beratung zu beeinflussen, langfristig die Sensibilität für die gesundheitlichen Konsequenzen politischer Entscheidungen anzuheben, Gesundheit auf die politische Agenda zu heben und die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Gesundheit strukturell und systematisch wahrgenommen wird (Varela Put et al. 2001). Zwischen 1996 und 2001 hat das NSPH/IPO 20 experimentelle HIAs produziert oder koordiniert (siehe Tabelle 3). Eine strikte Verbindlichkeit, die Empfehlungen des HIA aufzunehmen, bestand nicht. Vielmehr wurde das Gesundheitsministerium als verantwortlich erachtet, die Empfehlungen umzusetzen (Varela Put et al. 2001). Während sich HIA auf lokaler Ebene rasch ausweitete (Broeder et al. 2003), hat sich das Ministerium insgesamt etwas zurückgezogen (Varela Put et al. 2001). Seit dem letzten Regierungswechsel bestehen Zweifel an einer dynamischen Fortsetzung der nachhaltigen Institutionalisierung auf nationaler Ebene. Derzeit ist unklar, ob die bereits weitreichende Implementierung von HIA in dem Umfang aufrecht erhalten bleibt.

■ 4.4 Schweden

In Schweden ist HIA auf regionaler Ebene bereits recht gut implementiert. Die nachhaltige Institutionalisierung scheint vor allem am politischen Willen und der Einsicht in den Nutzen von HIA zu liegen. Auf nationaler Ebene sind in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen getroffen worden, geeignete Methoden und Instrumente zu entwickeln und HIA an die Prioritätensetzung der nationalen Gesundheitsziele anzubinden.

Auf regionaler und lokaler Ebene wurde in Schweden bereits seit Mitte der 90er Jahre ein HIA-Instrument entwickelt, das drei Komponenten umfasst: Die „Gesundheitsfrage“, die „Gesundheitsmatrix“ und die „Gesundheitsverträglichkeits-Analyse“⁷ (siehe Tabelle 4). Die Hälfte der Regionen in Schweden nutzen dieses Instrument oder sind momentan dabei, es einzuführen. Das Gleiche gilt für ungefähr ein Sechstel der Gemeinden. Wie eine kürzlich veröffentlichte Umfrage zeigt, sind Politiker und Beamte mit dem Prozess insgesamt zufrieden (Nilunger et al. 2003). Auf nationaler Ebene wurde das erste HIA 1995 durchgeführt. Ziel war die Prognose der gesundheitlichen Effekte bei der Übernahme der EU-Regeln zum Alkoholvertrieb. Nach einer Reihe weiterer HIAs wurden im Dezember 2002 im Rahmen des Politikentwurfs für Public Health dem Parlament Ausführungen zu HIA vorgelegt. Das National Institute of Public Health wurde beauftragt, eine Checkliste und ein Screening-Instrument zu entwickeln und zu testen (Nilunger et al. 2003).

■ 4.5 Vereinigtes Königreich

Das Vereinigte Königreich gilt als eines der federführenden Länder bei der Durchführung von HIAs. So wurden im Rahmen einer Bestandsaufnahme in England kürzlich 103 HIA-Studien identifiziert, die sich auf die lokale Ebene bezogen. Die Politik hat im Vereinigten Königreich und vor allem in England schon seit einiger Zeit HIA propagiert. Allerdings steht die ursprünglich durch die Labour-Regierung in Aussicht gestellte Implementierung von HIA auf nationaler Ebene noch aus. Und so dominiert eine Vielzahl lokaler HIAs das Geschehen. Mit den „Merseyside Guidelines“ liegen bereits seit einiger Zeit Instrumente zur Durchführung von HIA vor. Die Health Development Agency hat erste Anstrengungen unternommen, Evaluationen von HIA durchzuführen, um das Wissen um den Nutzen von HIA zu systematisieren, der heute eher anekdotisch vorliegt (Quigley/Taylor 2003). Auch in Wales werden gegenwärtig Anstrengungen getroffen, HIA zu implementieren. Dabei stehen die Chancen nicht schlecht, zu einer nachhaltigen Institutionalisierung zu gelangen. Mit der Dezentralisierung des Vereinigten Königreichs und der Etablierung der National Assembly for Wales im Jahre 1999 wurde eine Reihe von politischen Verantwortungen in die Region übertragen. Gesetzlicher Auftrag der Assembly Regierung ist es, alle Aspekte einer nachhaltigen Entwicklung bei der Entscheidungsfindung für zukünftige Programme und Projekte einzubeziehen, alle existierenden Politiken zu überprüfen und in Zusammenarbeit mit Partnern eine

TABELLE 4

Die Gesundheitsfrage

A. Will the proposal promote health development for various groups/the population in relation to the social environment (e.g. opportunity to exert influence, mutual work and support)?

Yes No

B. Will the proposal promote health development for various groups/the population with regard to certain risk factors (e.g. the physical environment or living habits)?

Yes No

C. Is the proposal consistent with overall municipality/county health targets and objectives?

Yes No

Comments/justification:

.....

Alternative proposal:

.....

Our assessment is that:

.....

Quelle: <http://www.lf.se/hkb/engelskversion/healthquestion.htm>

nachhaltige Entwicklung zu gewährleisten (*The Welsh Assembly Government/EuroHealthNet 2003*).

■ 4.6 HIA/GVP in Deutschland

In Deutschland sind heute Aspekte des HIA vor allem in die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) integriert. Hierzulande spielt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung und Durchführung von HIA/GVP. Da aber der Gesundheitsaspekt nicht immer angemessen in der UVP repräsentiert ist und HIA über den gegenwärtigen Zuständigkeitsbereich der UVP hinausgeht, kann noch nicht von einer effektiven Implementierung gesprochen werden. Allerdings lassen die tradierte Zuständigkeit sowie die Rechtsgrundlage des ÖGD in den meisten Bundesländern auf eine verbesserte Institutionalisierung hoffen. Zudem gibt es eine Reihe politisch günstiger Zeichen.

In Deutschland hat die GVP einen wesentlichen Impuls durch die Etablierung der UVP erhalten. Die UVP wurde 1990 gesetzlich verankert und setzt eine Richtlinie der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft aus dem Jahr 1985 um.

Die UVP umfasst die Ermittlung, Beschreibung und Bewertung der unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen eines Vorhabens auf

- Menschen, Tiere und Pflanzen,
- Boden, Wasser, Luft, Klima und Landschaft,
- Kulturgüter und sonstige Sachgüter,
- die Wechselwirkung zwischen den vorgenannten Schutzgütern.

Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen UVP wird auch das Gesundheitsamt beteiligt. Die Zuständigkeit des ÖGD geht jedoch über die UVP hinaus. So liegen im überwiegenden Teil der Bundesländer landesrechtliche Bestimmungen nicht nur zur Zuständigkeit des ÖGD für die gesundheitliche Bewertung von Umwelteinflüssen vor. Auch die Beteiligung an Planungsvorhaben ist rechtlich vorgesehen. Dies wird auch als eine lang tradierte und fortbestehende Querschnittsaufgabe und Kernkompetenz des ÖGD angesehen. Dessen Aktivitäten sind somit keineswegs auf die UVP beschränkt (*Neuss 2002*). Dabei wird angestrebt, im Rahmen der UVP die GVP zu etablieren, die dem ÖGD eine bessere Grundlage für seine Stellungnahme an die Hand gibt (*Brand et al. 2003*). HIA/GVP wird länderübergreifend unterstützt. So hat die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1992 die Regelbeteiligung der Gesundheitsämter und die Einführung der GVP gefordert.

Wichtige politische und fachliche Scharniere zwischen den Ländern sind neben der GMK die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und die Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG) (*Fehr 2002*). Aus

verschiedenen Bundesländern und Kommunen liegen erste Erfahrungsberichte mit der GVP vor. Allerdings scheint eine gewisse Beliebbarkeit bei der Einbeziehung der unteren Gesundheitsbehörden in kommunale Planungsverfahren vorzuherrschen. Wird eine UVP nicht durchgeführt, so sinkt auch die Chance einer gesundheitsbezogenen Stellungnahme im Planungsprozess. Würde die UVP nach dem Sinn und Buchstaben des Gesetzes durchgeführt, bestünde kein Grund, eine selbständige GVP einzuführen (*Engeler 2002*).

Auf Bundesebene findet HIA/GVP Anschlag durch das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit⁸. Dies wird gefördert durch das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Unterstützt wird dieses Programm durch das Bundesamt für Strahlenschutz, das Bundesinstitut für Risikobewertung, das Robert-Koch-Institut und das Umwelt-Bundesamt.

Das Programm umfasst folgende Themen:

- umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung und -berichterstattung,
- Informationsmanagement,
- Umgang mit Risiken,
- Umweltmedizin,
- Verbesserung der bestehenden Behördenstrukturen und internationale Zusammenarbeit.

Das Programm enthält zudem verschiedene medien- und stoffbezogene Qualitätsziele zu folgenden Themen:

- Außenluft und Klima,
- Innenraumluft,
- Wasserressourcen,
- Boden, Lebensmittel,
- ionisierende Strahlung,
- Lärm,
- Stoffe und Zubereitungen.

Das Programm soll eine Arbeitsgrundlage für die weitere Entwicklung des Politikfeldes Umwelt und Gesundheit bilden.

■ 5. Perspektiven einer effektiven Implementierung und nachhaltigen Institutionalisierung

Vor dem Hintergrund von Theorie und Praxis stellt sich die Frage, wie HIA in Deutschland weiterentwickelt werden kann.

■ 5.1 Lokale Verhandlungen

Im niederländischen Kontext wurde für lokale Belange der Nutzen einer „inkrementellen Strategie“ diskutiert. Die Wahl der Methoden und Festlegung der Prozeduren folgt hierbei keinen festgelegten Standards, sondern ist das Ergebnis von Verhandlungs- und Konsensprozessen zwischen den betroffenen Akteuren (*Varela Put et al. 2001*).

■ 5.2 Vorsorgeprinzip

Eine der Varianten einer Institutionalisierung von HIA ist das Vorsorgeprinzip. Im Kern geht es darum, einem angenommenen Unglück zuvorzukommen, ohne starke Evidenz für dessen schädliche Wirkung zu haben. Das Vorsorgeprinzip, das insbesondere in Deutschland zur Anwendung kommt, gilt als allgemeine Regel für die Politik. Es soll in Situationen zur Anwendung kommen, in denen eine ernsthafte und unumkehrbare Gefahr aufzieht, ohne dass diese allerdings durch wirklich robuste Belege untermauert werden könnte. Hierbei müssen die wahrscheinlichen Kosten und der Nutzen von Handeln und Nicht-Handeln abgewogen werden (*Anon 2001b; WHO Regional Office for Europe 2002*). Das Vorsorgeprinzip kommt nicht zum Tragen im Fall von Ignoranz (wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse werden nicht wahrgenommen), Vorsicht (die potenziellen Auswirkungen sind bekannt, nicht aber ihre Wahrscheinlichkeit) und Prävention (das Risiko ist hinlänglich bekannt und gut beschrieben, Wirkungen und Wahrscheinlichkeiten sind ebenfalls bekannt) (*WHO Regional Office for Europe 2002*).

■ 5.3 Health Technology Assessment als Vorbild?

Werden verschiedene Ansatzpunkte für eine fortschreitende Implementierung und Institutionalisierung von HIA in Deutschland diskutiert, so ist es durchaus geboten, auch in benachbarte Politikfelder zu blicken. „Health Technology Assessment (HTA) ist eine Form der Politikfeldanalyse, die systematisch kurz- und langfristige Konsequenzen der Anwendung einer medizinischen Technologie [...] untersucht. Das Ziel von HTA ist die Unterstützung von Entscheidungen in Politik und Praxis. Grundlegend für HTA ist die Ausrichtung auf die Entscheidungsfindung sowie der multidisziplinäre und umfassende Ansatz“ (*Perleth 2003*). Allein dieses kurze Zitat deutet die zahlreichen Parallelen zwischen HTA und HIA an. Die in Gang gesetzte Implementierung und Institutionalisierung von HTA in Deutschland ist wichtig für die Diskussion um die weitere Entwicklung von HIA/GVP. Methoden und Prozesse von HTA sind festgelegt worden. Mit dem Bundesausschuss, dem Ausschuss Krankenhaus und dem Koordinierungsausschuss sind Gremien der Selbstverwaltung etabliert worden, die auf gesetzlicher Grundlage zur Institutionalisierung von HTA beitragen. Die ersten HTA-Projekte zeigen, dass die Gremien die wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse auch in ihre Entscheidungen einbeziehen. Insofern besitzt HTA für den weiteren Gang der Implementierung von HIA/GVP eine Vorbildfunktion, die es zu nutzen gilt.

■ 6. Ausblick

Anhand der europäischen Bestandsaufnahme zu HIA und den ausgewählten Länderbeispielen ließ sich illustrieren, dass HIA in vielen

Europäischen Ländern zumindest als Option auf der politischen Agenda steht. Auch wenn es noch eine Reihe von konzeptionellen Unschärfen gibt, lassen sich Prinzipien und Elemente identifizieren, die allen Formen von HIA gemein sind. Trotz dieser Gemeinsamkeiten zeigt sich jedoch, dass es keine einheitliche Form der Implementierung und Institutionalisierung von HIA in Europa gibt und wahrscheinlich auch nicht geben kann. Denn die Kontexte von HIA einschließlich der Institutionen, politischen Einstellungen und Traditionen sind so unterschiedlich, dass jedes Land seinen eigenen Weg suchen muss. So lässt sich die tradierte und besondere Rolle des ÖGD in Deutschland für Umwelt und Gesundheit in anderen Ländern nicht wiederfinden. Zugleich artikuliert sich der politische Wille, HIA voranzubringen, in Deutschland aufgrund des Föderalismus einerseits über die Länder und ihre Gremien und andererseits beinahe parallel durch das gemeinsame Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit einiger Bundesministerien. Gerade deshalb ist es so wichtig, bereits existierende Anknüpfungspunkte für HIA/GVP aufzunehmen. Denn trotz aller positiven Ansätze greifen in Deutschland die Wissensproduktion und die politische Entscheidungsfindung noch nicht ausreichend ineinander. Die aktuelle Gesetzesgrundlage erlaubt dem ÖGD zwar über das UVP-Verfahren hinauszugehen, doch beschränkt sich sein Mandat meist auf eine anregende Rolle. Die systematische Wahrnehmung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Entscheidungsfindung ist damit bisher nicht gewährleistet. Insofern sollten die Erfahrungen, die mit der Institutionalisierung von HTA in Deutschland gesammelt wurden, auch für die weitere Implementierung von HIA/GVP genutzt werden. ◆

Fußnoten

- 1 Die Fähigkeit nicht zu entscheiden, oder wie man in Deutschland sagt, auszusitzen, gilt in den Politikwissenschaften als klassische Dimension der Macht (*Bachrach P/Baratz M 1962*).
- 2 Ob GVP eine angemessene Übersetzung darstellt, ist Gegenstand der Diskussion in Deutschland. Im Folgenden wird die Abkürzung HIA benutzt, außer, wenn ausschließlich auf Deutschland Bezug genommen wird.
- 3 Das deutsche „Weißbuch“ ist hingegen ein Konsultationsdokument.
- 4 Eigene Übersetzungen M.W.
- 5 Die hier vorgestellte Studie entwickelt das Rahmenkonzept aus der Literatur und wendet es dann auf die kanadischen Forschungsinstitutionen an, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren.
- 6 Vgl. hierzu im Einzelnen *Cassel S (2001)*, Seite 9ff in diesem Heft.
- 7 Im Original „health impact analysis“.
- 8 Einzelheiten unter <http://www.apug.de/projekt.html>

Literatur

- Abel-Smith B/Figuera J/Holland W/McKee M/Mossialos E (1995):** Choices in health policy: an agenda for the European Union; Aldershot / Brookfield USA / Singapore / Sydney.
- Anon (2001a):** Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper, December 1999; in: Diwan

V/Douglas M/Karlberg I/Letho J/Magnússon G/Ritsatakis A Hrsg. Health Impact Assessment: from theory to practice; Göteborg, 89-103.

Anon (2001b): Introduction; in: Harremoës P/Gee D/MacGarvin M/Stirling A/Keys J/Wynne B/Guedes Vaz S Hrsg. Late lessons from early warnings: the precautionary principle 1896-2000; Copenhagen, 11-16.

Bachrach P/Baratz M (1962): Two faces of power; in: The American Political Science Review, 56/947-952.

Banken R (2003): Health impact assessment – how to start the process and make it last; in: Bulletin of the World Health Organization, 6/81, 389.

Banken R (2001): Strategies for institutionalizing HIA; Brussels.

Brand H/Schmacke N/Brand A (2003): Der öffentliche Gesundheitsdienst; in: Schwartz FW/Badura B/Busse R/Leidl R/Raspe H/Siegrist J/Walter U Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; München,

Broeder Ld/Penris M/Varela Put G (2003): Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment – an assessment analysis and procedures in the European experience; in: Bulletin of the World Health Organization, 6/81, 404-407.

Coghlan T (1996): Commission Report on the Integration of Health Protection Requirements – A Response; in: eurohealth, 4/2, 6-8.

Dahlgren G/Nordgren P/Whitehead M (1996): Health impact assessment of the EU Common Agricultural Policy; Stockholm.

Dahlgren G/Whitehead M (1991): Policies and strategies to promote social equity in health.; Stockholm.

Engeler N (2002): UVP und Gesundheitsbelange; in: Welteke R/Fehr R Hrsg. Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Health Impact Assessment; Bielefeld, 125-129.

Fehr R (2002): Zur Zielsetzung des GVP-Workshops; in: Fehr R/Welteke R Hrsg. Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – Health Impact Assessment Fehr, Rainer; Welteke, Rudolf; Bielefeld, 39-49.

Fehr R/Meckel O/Lacombe M/Wolf U (2003): Towards health impact assessment of drinking-water – the example of waterborn carcinogens in North Rhine-Westphalia (Germany); in: Bulletin of the World Health Organization, 6/81, 408-414.

Fleeman N/Scott-Samuel A (2000): A prospective health impact assessment of the Merseyside Integrated Transport Strategy (MerITS); in: Journal of Public Health Medicine, 3/22, 268-274.

Hanney SR/Gonzales-Block MA/Buxton MJ/Kogan M (2003): The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment; in: Health Research Policy and System, 2/1, 1-28.

Hübel M/Hedin A (2003): Developing health impact assessment in the European Union; in: Bulletin of the World Health Organization, 6/81, 463-464.

Hunter W/Hübel M (1996): Integration of Health Protection Requirements into European Community Policies; in: eurohealth, 4/2, 4-5.

Innvær S/Vist G/Trommald M/Oxman A (2003): Health policy-makers' perceptions of the use of evidence: a systematic review; in: Journal of Health Service Research and Policy, 4/7, 239-244.

Kemm J (2003): Perspectives on health impact assessment; in: Bulletin of the World Health Organization, 6/81, 387.

Kickbusch I (2003): Gesundheitsförderung und Prävention; in: Schwartz FW/Badura B/Busse R/Leidl R/Raspe H/Siegrist J/Walter U Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; München-Jena, 181-188.

Krieger N/Northridge M/Gruskin S/Quinn M/Kriebel D/Davey Smith G/Basset M/Rehkopf DH/Miller C (2003): Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives; in: Journal of Epidemiology and Community Health, 57, 659-662.

Lavis JN/Robertson D/Woodside JM/McLeod CB/Abelson J (2003): How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?; in: The Milbank Quarterly, 2/81, 221-248.

Lock K (2000): Health impact assessment; in: BMJ, 320, 1395-1398.

Mindell J/Ison E/Joffe M (2003): A glossary for health impact assessment; in: Journal of Epidemiology and Community Health, 57, 647-651.

Neuss H (2002): GVP aus der Perspektive der Landesgesundheitsbehörden; in: Fehr R/Welteke R Hrsg. Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – Health Impact Assessment; Bielefeld, 27-28.

Nilunger L/Schäfer Elinder L/Pettersson B (2003): Health Impact Assessment: screening of Swedish governmental inquiries; in: eurohealth, 5/8, 30-33.

Perleth M (2003): Health Technology Assessment; in: Schwartz FW/Badura B/Busse R/Leidl R/Raspe H/Siegrist J Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; München-Jena, 745-754.

Quigley RJ/Taylor LC (2003): Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience; in: Bulletin of the World Health Organization, 6/81, 415-419.

Schwartz FW (2003): Public Health-Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze; in: Schwartz FW/Badura B/Busse R/Leidl R/Raspe H/Siegrist J/Walter U Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; München, 3-6.

The Welsh Assembly Government/EuroHealthNet (2003): Health impact assessment and government policymaking in European countries: a position report; Cardiff.

Varela Put G/Broeder Ld/Penris M/Roscam Abbing EW (2001): Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study; Brussels.

WHO Regional Office for Europe (1999): Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region; Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2002): Precautionary policies and health protection: principles and applications. Report on a WHO Workshop; Copenhagen.

Wismar M (1998): Aktuelle Aufgaben von Gesundheitssystemforschung und Politikberatung. ZaeFQ, 10/92, 691-695.

Wismar M/Busse R/Berman PC (2002): The European Union and Health Services – The Context; in: Busse R/Wismar M/Berman PC (Hrsg.) The European Union and Health Services; Amsterdam-Berlin-Oxford-Tokyo-Washington, DC, 17-29.

Wollmann H (1991): Politikberatung; in: Nohlen D (Hrsg.) Wörterbuch Staat und Politik; München/Zürich, 493-498.

DER AUTOR



Dr. Matthias Wismar (Jg. 1965), Health Policy Analyst WHO/EURO European Centre for Health Policy, Brüssel. Studium der Politikwissenschaften in Frankfurt/a.M., Southampton (England) und am Nuffield College Oxford (England). Nach Lehrauftrag an der Gesamthochschule Essen wechselte er 1996 zur

Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. 1999 wurde er Leiter des Arbeitsschwerpunktes Health Policy (Gesundheitspolitik). Im Jahr 2003 wechselte er zum Brüsseler Zentrum der WHO/EURO. Zahlreiche Publikationen und Vorträge zu Public Health, Gesundheitspolitik und Gesundheitsreformen.