

Health Impact Assessment

Eine Einführung und Anleitung, sowie ein Beispielprojekt aus Wien

**Mag. Gernot Antes
Matrikel Nr. 8940635**

**Universitätslehrgang Public Health
Medizinische Universität Graz**

zur Erlangung des akademischen Grades eines Master's of Public Health

**Betreuer: Dr. Martin Sprenger, MPH
Medizinische Universität Graz
Institut für Sozialmedizin**

Vorgelegt in Graz im September 2008

Danksagung

Ich möchte mich bei meinem Vorgesetzten DI Dr. Hannes Schmidl und der Stadt Wien bedanken, die mir den Besuch des Universitätslehrgangs Public Health an der Medizinischen Universität Graz ermöglicht haben.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

.....

Mag. Gernot Antes
Gänserndorf, am 19. 9. 2008

Abstract

„Health Impact Assessment“ (HIA) ist eines von drei Leitthemen in Phase IV (2003 - 2008) des WHO Healthy Cities Network. Mit der Umsetzung des vorliegenden HIAs erfüllt die Stadt Wien die Anforderungen als Mitgliedsstadt. Als Gegenstand der Bewertung für dieses Pilotprojekt wurden die Pläne der Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels ausgewählt. Die wesentliche Änderung der Neugestaltung ist die Verlegung der Fahrbahn der dreispurigen, hochrangigen Verkehrsader um etwa 9 m von der Häuserzeile weg. Dadurch entsteht ein „Vorland“ von etwa 12 m Breite auf einer Länge von etwa 300 m, in dem ein verbreiteter Gehweg, ein neuer Radweg, eine Baumreihe und ein Grünstreifen Platz finden. Auf der anderen Seite muss eine Reihe alter Bäume gerodet werden, um der Fahrbahn Platz zu machen.

In Folge werden eine Reihe von Konsequenzen angenommen: Gehen und Radfahren wird attraktiver, Begegnungsräume entstehen, das Gefühl der Sicherheit steigt und die Bewertung der Wohngegend steigt. Daraus lassen sich auf positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Anrainer schließen, wie z.B. Anstieg der körperlichen Aktivität, Stärkung der sozialen Kontakte, Zufriedenheit mit der Wohnumgebung. Als Risiken könnten sich erweisen, dass über die Bewegungsfreiheit von Kindern auch die Unfallgefahr zunimmt, dass die gewonnenen Begegnungsräume auf eine Weise genutzt werden, die für manche Gruppen ausschließend wirkt und damit Konflikte erzeugt werden sowie die gestiegene Attraktivität der Wohngegend sich mittelfristig auf die Mietpreise auswirkt, wodurch sozial Schwache finanziell unter Druck geraten könnten. Einige Vorschläge zu Umsetzungsvarianten wurden gemacht, wobei das Absperrern von Seitenstraßen am ehesten in Betracht zu ziehen ist.

Zusammenfassend ist die geplante Neugestaltung in Summe als potentiell gesundheitsförderliche Maßnahme zu werten.

Das Projekt hat erste Erfahrungen mit dem Instrument HIA ermöglicht und bindet an verschiedenen Stellen relevante Entscheidungsträger aus dem Bereich Stadtplanung ein. Damit sind die wichtigsten Projektziele erreicht worden und über den weiteren Umgang der Stadt Wien mit dem Thema HIA kann in Folge entschieden werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	7
Verzeichnis der Anhänge	7
Einleitung	8
Methoden	10
Teil 1: Einführung in die Prozesse und Methoden des Health Impact Assessments ...	11
1 Was ist ein Health Impact Assessment?	11
2 Typen von HIA.....	14
3 Welche Prozesse und Methoden stehen hinter dem Begriff HIA?	14
3.1 Auswahl eines Vorhabens (Screening)	15
3.2 Scoping	16
3.3 Bewertungsverfahren (Appraisal).....	22
3.4 Reporting: Das Verfassen eines HIA -Reports	32
3.5 Dissemination: Vorlegen des HIA - Berichts.....	34
3.6 Monitoring und Evaluation	34
3.7 Die Effektivität von HIA	35
3.8 Zusammenfassung Prozesse und Methoden eines HIA.....	36
4 HIA in Relation zu anderen Bewertungsverfahren.....	38
4.1 Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)	38
4.2 Die Strategische Umweltprüfung (SUP)	40
5 Die Bedeutung von HIA in Europa	41
6 Pro und Contra Einführung von HIA in Österreich.....	42
6.1 Das Anliegen der WHO.....	42
6.2 Public Health Argumente für die Anwendung von HIA in Wien.....	42
6.3 Formale Aspekte.....	44
6.4 Kritische Aspekte im Zusammenhang mit der Anwendung von HIA.....	45
7 Schlussfolgerungen	48
Teil 2: Health Impact Assessment (HIA) - Report zur Planung der Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels in Wien.....	49
1 Einleitung.....	49
2 Methodik der Erstellung des HIA Reports	51
3 Eckpunkte des HIA Projekts:.....	51
3.1 Projektziele und Auswahl des Themas	51
3.2 HIA Projektverlauf.....	53
3.3 Eingesetzte Ressourcen von Projektbeginn bis zur Fertigstellung des HIA - Berichts	54

4	Die geplanten Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels.....	55
4.1	Beschreibung der Ausgangssituation.....	55
4.2	Belastungen durch den Straßenverkehr.....	56
4.3	Rahmenbedingungen für die Neugestaltung.....	59
4.4	Beschreibung der geplanten Neugestaltung.....	59
4.5	Unveränderliche Aspekte der Ausgangssituation.....	61
4.6	Projektkosten.....	62
5	Hintergrundinformation und Situationsbeschreibung der Verhältnisse in der Zielgruppe (Community)	62
6	Auswirkungen der geplanten Neugestaltung.....	65
6.1	Potentielle Reduktionen der Belastungen durch die geplante Neugestaltung	65
6.2	Potentiell gestärkte Gesundheitsressourcen durch die geplante Neugestaltung	66
6.3	Potentielle Risiken durch die geplante Neugestaltung	69
6.4	Zusammenfassung	70
7	Überlegungen zu Maßnahmen, die über die derzeitigen Planungen hinausgehen	72
7.1	Sperre von einzelnen Seitenstraßen.....	72
7.2	Lärmschutz:.....	72
7.3	Auswahl von Bäumen	73
7.4	Sicherheitsmaßnahmen für Bewegungsfreiräume von Kindern.....	73
7.5	Langfristig: noch weitere Verlegung der Fahrbahn nach innen.....	74
7.6	Soziale Interaktionen und gerechte Nutzung bewusst fördern	74
8	Monitoring und Evaluation	74
9	Schlussfolgerungen	75
Teil 3: Projektbericht und Reflexion des Projektprozesses		76
1	Vorprojektphase.....	76
2	Projektphasen.....	77
2.1	Selektion des Themas (Screening)	77
2.2	Rahmendefinition (Scoping).....	79
2.3	Bewertungsverfahren (Appraisal) und Verfassen des HIA - Berichts	84
2.4	Dissemination des HIA –Berichts.....	85
2.5	Monitoring und Evaluierung	85
3	Schlussfolgerungen - Empfehlungen	85
Anhänge.....		87
Literaturverzeichnis		91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead (entnommen aus dem HIA Toolkit for Cities des WHO Healthy Cities Network, WHO 2005).....	19
Abbildung 2: Schritte im HIA – Prozess (aus den „Merseyside Guidelines“, Scott-Samuel 2001).....	37
Abbildung 3: Querschnitt der Ausgangssituation am Äußeren Mariahilfer Gürtel.....	55
Abbildung 4: Hauptvorschlag zur Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels	61
Abbildung 5: Überblick über potentielle Auswirkungen auf das Wohlbefinden	71
Abbildung 6: „Determinantenradar“ als Arbeitsunterlage für die Vorhabensanalyse ...	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definitionen von Health Impact Assessment	11
Tabelle 2: Bedeutung des Politikbegriffs bei Übersetzungen aus dem Englischen (nach Rosenbrock 2006):	13
Tabelle 3: Fragenliste zur Vorhabensanalyse.....	18
Tabelle 4: Einflussfaktoren auf die Gesundheit aus den „Merseyside Guidelines for HIA“ (nach Scott-Samuel 2001).....	21
Tabelle 5: Typen von Bewertungsverfahren	23
Tabelle 6: Unterscheidung von Bewertungsverfahren nach der Stakeholderbeteiligung	24
Tabelle 7: Passende Evidenz für Fragen im HIA (nach Petticrew 2004)	31
Tabelle 8: Empfohlene Inhalte eines HIA – Berichtes (nach WHO 2005).....	33
Tabelle 9: Straßenverkehr als Stressor für die anliegend wohnende Bevölkerung.....	57
Tabelle 10: Kennzahlen zur Beschreibung des Wohngebietes entlang des Äußeren Mariahilfer Gürtels im Vergleich zum Wiener Durchschnitt	63

Verzeichnis der Anhänge

Anhang 1: Kriterien für die Auswahl des Vorhabens.....	87
Anhang 2: Ergebnisprotokoll der Vorhabensanalyse der Scoping -Phase	88

Einleitung

Health Impact Assessment (HIA) ist in einigen Ländern ein bedeutendes Werkzeug der Gesundheitsförderung, das vor allem in der kommunalen Gesundheitspolitik Anwendung findet. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Städten unterschiedlicher Größe, die in unterschiedlichem Ausmaß HIA erfolgreich eingesetzt haben. In der Literatur sind die Städte Großbritanniens vornehmlich präsent, aber auch die Skandinavischen Länder, Australien und Neuseeland sind hier als internationale Vorreiter zu nennen.

Wie wenig bekannt HIA trotzdem noch ist, zeigt sich bei der Eingabe des Begriffs in Google. Es finden sich viele Bedeutungen für die Abkürzung HIA (z.B. Housing Industry Association, Helmholtz Institut Aachen, Hemo Industries Association etc.). Erst an 13. Stelle kommt der erste Link, der zu einer Website führt, die mit Health Impact Assessment zu tun hat: HIA Gateway des NHS Scotland.

Auf kommunaler Ebene setzt die WHO auf das Healthy City Project zur Verbreitung von HIA in Europa. Dementsprechend findet sich HIA neben „Healthy Urban Planning“ und „Healthy Ageing“ auch in den drei Schwerpunktthemen für die Phase IV des „Healthy Cities Network“ der World Health Organisation (WHO). Die Mitgliedsstädte, in Österreich ist das die Stadt Wien, sind von der WHO angehalten, zu diesen Themen aktiv zu werden und glaubwürdige Pläne dazu waren Zulassungsvoraussetzung für die Mitgliedschaft im Netzwerk für die Projektphase IV (WHO 2004). Diesen Plänen nachzukommen war die grundlegende Motivation für das vorliegende HIA – Projekt.

Die Förderung der Implementierung von HIA auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene ist seit einigen Jahren eine deklarierte Strategie zur Gesundheitsförderung der WHO (WHO 2008 b) und in weiterer Folge setzt auch die EU auf diese Strategie (Europäische Kommission 1999). Damit stellt sich unweigerlich auch für die Stadt Wien die Frage, in wie weit HIA für die Gesundheitspolitik ein umsetzbares Werkzeug werden kann und soll.

Ziel des ersten Teils dieser Arbeit ist eine Einführung zu HIA zu geben, da bisher noch wenig deutschsprachige Literatur verfügbar ist. Dabei soll dargestellt werden, was HIA ist, wie es sich von bereits etablierten Bewertungsverfahren unterscheidet und warum es als neues Instrument eingeführt werden soll bzw. welche Faktoren dagegen sprechen.

Im zweiten Teil wird im Sinne eines Projektberichts das Projekt dargestellt und die Phasen eines HIA am Beispiel des Bewertungsverfahrens zur Neugestaltung des Wiener Gürtels im Bereich Äußere Mariahilfer Strasse nachvollzogen. Schließlich wird im dritten Teil die Umsetzung des HIA Projekts reflektiert. Damit sollen Lernerfahrungen übertragbar gemacht werden.

Methoden

Methoden zu Teil 1:

Teil 1 - Die Einführung in das Thema Health Impact Assessment - ist eine Literaturarbeit, in der Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengefasst dargestellt sind. Die Beschäftigung mit dem Thema Health Impact Assessment wurde durch die Mitgliedschaft der Stadt Wien am WHO Healthy City Network initiiert. Die Suchstrategie zum Auffinden der relevanten Literatur fußte daher auf den Unterlagen der Auftaktkonferenz zur Phase IV des Netzwerks und den daraus ersichtlichen Quellenangaben. Auch die Unterlagen, die von der WHO auf einer mit Passwort geschützten Website (nur für die Mitgliedsstädte) zur Verfügung gestellt wurden, waren grundlegende Quellen. Diese Unterlagen wurden während der letzten Jahre vom HIA Subnetwork weiterentwickelt und werden voraussichtlich im Anschluss an die Abschlusskonferenz der Phase IV in Zagreb publiziert.

Darüber hinaus wurde eine Google – Suche mit dem Stichwort „Health Impact Assessment“ ausgeführt, die zu weiteren Dokumenten und Weblinks führte, allen voran die ausführliche Darstellung des Themas auf den Webseiten der WHO.

Methoden zu Teil 2 und Teil 3:

Teil 2 und 3 Beschreiben die Umsetzung des Pilotprojekts zum HIA in Wien. Dabei kamen die in Teil 1 beschriebenen Instrumente zur Anwendung. Weitere Angaben zur Methodik im Pilotprojekt finden sich in Teil 2, Kapitel 2 und in Teil 3 bei den jeweiligen Projektphasen beschrieben.

Teil 1: Einführung in die Prozesse und Methoden des Health Impact Assessments

1 Was ist ein Health Impact Assessment?

HIA kann vielfältig eingesetzt werden und ist im Vergleich zu anderen Bewertungsverfahren noch relativ jung. Dementsprechend gibt es auch viele unterschiedliche Definitionen des Begriffs (Tabelle 1), die aber nur auf den ersten Blick wenig einheitlich sind und viele gemeinsame Aussagen haben.

Tabelle 1: Definitionen von Health Impact Assessment

Beispiele für Definitionen von Health Impact Assessment (nach Krieger et al., 2003, ergänzt durch den Autor)	
Definition	Quelle
<p><i>„Health impact assessment is a means of evidence based policy making for improvement in health. It is a combination of methods whose aim is to assess the health consequences to a population of a policy, project, or programme that does not necessarily have health as its primary objective.“</i></p> <p><i>„Health impact assessment is a structured method for assessing and improving the health consequences of projects and policies in the non-health sector“</i></p>	Lock (2000)
<p><i>„HIA can best be described as a decision-making tool, one that is designed to take account of the wide range of potential effects that a given proposal may have on the health of its target population. Thus, it is a process that:</i></p> <p><i>considers the scientific evidence about the relationships between a proposed policy, programme or project and the health of a population;</i></p> <p><i>takes account of the opinions, experience and expectations of those who may be affected by a proposed policy decision;</i></p> <p><i>highlights and analyses the potential health impact of the proposed policy decision;</i></p> <p><i>enables decision makers to make fully informed decisions and to maximise positive and minimise negative health impacts; and,</i></p> <p><i>enables consideration of effects on health inequalities.“</i></p>	UK National Health Service (2001)
<p><i>HIA is “the estimation of the effects of a specified action on the health of a defined population”</i></p>	Scott-Samuel (1998)
<p><i>„HIA is a developing approach that can help to identify and consider the potential—or actual—health impacts of a proposal on a population. Its primary output is a set of evidence-based recommendations geared to informing the decision making process.“</i></p>	Taylor and Quigley (2002)

<p><i>„HIA is an approach that can help identify and consider the health and inequalities impacts of a proposal on a given population. The usual starting point for an HIA is a proposal (policy, programme, strategy, plan, project or other development) that has not yet been implemented. Its primary output is a set of evidence-based recommendations geared to informing the decision-making process associated with the proposal.“</i></p>	<p>UK National Health Service, Health Development Agency (2004)</p>
<p><i>HIA ... „offers a route to understanding the potential health risks and benefits entailed in any proposal – and doing so in a rigorous fashion. At the same time, health impact assessment is nothing if not adaptable. It is designed to be sufficiently flexible to match both the resources and the responsibilities of decision-makers.“</i></p>	<p>UK National Health Service, Health Executive London, (2000)</p>
<p><i>HIA “is a combination of procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population (Gothenburg Consensus Paper)”</i></p>	<p>WHO, Regional Office for Europe (1999)</p>

Es bestehen sicher darüber hinaus noch weitere Definitionen von HIA. Im allgemeinen stimmen die Autoren überein, dass

- das Ziel die maximale Verbesserung der Gesundheit bei minimalen Verschlechterungen ist, auch wenn der Gegenstand der Untersuchung Gesundheit nicht zum primären Ziel hat,
- ein multidisziplinärer, intersektoraler und partizipativer Ansatz unter Berücksichtigung von gesundheitlicher Ungleichheit wichtig ist,
- sowohl qualitative (sozialwissenschaftliche) als auch quantitative (biomedizinische) Evidenz einbezogen werden soll,
- HIA auf Grundwerten basiert, die auch gleichzeitig die Brücke zur Politik herstellen sollen: Demokratie, Gerechtigkeit, Gleichberechtigung aller Beteiligten, nachhaltige Entwicklung und ethischer Einsatz von Evidenz (WHO 1999).
- HIA ständig adaptiert und weiterentwickelt werden muss (Mindell 2003).

Die am gebräuchlichste Definition von HIA (Kemmer 2007) findet sich im Gothenburg Consensus Paper (WHO 1999). Frei übersetzt lautet diese Definition:

„HIA ist eine Kombination von Prozessen, Methoden und Instrumenten, mit der Politiken, Programme oder Projekte im Hinblick auf ihre potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung, sowie die Verteilung dieser Auswirkungen beurteilt werden können.“

Eine Anmerkung zur Verwendung des Begriffs „Politiken“ in der Übersetzung erscheint angebracht: Der englische Begriff „policy“ ist im Kontext mit weiteren Begriffen zu sehen (politics und politiy) die im Deutschen alle mit „Politik“ bezeichnet werden können (Rosenbrock 2006). In Tabelle 2 wird dieser Zusammenhang erläutert.

Tabelle 2: Bedeutung des Politikbegriffs bei Übersetzungen aus dem Englischen (nach Rosenbrock 2006):

Dimension der Politik	Englische Bezeichnung	Merkmal
Ergebnisse	policy	Inhalte der Politik: Maßnahmen, Programme, Strategien etc.
Prozesse	politics	Prozesse, mit denen policy beschlossen wird
Strukturen	polity	Regeln, die dem Prozess zu Grunde liegen (Gremien, Institutionen, Staatskonstruktion ...)

Der Begriff Politiken meint in der Definition von HIA die „Ergebnisdimension“ der Politik. Im engeren Sinn (im Unterschied zu den ebenfalls in der Definition verwendeten Begriffe „Programme“ und „Projekte“) werden dabei Politiken im Sinn von strategischen Plänen oder politischen Programmen angesprochen, weshalb „Policy“ auch manchmal mit „strategische Planungen“ übersetzt wird. Programme und Projekte sind in dem Fall in einem weniger direkten Zusammenhang mit politischen Entscheidungen zu sehen; sie finden im Rahmen von Politiken statt. In diesem Sinn wird der Begriff Politik(en) auch in der vorliegenden Arbeit weiterhin verwendet.

Die bedeutsamste Aussage der HIA Definition ist nach Erica Ison, der HIA – Beauftragen der WHO im Healthy City Project „to be judged“, also „beurteilt werden“. HIA ist demnach nicht nur ein Auflisten von Evidenz, sondern letztlich auch die Formulierung einer Beurteilung. Weiter bedeutsam ist die Intersektoralität; das heißt, die explizite Anwendung von Gesundheitsparametern auf Vorhaben, die bisher nicht oder wenig mit Gesundheit in Verbindung gebracht wurden und die Verbesserung der Gesundheit nicht zum eigentlichen Ziel haben (Ison 2004 a).

Für den Begriff HIA gibt es im Deutschen keine eindeutige Übersetzung. In Anlehnung an die Umweltverträglichkeitsprüfung wird HIA auch als „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ bezeichnen. Damit lässt sich rasch kommunizieren, was HIA sein könnte. Andererseits werden auch falsche Assoziationen geweckt, da sich HIA in vielen Bereichen (z.B. bisherige Entwicklung als Instrument, Perspektive auf Gesundheit, zu Grunde liegende Konzepte, Ziele) von UVP doch wesentlich unterscheidet (Sprenger 2005). HIA kann vielfältiger eingesetzt werden und bezieht sich explizit auf ein weites Gesundheitsverständnis im Sinne der Ottawa Charta und der Gesundheitsdeterminanten. HIA hat vor allem den Zweck, Planungen

dahingehend zu beeinflussen, dass in Summe möglichst Gesundheitspotentiale geschaffen werden und soll sich nicht auf das Aufzeigen und Minimieren von Gefahren aus der (vorwiegend physisch definierten) Umwelt beschränken. Daher wird im Folgenden die englische Bezeichnung HIA verwendet.

2 Typen von HIA

HIA kann als Konzept, als Prozess oder als Werkzeug verstanden werden. Darüber hinaus kann es prinzipiell an drei Stadien von Prozessen, Programmen oder Projekten durchgeführt werden: im Vorhinein (prospektive), begleitend (concurrent) oder nach Abschluss des Projekts (retrospektive). Obwohl begleitende und retrospektive HIA nicht mit Evaluation gleichzusetzen sind, haben sie evaluierenden Charakter (University of Birmingham 2003). Im Folgenden ist jedoch vornehmlich der prospektive Zugang zu HIA gemeint, der als Instrument der politischen Entscheidungsfindung oder in Anlehnung an die Umweltverträglichkeitsprüfung als verpflichtender Schritt vor dem Beginn größerer Vorhaben verwendet werden kann.

3 Welche Prozesse und Methoden stehen hinter dem Begriff HIA?

Was die Prozesse im HIA betrifft gibt es eine allgemein akzeptierte Standard – Abfolge (Phasen des HIA), an die sich die Umsetzenden eines HIA halten sollen (WHO 1999, University of Birmingham 2003, UK National Health Service 2002, Mindell 2003). Die Zuordnung der Phasen und Bezeichnungen unterscheiden sich zwischen den Autoren, wobei die Abfolge der einzelnen Schritte im Wesentlichen dieselbe ist.

Für die vorliegende Arbeit wurde die Einteilung gewählt, wie sie von der WHO im „HIA Toolkit for Cities“ vorgeschlagen wird (WHO 2005). Die Standardabfolge gliedert sich demnach in die folgenden Phasen:

1. Screening: Auswahl eines Vorhabens (Politik, Programm, Projekt)
2. Scoping: Definition der Rahmenbedingungen und Projektplanung
3. Appraisal: Das eigentliche Bewertungsverfahren
4. Reporting: Das Verfassen eine HIA -Reports
5. Dissemination: Die Präsentation und / oder Veröffentlichung des HIA -Reports
6. Monitoring und Evaluation

Meistens werden bei der Einteilung eines HIA fünf Phasen genannt: manche Autoren fassen „Appraisal“ und „Reporting“ zusammen, andere wiederum „Reporting“ und „Dissemination“. Das bringt zum Ausdruck, dass diese Phasen ineinander übergehen. Die getrennte Erwähnung wurde hier vorgezogen, damit die Bedeutung von Reporting und Dissemination explizit betont wird, da in diesen Phasen viel Potential für den Erfolg im Sinne der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung liegt.

Auch wenn die Phasen eines HIA einheitlich sein sollen, müssen die Methoden und Prozesse an die jeweiligen Umstände angepasst werden. Auf diese Weise gleicht kein HIA dem anderen und eine direkte Übertragbarkeit von Ergebnissen muss genau geprüft werden.

Im Folgenden werden die Phasen von HIA beschrieben.

3.1 Auswahl eines Vorhabens (Screening)

bedeutet systematische Vorauswahl geeigneter Objekte (engl. screening = aussieben, durchleuchten). Es kann nicht für jedes Projekt, Programm, politische Strategie etc. der Prozess eines HIA durchgeführt werden. Wenn jedoch Effekte auf die Gesundheit zu erwarten sind, sollten diese in der weiteren Planung von Vorhaben berücksichtigt werden. Basis für diese Vorauswahl sind Expertenmeinungen und Daten, die bereits vorliegen. Screening kann auch ein definierter Routineprozess sein, der z.B. durch eine gesetzliche Regelung definiert wird. Beispiel für diese Vorgehensweise ist das Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz 2000 (UVP 2000), das auf einer EU – Richtlinie zur Umweltverträglichkeitsprüfung (EU 1997) beruht.

Im Screening werden geplante Vorhaben (z.B. Projekte, Strategische Pläne, Programme, Gesetzesentwürfe) in einem raschen Verfahren auf folgende Dimensionen geprüft (modifiziert nach WHO 2005):

1. Bedeutsamkeit des Vorhabens
 - Wie groß ist der finanzielle Umfang?
 - Politische Bedeutung, Aktualität und Priorität?
 - Einstellung der Betroffenen (ablehnend, neutral, begrüßend)?
 - Welche Partner und Organisationen haben Interessen?
 - Werden Gesundheitswesen oder staatliche Verwaltungseinrichtungen betroffen sein?
2. Beschaffenheit der Effekte auf die Gesundheit

- Wie viele und welche Bevölkerungsgruppen sind von Auswirkungen betroffen?
 - Wie sind die Effekte bezüglich Häufigkeit, Regelmäßigkeit, regionaler Ausdehnung, der Art des Auftretens, Langfristigkeit, Wechselwirksamkeit, kumulativen Wirkungen einzuschätzen?
3. Einfluss auf Gesundheitsdeterminanten
 - Auf welche Gesundheitsdeterminanten sind Effekte zu erwarten?
 4. Ressourcen und Umsetzungsvermögen der Organisation, die HIA umsetzen oder beauftragen soll

Obwohl einige Screening – Checklisten verfügbar sind (wenn auch nicht in deutscher Sprache) ist es ratsam eine eigene Checkliste angepasst an die jeweiligen Bedürfnisse zu entwickeln. Die oben genannten Punkte sind dabei als Anregung gedacht.

Das Screening hat prinzipiell drei mögliche Ergebnisse:

- a) Es sind keine nennenswerten Effekte auf die Gesundheit zu erwarten.
- b) Die Effekte auf die Gesundheit, welche Bevölkerungsgruppen sie in welchem Ausmaß treffen und wie wir die Effekte beeinflussen können, sind bekannt.
- c) Es besteht noch Klärungsbedarf (und vermutlich sind nennenswerte Effekte auf die Gesundheit zu erwarten).

Das letzte Ergebnis („Es besteht noch Klärungsbedarf“) sollte dazu führen, dass in der Folge ein HIA – Prozess eingeleitet wird. In der Regel ist von einem HIA abzuraten, wenn das Screening die Antworten a) oder b) ergibt. Partizipationsprozesse in einem anderen Rahmen als HIA sind in diesen Fällen oft trotzdem empfehlenswert.

3.2 Scoping

Unter Scoping wird einerseits das Abgrenzen des Anwendungsbereiches (*engl.* scope = Abgrenzung, Bereich, Reichweite, Spielraum, Umfang) verstanden und andererseits das „Aufsetzen“ des HIA – Prozesses.

HIA wird als eigenes Projekt verstanden, das mit eigenen Ressourcen, einer Organisationsstruktur (Projektleitung, Steuerungsgruppe, Arbeitsgruppe etc.) und einem Konzept (Ziele, Parameter, Definition der integrierten „Stakeholder“, Arbeitsprogramm etc.) versehen werden muss. Mit der Entscheidung ein HIA zu einem spezifischen Vorhaben umzusetzen, beginnt dieser Projektcharakter, dem gleich zu

Beginn mit der Formierung einer Steuergruppe Rechnung getragen wird (Scott-Samuel 2001). Die Aufgabe der Steuergruppe im Scoping liegt in der Formulierung des Auftrags (terms of reference). Dieser Auftrag soll festlegen:

- Umsetzungsverantwortung für das HIA
- Der Rahmen für die Umsetzung des HIA:
 - Ausführende(r) des Appraisals,
 - Zeitlimits,
 - Methoden,
 - Zielgruppe des HIA – Reports
- Der Rahmen für die Maßnahmen der Nachhaltigkeit: Zuständigkeiten und Umsetzung von Evaluierung und Monitoring.

Zur Einschätzung des Vorhabens wird im ersten Schritt ein genauerer Blick auf das Vorhaben geworfen. Zur Unterstützung dabei bieten sich Checklisten wie zum Beispiel die Checkliste aus dem HIA - Toolkit für die Mitgliedsstädte des WHO Healthy Cities Projects (WHO 2005) an (siehe Tabelle 3). Manche Informationen sollten aus dem Screening schon bekannt sein, können hier aber noch gründlicher betrachtet werden. Im Gegensatz zum Screening, wo die Frage nach der Eignung eines Vorhabens für HIA im Vordergrund steht, sind es bei der Vorhabensanalyse die Fragen:

- Welche Informationen werden benötigt, um das Vorhaben zu beurteilen?
- Wie bedeutsam ist das zu beurteilende Projekt (hinsichtlich potentieller Auswirkung auf die Gesundheit oder auch politische Bedeutsamkeit)

Im Unterschied dazu wird die Analyse in der Bewertungsphase auf die Beurteilung der Auswirkungen fokussiert sein.

Tabelle 3: Fragenliste zur Vorhabensanalyse

Fragenliste zur Vorhabensanalyse in der Scoping Phase (nach WHO 2005)
1. Was sind die hauptsächlichen Outputs (Produkte), Deliverables (Ergebnisse) und / oder Outcomes (Resultate, Folgen) des Vorhabens
2. Der Entscheidungsprozess: wie wird die Entscheidung getroffen, mit welchem Zeitplan, von welchen Personen, welche Chance gibt es die Entscheidung mit dem HIA zu beeinflussen?
3. Komponenten des Vorhabens, die in der Bewertungsphase näher untersucht werden müssen
4. Welche Aspekte des Vorhabens sind unveränderlich bzw. nicht verhandelbar?
5. Welche Optionen und Alternativen sollen in der Bewertungsphase untersucht werden?
6. Sind andere Bewertungsverfahren in Überschneidung mit HIA im Einsatz?
7. Welche Bevölkerungsgruppen (Communities) sind im Falle der Umsetzung des Vorhabens betroffen?
8. Was sind darin benachteiligte oder gesundheitlich gefährdete Gruppen ?
9. Welche Region ist betroffen?
10. Wer sind die Stakeholder?
11. Wer sind die Hauptinformanten für die Fakten im Bewertungsverfahren?
12. Welche Gesundheitsdeterminanten werden wahrscheinlich durch das Vorhaben beeinflusst?
13. Welche relevanten potentiellen Einflüsse auf die Gesundheit sind zu Beginn des HIA im Blickfeld?

Da der Begriff Gesundheitsdeterminanten nach wie vor nicht selbstverständlich verwendet werden kann, lohnt es sich, für die Beantwortung der Frage 12 ein begleitendes Instrument einzusetzen, um die Bedeutung des Begriffs zu veranschaulichen. Oft findet die Darstellung der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead Anwendung.

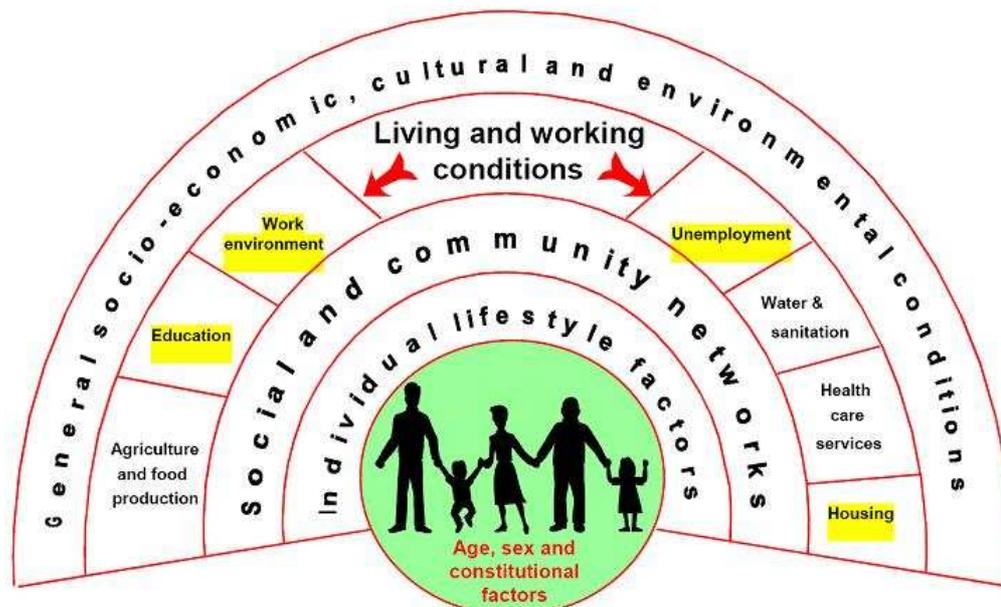


Abbildung 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead (entnommen aus dem HIA Toolkit for Cities des WHO Healthy Cities Network, WHO 2005).

Mit dieser Darstellung wird offensichtlich, dass es mehrere „Schichten“ (Einflussebenen) der Gesundheitseinflüsse gibt und dass sie voneinander abhängen bzw. sich von außen nach innen auch gegenseitig bedingen. Es lässt sich anhand dieses Modells rasch erklären, dass der weit verbreitete Lebensstilansatz zu kurz greift und weitgehend unwirksam bleiben muss, wenn die Einflussfaktoren auf die Lebensstile - die äußeren „Schichten“ unverändert bleiben (Naidoo J, Wills J 2003). Angepasst wurde die Darstellung für die Anwendung im HIA durch Betonung der sozialen Determinanten durch gelbe Markierung. Die Hervorhebung bringt einen für die Anwendung von HIA auf kommunaler Ebene gewünschten Fokus auf die sozialen Determinanten der Gesundheit, da sich die andere Determinanten auf dieser Ebene weniger gut beeinflussen lassen und die Umwelteinflüsse oft in der UVP ausreichend Berücksichtigung finden (Ison 2004 a).

In den „Merseyside Guidelines for HIA“ wird der Begriff Gesundheitsdeterminanten anhand einer Tabelle eingeführt (siehe Tabelle 4). Der Schichtaufbau (die wechselseitige Beeinflussung der Determinanten) kommt dabei nicht zur Geltung, aber die einzelnen Determinanten werden genauer kommentiert. Diese Tabelle (oder Teile davon) kann als Instrument zur Erarbeitung der Auswirkungen eines Vorhabens auf die Gesundheitsdeterminanten eingesetzt werden. Sie dient als Vorlage zur Erstellung einer detaillierten Liste von relevanten Einflussfaktoren (Scott-Samuel 2001).

**Tabelle 4: Einflussfaktoren auf die Gesundheit aus den „Merseyside Guidelines for HIA“
(nach Scott-Samuel 2001)**

Kategorie	Beispiele für spezifische Determinanten
Biologische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht, Alter, Genetische Faktoren
Persönliche und familiäre Verhältnisse, Lebensstile	<ul style="list-style-type: none"> • Familiäre Struktur und Funktionalität, • Bildung (Pflichtschul- bis Erwachsenenbildung) • Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit, • Verhalten: Risikobereitschaft, Ernährung, Bewegung, Art der Mobilität, Suchtmittelgebrauch, Freizeitgestaltung
Soziale Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur und Bildungsgrad • Sozialer Zusammenhalt: (Peer Gruppendruck, Nachbarschaftliche Beziehungen, Soziale Netzwerke, Isolation) • Möglichkeiten der Beteiligung an Gemeinschaftsprozessen (politisch, kulturell, spirituell ...)
Physische Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Umwelthygiene (Wasser, Luft, Lärm, Geruch, Verkehr, Müllmanagement, Verschmutzung) • Umgebungsbedingungen (Wohnverhältnisse, Architektur, Arbeitsplatzbeschaffenheit, visuelle Gefälligkeit der Umgebung, Sicherheit, Geschäftslokale – Distanz, Qualität und Auswahl, Verkehrsanbindungen, Energieversorgung ...)
Öffentliche Einrichtungen	<p>Verfügbarkeit und Qualität von (staatlichen oder nichtstaatlichen) Einrichtungen der</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsversorgung, • Kinderbetreuung und Bildung, • Arbeitsplätzen und Arbeitsmarkt - Serviceeinrichtungen, • Fürsorgeleistungen, • Sozialeinrichtungen und Beratungsstellen, • Wohnungen, • öffentlichen Verkehrsmitteln • ...
Politische Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschafts-, Sozial-, Umwelt-, und Gesundheitstrends • Nationale und Regionale politische Prioritäten, Programme, Projekte

Im zweiten Schritt („Abgrenzen“) muss geklärt werden, welche Ressourcen (finanziell, personell, zeitlich) zur Verfügung stehen.

Anhand der in Schritt Eins und Zwei getroffenen Einschätzungen lässt sich entscheiden, welche Bewertungsmethoden (näheres dazu im nächsten Kapitel) gewählt werden; diese Entscheidung ist Grundlage für weitere Planungen.

Im dritten Schritt in der Scoping – Phase wird das HIA als Projekt geplant („Aufsetzen“ des HIA). Über die Ziele und „Terms of Reference“ sollten sich alle Beteiligten einig sein. Nach Abschluss dieser Aufgaben sollte ein Bericht an die Auftraggeber (= Entscheidungsträger) gemacht werden und den Beteiligten ein Feedback gegeben werden (Scott-Samuel 2001)

3.3 Bewertungsverfahren (Appraisal)

Im Bewertungsverfahren werden potentielle (nützliche und schädliche) Effekte des Vorhabens auf die Gesundheit identifiziert und sowohl qualitativ als auch quantitativ bewertet (Mindell 2004). Je nachdem welche Methoden dabei zur Anwendung kommen, kann man unterschiedliche Typen von Bewertungsverfahren unterscheiden.

3.3.1 Typen von Bewertungsverfahren

Nach der Gründlichkeit der Durchführung kann zwischen „rapid appraisal“ (Schnellbewertung) und „comprehensive appraisal“ (umfassende Bewertung) unterschieden werden. Die Unterscheidung besteht dabei darin, ob auf vorhandene Evidenz zurückgegriffen wird, oder ob neue Evidenz geschaffen wird. Dabei gibt es vor allem bei den Schnellbewertungen noch mehrere Untertypen, die je nach Autor unterschiedlich gruppiert und benannt werden. Die Charakteristik und Benennung (die Alternativbezeichnungen werden in Klammern angegeben) dieser unterschiedlichen Typen werden in Tabelle 5 zusammenfassend beschrieben.

Tabelle 5: Typen von Bewertungsverfahren

Typen von Bewertungsverfahren (zusammengefasst nach WHO 1999, WHO 2005, University of Birmingham 2003, UK National Health Service 2002, Mindell 2003, Mindell 2004)	
Benennungen	Charakteristik
„Rapid Appraisals“	<p>Desktop Appraisal</p> <ul style="list-style-type: none"> • rascheste Methode, meist von einzelner Person in wenigen Arbeitsstunden oder Tagen abgeschlossen • dient oft einer Vorerhebung bzw. generiert Informationen für Entscheidungsträger • ähnlich wie Screening, dient aber nicht der Entscheidung, ob ein HIA gemacht wird oder nicht, sondern der Abschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen – das bedeutet, dass alle Stadien von HIA ausgeführt werden
	<p>Mini HIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ähnlich wie „Desktop Appraisal“ • zusätzlich: ausführlichere Verwendung von Evidenz, die bereits vorliegt oder leicht erreichbar ist • Keine systematische Einbeziehung von Stakeholdern oder Betroffenen, aber punktuell möglich (z.B. einzelne Interviews)
	<p>Rapid Appraisal</p> <ul style="list-style-type: none"> • relativ rasch und wenig kostspielig • Verwendung von Information, die bereits vorliegt oder leicht erreichbar ist • Zentrales Element ist ein Workshop mit sorgfältiger Vorbereitung und Auswahl der Teilnehmer (ist oft arbeitsintensiv) • Je nach Planung des Workshops kommt es zu mehr oder weniger Partizipation von Stakeholdern und/oder Betroffenen
„Comprehensive Appraisals“	<p>Comprehensive Appraisal (“Maxi – HIA”, „Health Impact Analysis“)</p> <ul style="list-style-type: none"> • größerer Zeit- und Geldaufwand • Gründliche Recherche der Fakten und inklusive Generierung neuer Evidenz (je nach Thema: Bevölkerungsbefragung, durchführen von Studien ...) • Längerer Prozess in Arbeitsgruppen und Partizipationsprozesse • Beinhaltet ein systematisches Review zum Thema
	<p>Health Impact Review</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der Literatur mit einer begründeten Bewertung der wichtigsten Auswirkungen • Erarbeitung mit längerem Prozess in Arbeitsgruppen • Kommt zur Anwendung, wenn Komplexität und Breite des Vorhabens keine Health Impact Analysis wegen zu vieler Details möglich macht

Darüber hinaus können die Bewertungsverfahren auch in Partizipativ (breite Beteiligung von Stakeholdern¹) und Nicht-Partizipativ (keine oder nur vereinzelte Beteiligung von Stakeholdern) unterschieden werden (Ison 2004 b).

Tabelle 6: Unterscheidung von Bewertungsverfahren nach der Stakeholderbeteiligung

Verfahrenstypen	Stakeholderbeteiligung
Desktop Appraisal	Nicht partizipativ
Mini - HIA	Nicht partizipativ
Rapid Appraisal	Partizipativ oder nicht partizipativ
Comprehensive Appraisal	Jedenfalls partizipativ
Health Impact Review	Partizipativ oder nicht partizipativ

3.3.2 Auswahl des Bewertungsverfahrens

Welches Verfahren zur Anwendung kommt liegt an den verfügbaren Ressourcen und an der Beschaffenheit des Untersuchungsgegenstands (Mindell 2004). Die Wahl des richtigen Bewertungsverfahrens fällt in der Scoping - Phase und auch die dafür notwendigen Informationen, werden dort gesammelt. Folgende Überlegungen sind hilfreich, um in der Scoping - Phase die Auswahl des richtigen Bewertungsverfahrens treffen zu können:

- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung (Geld, Personal, Expertenwissen, Strukturen für Beteiligungsverfahren)?

Bei der Beurteilung von Projekten werden auch die Gesamtkosten für das Projekts mit entscheidend sein, da ein teures Bewertungsverfahren wahrscheinlich nur für ein noch viel teureres Projekt in Frage kommt. Eine ähnliche Beziehung lässt sich für Strategien und Programme herstellen, nur dass es hier um die von der Strategie beeinflussten Geldströme geht.

¹ Die Qualitätsmanagementnorm ISO 10006 definiert den Begriff Stakeholder als „*alle Personen, die ein Interesse am Projekt haben oder von ihm in irgendeiner Weise betroffen sind*“. Es gibt aktive (Mitwirkende bzw. direkt Betroffene) und passive (indirekt Betroffene z.B. Interessensverbände) Stakeholder. (Quelle: wikipedia.de)

- Wie komplex sind die Zusammenhänge und sind die Fakten verfügbar?
Liegen ausreichende Literaturreviews vor, die ein klares Bild der Zusammenhänge zwischen dem Vorhaben und gesundheitsrelevanten Ergebnissen ermöglichen, kann eher auf ein weniger aufwändiges Verfahren zurückgegriffen werden, ohne Qualität einzubüßen. Mit anderen Worten: liegt ausreichend Evidenz aus der Literatur vor, ist der Aufwand für ein Comprehensive Appraisal in der Regel nicht zu rechtfertigen. Trotzdem ist auch in diesem Fall darauf zu achten, dass die Stakeholderbeteiligung nicht zu kurz kommt.
- Sind gravierende Auswirkungen zu erwarten?
Wenn wenig bis keine Auswirkung auf die Gesundheit zu erwarten ist, sollte das in der Screening – Phase auffallen und die Umsetzung eines HIA ist dann in Frage zu stellen. Sind die Auswirkungen auf den ersten Blick nicht gut abschätzbar, aber es werden keine gravierenden Auswirkungen erwartet, dann empfiehlt sich ein wenig aufwändiges Verfahren.
- Wie groß ist die betroffene Bevölkerungsgruppe und wer sind die Betroffenen?
Ist die Bevölkerungsgruppe, die von den Auswirkungen des Vorhabens betroffen sein wird, sehr groß, können (auf individueller Ebene betrachtet) kleine Gesundheitseinflüsse in Summe ein aufwändiges Verfahren rechtfertigen, da Folgeerscheinungen (positiv oder negativ) dann trotzdem potentiell eine große Häufigkeit erreichen können. Wenn von etwaigen negativen Einflüssen insbesondere schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen betroffen sind, lohnt sich auch eher eine genauere Analyse, als wenn sich die Effekte gleichmäßiger verteilen.
- Wie bedeutend ist das Vorhaben (politisch, ökonomisch, strategisch)?
Auch wenn wenig gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit zu erwarten sind, könnte aufgrund der sonstigen Bedeutung ein aufwändiges Bewertungsverfahren gerechtfertigt sein, z.B. wenn die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit groß, das Thema ethisch heikel, oder eine Vorbildwirkung auf andere Vorhaben gegeben ist.

Aus Ressourcengründen werden in der Praxis überwiegen die Typen „Desktop“, „Mini“ oder „Rapid“ durchgeführt, wobei zu beachten ist, dass der letztere Typ überraschend aufwändig sein kann, wenn er partizipativ angelegt ist. Zu berücksichtigen ist auch, dass man sich hauptsächlich in der Bewertungsphase Zeit erspart, da die anderen Phasen nicht viel weniger aufwändig sind, als bei einem Comprehensive Appraisal (Ison 2004 b).

3.3.3 Ausrichtung des Bewertungsverfahrens

Betrachtungen, die in einem HIA zu einem bestimmten Vorhaben angestellt werden, reichen weit über die „üblichen“ Faktoren des Zusammenhangs zwischen physischer Umwelt, individuellem Lebensstil und Gesundheit hinaus. Dieser sogenannte biomedizinische (oder auch „enge“ oder „pathogenetische“) Gesundheitsbegriff, der sich vorwiegend auf die Reduktion individueller Gesundheitsrisiken konzentriert, hat den Vorteil, dass als Ergebnis oft konkrete Aussagen getroffen werden können, da diese Themenfelder gut erforscht sind und quantitative Aussagen zulassen. Ein HIA, das sich auf diesen Zugang gründet, würde im Englischen als „Risk Assessment“ bezeichnet werden, was in etwa der deutschen Bezeichnung „Verträglichkeitsprüfung“ entspricht. Diese Herangehensweise impliziert tendenziell, dass Gesundheitsdeterminanten und positive Auswirkungen auf die Gesundheit wenig Beachtung finden (Mindell 2004).

Selbstverständlich sind unsere physische Umwelt und der individuelle Lebensstil von großer Bedeutung für Gesundheit und langes Leben. Letztlich führt die Reduktion der Diskussion über Gesundheit auf diese beiden Bereiche jedoch zu blinden Flecken bei den sozialen Determinanten von Gesundheit und damit zu politischen Strategien, Programmen und Projekten, die zwei wesentliche Tatsachen unberücksichtigt lassen:

1. Der wichtigste Unterschied zwischen Gesunden und Kranken Gesellschaften ist der Grad an Gleichheit bzw. Ungleichheit, dem die Individuen dieser Gesellschaft ausgesetzt sind (Wilkinson 2001, Marmot 2004). Demnach sind Einflüsse auf die Ressourcenverteilung innerhalb einer Gesellschaft von großer Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung dieser Gesellschaft.
2. Die sozialen Umstände, in denen Menschen leben, haben von allen Gesundheitsdeterminanten den größten Einfluss auf die Gesundheit (WHO 2005b, Siegrist 2008).

Dieser Diskurs über die „Anschauung“ zum Thema Gesundheit mag theoretisch klingen, ist aber von fundamentaler Bedeutung für die Ergebnisse des HIA. Grundlage für gesundheitliche Aussagen in HIAs ist eine umfassende Gesundheitsperspektive, die auch soziale und sozioökonomische Faktoren, sowie die Verteilung der Gesundheitschancen in einer Bevölkerung berücksichtigt oder sich auf diese sogar fokussiert. Dieses Verständnis von Gesundheit wurde bereits in der WHO Ottawa-

Charta von 1986 geprägt: „Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. ... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“ (WHO 2006b).

Gerade weil die Auffassung, dass Gesundheit vornehmlich von Faktoren wie Luftqualität, Ernährung und Bewegung bestimmt wird, weit verbreitet ist, betont HIA die sozialen Determinanten der Gesundheit. Darin liegt ein entscheidender Mehrwert des Instruments HIA. Dem entsprechend werden im „Gothenburg Consensus Paper“ (WHO 1999) folgende Grundwerte als „*besonders bedeutsam für HIA*“ beschrieben:

1. Demokratie (steht für das Recht von Betroffenen eines Vorhabens, an transparenten Entscheidungsprozessen zu partizipieren – direkt und indirekt durch gewählte politische Entscheidungsträger),
2. Gleichheit / Gerechtigkeit (steht für das besondere Interesse von HIA an der Verteilung von Auswirkung auf benachteiligte Gruppen der Bevölkerung und nicht nur an der Auswirkung selbst),
3. Nachhaltige Entwicklung (steht für die Berücksichtigung von direkten und indirekten, sowie kurz- und langfristig wirksamen Folgen eines Vorhabens),
4. Ethischer Einsatz von Evidenz (steht für den Auftrag, eine möglichst umfassende Beurteilung der Auswirkungen eines Vorhabens durch gewissenhafte Einbeziehung von quantitativen und qualitativen Forschungsergebnissen unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen).

Im Zusammenhang mit diesen Grundwerten ist auch die Bedeutung zu sehen, die der Partizipation von Betroffenen am HIA – Prozess beigemessen wird. Der Nutzen von Partizipationsprozessen für das HIA liegt einerseits darin, dass Betroffene „Experten“ für ihr Umfeld sind und daher können sie am besten beurteilen, wie sich ein Vorhaben in diesem Umfeld auswirken wird. Andererseits können die partizipativen Prozesse konfliktlösend eingesetzt werden, wenn Entscheidungen umstritten sind. Betroffenen wird auch das Recht zugesprochen, bei Entscheidungen, die auf sie einwirken, mitwirken zu können und die Entstehung der Entscheidung nachvollziehen zu können. Partizipationsprozesse erzeugen auch mehr Verständnis für jene Gegebenheiten, die ihre Gesundheit beeinflussen und steigern die Beeinflussbarkeit derselben. Beteiligungsprozesse haben demnach großen potentiellen Nutzen, sind aber auch mit

problematischen Aspekten versehen. Unter diesen ist die Auswahl der Repräsentanten zu nennen, die immer damit verbunden ist, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleich gut vertreten sind bzw. die Interessen der Repräsentanten eventuell im Vordergrund stehen. Je größer der Betroffenenkreis, desto schwieriger ist eine faire Einbeziehung. Daher ist Partizipation auf regionaler Ebene leichter zu organisieren als auf überregionaler oder nationaler Ebene (Kemmer 2007).

Gesundheitsdeterminanten verweisen oft auf komplexe Zusammenhänge und sind meist miteinander in Wechselwirkung. Ein bestimmter Lebensstil wird meist von sozialen Umständen unterstützt oder sogar verursacht und diese wiederum werden von weiteren Determinanten (z.B. politische und ökonomische Lage oder Verfügbarkeit von Arbeit) beeinflusst. Der sozioökonomische Status von Personen oder Gruppen ist eine der wichtigsten Gesundheitsdeterminanten. Der Status entfaltet direkte, aber auch indirekte Wirkung, weil dieselben Gruppen meist auch einer höheren Umwelt- und Arbeitsbelastung ausgesetzt sind und demnach trägt er in doppelter Weise zur Ungleichverteilung von Gesundheitschancen bei (Wismar 2007).

Die Ausrichtung von HIA auf einen umfassenden Gesundheitsbegriff, die Berücksichtigung von Auswirkungen auf sozialen Status und Chancengerechtigkeit, und (soweit möglich) Partizipation der Betroffenen sind also essentielle Bestandteile von HIA, auch wenn damit der Nachteil verbunden ist, dass die getätigten Aussagen über Gesundheitsdeterminanten oft komplex und schwer kommunizierbar sind.

3.3.4 Ausführung des Bewertungsverfahrens

Für die Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen eines Vorhabens sind notwendig:

- 1) Informationen zu den genauen Inhalten des Vorhabens sowie zu den Eigenschaften des betroffenen Gebiets bzw. der betroffenen Bevölkerung.
- 2) Vorliegen der im Rahmen der Möglichkeiten zur Verfügung stehenden Evidenz
 - zu den potentiellen Auswirkungen des Vorhabens und seine Folgen für die Gesundheit der betroffenen Bevölkerung sowie
 - zu Vorschlägen zur Verbesserung des Vorhabens im Sinne der Optimierung des gesundheitlichen Nutzens bzw. der Reduktion von gesundheitsschädlichen Auswirkungen (WHO 2005).

Im Bewertungsverfahren werden daher folgende Aufgaben ausgeführt:

1. Intensive Vorhabensanalyse
2. Erstellen eines Gesundheitsprofils der Bevölkerung
3. Identifizierung und Bewertung potentieller Auswirkungen auf die Gesundheit
4. Entwicklung von Varianten zur Optimierung

3.3.4.1 Intensive Vorhabensanalyse

Im Bewertungsverfahren werden im Grunde dieselben Fragen gestellt, wie sie in der Fragenliste zur Vorhabensanalyse im Scoping gestellt werden (siehe Tabelle 3). Der Unterschied liegt darin, dass im Bewertungsverfahren bereits klar ist, welchen Hinweisen in welcher Tiefe nachgegangen wird und dass die offenen Fragen nach Möglichkeit der im Scoping festgelegten Rahmenbedingungen geklärt werden. Darüber hinaus werden die Informationen in eine Systematik gebracht und zusammengefasst.

3.3.4.2 Erstellen eines Gesundheitsprofils der Bevölkerung

Ein Gesundheitsprofil sollte folgende Daten über die betroffene Bevölkerung enthalten (WHO 2005):

- Demographische Daten, Bevölkerungsstatistik
- Gesundheitsdaten, Lebensstile
- Sozioökonomische Faktoren, Daten über die Ungleichheit bzw. „vulnerable or deprived groups“
- Daten über die relevanten Verhältnisse im Setting: z.B. Lebens- Umgebungs- und Wohnverhältnisse, physische und soziale Infrastruktur, Qualität und Zugang zu Gesundheitsdiensten etc.

Eine vollständige Darstellung dieser Merkmale einer „community“ wird nur in einem „comprehensive appraisal“ möglich sein, da sie aus den herkömmlichen Gesundheitsberichten normalerweise nicht spezifisch genug herauszulesen sind und daher wahrscheinlich nur mit Hilfe von Primärerhebungen dargestellt werden können. Eine best möglich Annäherung wird in den meisten Fällen daher genügen müssen. Das Gesundheitsprofil sollte jedenfalls ausführlich genug sein, um benachteiligte Gruppen identifizieren zu können, da über Einflüsse auf die Chancengerechtigkeit dieser Gruppen Aussagen im Appraisal getroffen werden sollten.

3.3.4.3 Identifizierung und Bewertung potentieller Auswirkungen des Vorhabens auf die Gesundheit

Die Eigenschaften des Vorhabens sollten in folgenden Aspekten möglichst vollständig hinsichtlich ihrer Gesundheitsfolgen beschrieben werden (nach WHO 2005):

- Bezüglich Gesundheitsdeterminanten:
 - Welche Gesundheitsdeterminanten beeinflusst werden
 - welche Effekte sie ausüben und
 - in welche Richtung (positiv oder negativ) die Veränderungen zu erwarten sind
- Bezüglich Bevölkerung:
 - Wie viele Personen betroffen sind
 - wie sich die Folgen in der Bevölkerung verteilen und
 - welche Effekte sie auf die Chancengleichheit haben
- Bezüglich Eigenschaften der Auswirkungen:
 - Schwere der Gesundheitsauswirkung (Mortalität, Morbidität, Verletzungen, Wohlbefinden)
 - Die Wahrscheinlichkeit des Eintretens auf Grundlage der „Dichte“ der Evidenz
 - Latenz: ob die Folgen sofort, kurz-, mittel- oder langfristig ihre Wirkung entfalten
 - Frequenz: wie oft werden die Folgen wirksam
 - Dauer: wie lang die Auswirkungen andauern
 - Wechselwirkungen mit anderen Effekten.

Das Bewertungsverfahren beinhaltet jedenfalls eine Literatursuche, inklusive Suche nach abgeschlossenen HIA's zu vergleichbaren Themen, auch wenn diese im Fall eines Desktop – HIA sehr reduziert ausfallen kann. Falls die Ressourcen es zulassen, sind auch Primärerhebungen angebracht, wenn Informationen notwendig sind, die aus der vorhandenen Evidenz nicht abzuleiten sind, weil sie

- a) direkt mit der betroffenen Bevölkerung zusammenhängen (z.B. Einstellung und Bedürfnisse der Bevölkerung, Akzeptanz des Vorhabens), oder
- b) nicht ausreichend für den betreffenden Kontext erforscht sind.

Welche Daten Verwendung finden können hängt von der jeweiligen Fragestellung ab. Eine Übersicht über mögliche Fragestellungen in HIA's und dazu verwendbare Quellen gibt Tabelle 7.

Tabelle 7: Passende Evidenz für Fragen im HIA (nach Petticrew 2004)

Fragestellung	Qualitative Forschung	Survey	Fall – Kontroll – Studien	Kohorten-studien	RCTs	Quasi-Experimentelle Studien	Evaluationen	Systematische Reviews
Effektivität: Funktioniert das (besser als etwas Anderes)?				+	++	+		+++
Prozess: Wie funktioniert das?	++	+					+	+++
Bedeutung: Ist es von Bedeutung?	++	++						+++
Sicherheit: Wird es mehr Schaden als Nutzen?	+		+	+	++	+	+	+++
Akzeptanz: Wird es von der Bevölkerung akzeptiert werden?	++	+			+	+	+	+++
Kosteneffektivität: Ist es die Ausgaben wert?					++			+++
Angemessenheit: Ist das die richtige Maßnahme für diese Bevölkerung?	++	++						++
Zufriedenheit: Sind die Stakeholder zufrieden?	++	++	+	+				+

Falls die Komplexität es zulässt, ist die Entwicklung eines Wirkmodells empfehlenswert. Liegen ausreichend quantitative Daten vor, können darin die Wirkungen gewichtet dargestellt werden und so eine quantifizierte Abschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen getroffen werden. Andererseits sind gerade zur Darstellung der Zusammenhänge zwischen Gesundheitsdeterminanten und dem Vorhaben qualitative Daten notwendig.

In der Praxis sind jedoch selten sehr detaillierte Abschätzungen der gesundheitlichen Auswirkungen aus der Literatur abzuleiten und daher ist die quantitative Bewertung der Auswirkungen meist schwierig. Vor allem die Zusammenhänge mit sozialen Faktoren und den „weiteren“ Gesundheitsdeterminanten sind oft nur qualitativ zu beschreiben und selten gibt es klare Kausalketten. Vor allem die Auswirkungen der Verkehrspolitik auf die Gesundheit sind in der Literatur sehr wenig erfasst, obwohl sie wahrscheinlich sehr groß sind. Dem gegenüber sind Daten über biomedizinische Parameter die am besten verfügbaren (Petticrew 2004).

Aus diesem Grund sind für die meisten Fragestellungen in HIAs extrapolierende Aussagen und Expertenschätzungen notwendig, vor allem wenn man bedenkt, dass meistens eine Art von Schnellverfahren und nur sehr selten eine umfassende HIA –

Methodik (comprehensive appraisal) angewandt wird. Trotzdem ist es wichtig, zu einer Bewertung zu kommen, positiv wirksame Effekte eines Vorhabens aufzuzeigen sowie Empfehlungen zur Verbesserung der Auswirkungen eines Vorhabens zu entwickeln und diese Aussagen mit der best verfügbaren Evidenz möglichst plausibel zu untermauern (WHO 2005).

3.4 Reporting: Das Verfassen eines HIA -Reports

Der Bericht mit seinen Empfehlungen ist das zentrale „Produkt“ des HIA – Prozesses. Er führt alle verfügbaren Informationen mit den Ergebnissen des Bewertungsverfahrens zusammen. Die Meinung der Beteiligten soll dabei ebenso einfließen, wie Erfahrung von ähnlichen HIA's und die „graue“ Literatur. Eventuelle Widersprüche sollten angeführt und begründet werden.

Der Bericht muss von der Steuergruppe abgenommen werden. Die Steuergruppe hat in diesem Schritt die Aufgabe zu prüfen, ob die Ergebnisse des HIA übereinstimmen mit

- der intendierten Ausrichtung des HIA und den zugrunde liegenden Werten
- den Prioritäten, die am Beginn des Prozesses definiert wurden,
- den Ansichten, von den Stakeholdern
- der verfügbaren Evidenz (nach WHO 2005).

Zu beachten ist beim Verfassen des HIA – Reports, dass Format und die Sprache des Reports an die Zielgruppe angepasst sind. Werden Entscheidungsträger in das Bewertungsverfahren einbezogen (z.B. in der Steuergruppe oder in Workshops), werden die Ergebnisse eher als relevant eingestuft als wenn sie bei der Präsentation das erste Mal mit dem HIA in Kontakt sind (Mindell 2004).

Im Bericht sollte klar hervorgehen, bei welchen Aussagen es sich um Empfehlungen handelt, die vom ursprünglichen Vorhaben abweichen. Um sicherzustellen, dass die Umsetzung dieser Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Auswirkungen führt, sollten sie ausreichend mit Evidenz unterlegt sein (WHO 2005).

Die in Tabelle 8 dargestellte Gliederung ist ein typisches Beispiel für die Inhalte eines HIA –Reports und kann als Vorlage bei der Erstellung herangezogen werden (WHO 2005):

Tabelle 8: Empfohlene Inhalte eines HIA – Berichtes (nach WHO 2005)

<ol style="list-style-type: none">1. Zusammenfassung2. Beschreibung des Vorhabens und der Varianten, wie sie im Scoping in Erwähnung gezogen wurden.3. Hintergrundinformation und Situationsbeschreibung der Verhältnisse in der Zielgruppe (Community)<ol style="list-style-type: none">a. Ausgangssituationb. Gesundheitsstatusc. Gesundheitsdeterminanten der Zielgrupped. Benachteiligte Gruppen in der Zielgruppee. Weitere Entwicklung, wenn das Vorhaben nicht umgesetzt wird4. Liste der intermittierenden Faktoren (inklusive Varianten), und für jeden Faktor der Liste eine Beschreibung für:<ol style="list-style-type: none">a. Wie viel wird durch das Vorhaben verändertb. Wie wird die Bevölkerung davon beeinflusstc. Die geschätzte Größe der Auswirkungd. Die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens der Schätzung mit Bezeichnungen wie „gesichert“, „wahrscheinlich“, „möglich“.5. Tabelle mit einer Übersicht über die Effekte6. Eine Aussage über die Auswirkung des Vorhabens auf die Chancengerechtigkeit:<ol style="list-style-type: none">a. Wer gewinnt, wer verliert?b. Wie sind die unterschiedlichen Gruppierungen (Ethnisch, Sozioökonomisch, Geographisch etc.) betroffen?c. Ist ein Nutzen für die Gruppen mit der schlechtesten Ausgangslage zu erwarten?7. Empfehlungen zur Maximierung des gesundheitlichen Nutzens bzw. zur Minimierung der schädlichen Einflüsse.8. Monitoring und Evaluation<ol style="list-style-type: none">a. Was muss beobachtet werden, um die Vorhersagen des HIA's zu prüfen?b. Was sind Aspekte, die besonders berücksichtigt werden müssen, wenn in das Vorhaben interveniert wird?c. Welche Erfahrungen sind für die Umsetzung weiterer HIAs von Bedeutung (Lessons learned)?

3.5 Dissemination: Vorlegen des HIA - Berichts

Die Vorlage des Berichts ist ein entscheidender Prozess, in dem in erster Linie Entscheidungsträger über die Ergebnisse des HIA informiert werden. Das Einhalten von Fristen und formalen Anforderungen ist dabei wichtig zu beachten. Da Entscheidungsträger meist keine Public Health Experten sind, ist die entsprechende Kommunikation der Inhalte und Empfehlungen oft ausschlaggebend, vor allem wenn es sich um Empfehlungen zum Abweichen von ursprünglichen Planungen handelt. Aber nicht nur Entscheidungsträger, sondern auch andere Stakeholder sollten den HIA Bericht erhalten, speziell wenn sie im Verfahren involviert waren (Mindell 2004). Darüber hinaus sollte ein HIA allgemein zugänglich gemacht werden. (WHO 1999).

Im Zuge dieser Prozesse kommt es unter Umständen auch zu einer Reihe von Kommentaren und zur Bewertungen des HIA – Reports. Diese können in den Report eingearbeitet oder angefügt werden. Wenn notwendig kann es auch zu einer Neubewertung und Änderung der HIA – Reports kommen (WHO 1999, Scott-Samuel 2001)

3.6 Monitoring und Evaluation

Bei der Evaluierung eines HIA stellt sich vornehmlich die Frage, ob mit dem HIA eine (im Sinne der Gesundheit) bessere Entscheidung getroffen wurde, als ohne dem HIA (Kemmer 2007).

Dabei sind mehrere Komponenten zu beachten (Mindell 2003):

- **Prozessevaluation:**
erhebt die Qualität der Vorgänge während der Ausführung des HIA. Sie dient vorrangig der laufenden Qualitätsverbesserung nicht nur für das laufende HIA - Projekt sondern auch für weitere HIAs.
- **Evaluation der Auswirkungen:**
beobachtet ob und wie die Empfehlungen des HIA – Berichts angenommen werden und in welcher Weise sie berücksichtigt werden
- **Ergebnisevaluation:**
erhebt Gesundheitsparameter in der Zielgruppe, um die Auswirkung der umgesetzten Maßnahme abschätzen zu können. Wird HIA sehr früh im Planungsprozess angewendet, können die tatsächlichen Auswirkungen meist erst mit großem zeitlichem Abstand betrachtet werden. Meist ist auch dann die Frage der Attribuierbarkeit nicht gelöst. Trotzdem ist diese Evaluation im Sinne

des Capacity Buildings für HIA für den Aufbau von Know How längerfristig von Bedeutung.

3.7 Die Effektivität von HIA

HIA verfolgt das Ziel „*to influence decision making so that policies, projects, and programmes in all areas lead to improved population health or at least do not damage population health*“ (Kemmer 2004). Der Begriff Effektivität (Zielerreichung) bezieht sich hier also darauf, ob ein HIA im Prozess der Entscheidungsbildung über Politiken, Programme und Projekte dahingehend wirksam war, dass seine Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Auswirkungen oder zur Vermeidung von schädlichen Auswirkungen berücksichtigt wurden oder nicht. Wichtig ist zu bemerken, dass unter Zielerreichung nicht der Gewinn an Gesundheit in der Zielgruppe betrachtet wird. Aufgrund mangelnder Attribuierbarkeit können über Outcomes in diesem Sinn keine gesicherten Aussagen getroffen werden, sondern nur auf der Ebene der Ergebnisse (Wismar 2006). Effektivität auf der Ebene der Ergebnisse eines HIA kann vier unterschiedliche Ausformungen einnehmen:

- direkte Effektivität: aufgrund des HIA werden die Planungen für ein Vorhaben geändert
- allgemeine Effektivität: das HIA wird gewürdigt, das Verständnis und die Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten werden im Allgemeinen erhöht, auch wenn im konkreten Fall des HIA keine Änderungen vorgenommen werden, und
- opportunistische Effektivität: das HIA kommt zu Empfehlungen, die von vornherein gewünscht waren und die Entscheidungen wären letztlich ohne HIA gleich ausgefallen – eine Scheineffektivität, und
- keine Effektivität: das HIA wird ignoriert oder abgebrochen (Wismar 2006).

Im Rahmen der Studie “Effectiveness of health impact assessment project”, an der 21 Forschergruppen aus 19 europäischen Ländern teilnahmen, wurde Anhand der Analyse von Fallbeispielen die Effektivität von HIA in verschiedenen Ländern betrachtet. Dabei konnte beobachtet werden, dass HIA als Instrument vielfältig einsetzbar ist, und die analysierten HIAs im Allgemeinen effektiv im Sinne der direkten und allgemeinen Effektivität waren (Wismar 2006).

Auch wenn die Aussagekraft dieser Studie über die Effektivität des Instruments HIA limitiert ist, da nur eine kleine Auswahl von Case Studies analysiert wurden, so kann doch daraus geschlossen werden, dass HIA ein effektives Mittel ist, um Entscheidungen im Sinne der Gesundheit zu beeinflussen, auch wenn das Ausmaß des Einflusses sehr unterschiedlich war. Nach der Studie wirkt sich das Wesen der intersektoralen Entscheidungsprozesse limitierend auf die Effektivität aus, da unterschiedliche politische Sektoren oft widersprüchliche Ziele verfolgen. Ein weiterer wichtiger Faktor für die Effektivität ist die organisatorische Einbettung des HIA (Wismar 2006).

3.8 Zusammenfassung Prozesse und Methoden eines HIA

Dem HIA liegt eine Standardabfolge zugrunde, die sich nach Vorschlag der WHO in 6 Phasen gliedert (WHO 2005):

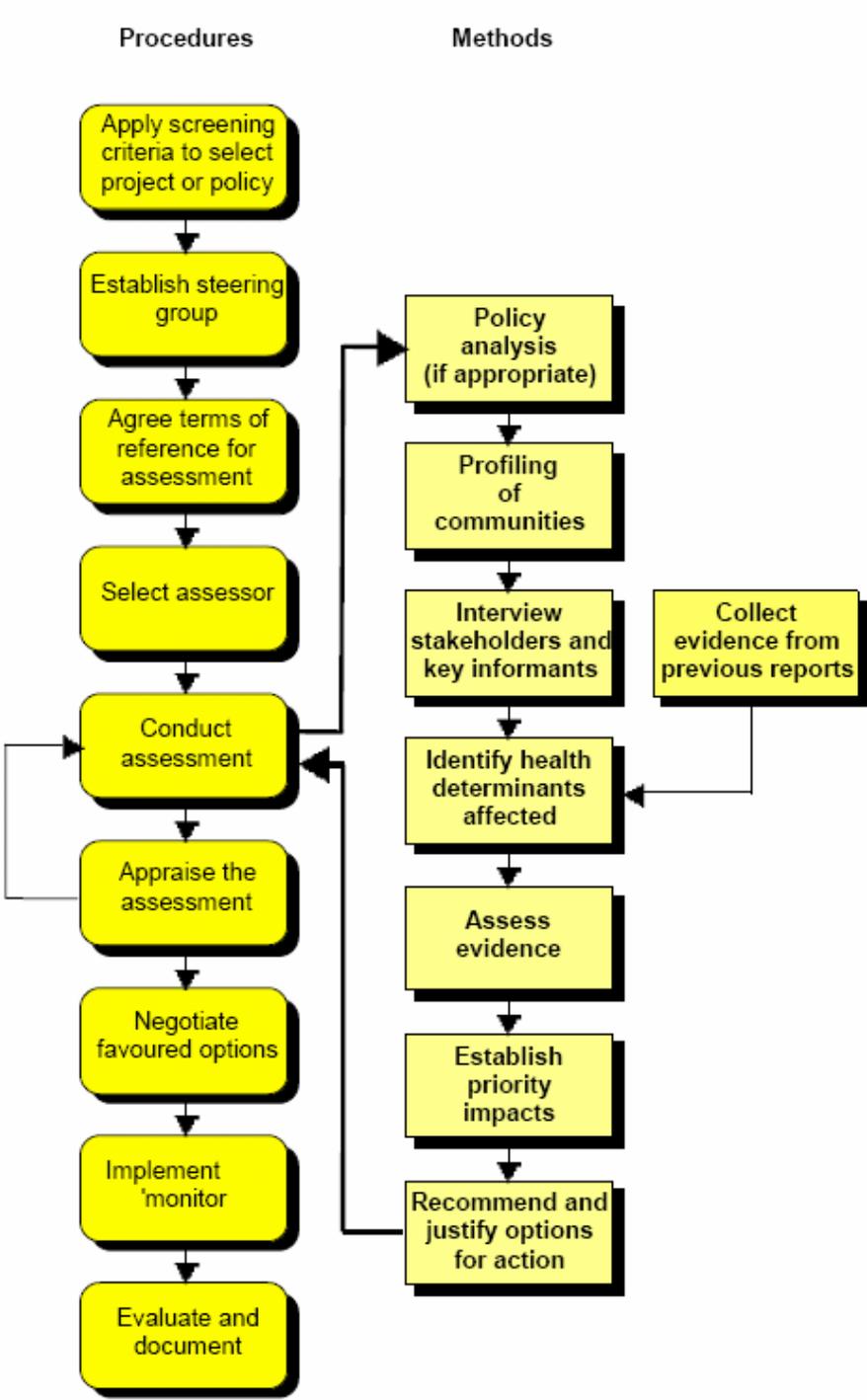
1. Screening: Auswahl eines Vorhabens (Politik, Programm, Projekt)
2. Scoping: Definition der Rahmenbedingungen und Projektplanung
3. Appraisal: Das eigentliche Bewertungsverfahren
4. Reporting: Das Verfassen eines HIA -Reports
5. Dissemination: Die Präsentation und / oder Veröffentlichung des HIA -Reports
6. Monitoring and Evaluation.

Der Ablauf der einzelnen Prozessschritte wird nicht in allen Publikationen in die gleichen Phasen gegliedert, bleibt jedoch im Großen und Ganzen einheitlich. Da HIA in einer großen Bandbreite unterschiedlicher Merkmale angewandt wird, gibt es keine eindeutig richtige Weise ein HIA zu umzusetzen. Die eingesetzten Methoden müssen immer an die Gegebenheiten des vorliegenden Vorhabens und an die Rahmenbedingungen angepasst werden (Kemm, 2007).

Die Ausrichtung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff und damit die Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit ist ein essentieller Mehrwert von HIA und die Verbreitung des Verständnisses dieser Zusammenhänge unter anderem ein Ziel der Implementierung von HIA.

Eine sehr übersichtliche Darstellung über Methoden und Prozesse befindet sich in den Merseyside Guidelines for HIA:

Abbildung 2: Schritte im HIA – Prozess (aus den „Merseyside Guidelines“, Scott-Samuel 2001)



4 HIA in Relation zu anderen Bewertungsverfahren

Bewertungsverfahren werden in verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt und unterschiedlich bezeichnet. HIA kann für sich durchgeführt werden oder in andere Bewertungsverfahren integriert werden. International verbreitete Bewertungsverfahren sind die Umweltverträglichkeitsprüfung und die Strategische Umweltprüfung, die im Folgenden näher beschrieben werden (WHO 2005).

4.1 Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)

Die UVP ist ein Verfahren zur Abschätzung von Auswirkungen von bestimmten Projekten auf die Umwelt. In seiner aktuellen Form wird es durch das „Bundesgesetz über die Prüfung der Umweltverträglichkeit (UVP-G 2000)“ definiert, das in Folge der Umsetzung der „Richtlinie 85/337/EWG über die Umweltverträglichkeitsprüfung bei bestimmten öffentlichen und privaten Projekten“ im Jahr 2000 erlassen wurde. Die Aufgaben der UVP sind nach §1 UVP-G 2000 *„unter Beteiligung der Öffentlichkeit auf fachlicher Grundlage*

- 1. die unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen festzustellen, zu beschreiben und zu bewerten, die ein Vorhaben*
 - a) auf Menschen, Tiere, Pflanzen und deren Lebensräume,*
 - b) auf Boden, Wasser, Luft und Klima,*
 - c) auf die Landschaft und*
 - d) auf Sach- und Kulturgüter**hat oder haben kann, wobei Wechselwirkungen mehrerer Auswirkungen untereinander mit einzubeziehen sind*
- 2. Maßnahmen zu prüfen, durch die schädliche, belästigende oder belastende Auswirkungen des Vorhabens auf die Umwelt verhindert oder verringert oder günstige Auswirkungen des Vorhabens vergrößert werden*
- 3. die Vor- und Nachteile der vom Projektwerber/von der Projektwerberin geprüften Alternativen sowie die umweltrelevanten Vor- und Nachteile des Unterbleibens des Vorhabens darzulegen und*
- 4. bei Vorhaben, für die gesetzlich die Möglichkeit einer Enteignung oder eines Eingriffs in private Rechte vorgesehen ist, die umweltrelevanten Vor- und Nachteile der vom Projektwerber/von der Projektwerberin geprüften Standort- oder Trassenvarianten darzulegen.“*

Im UVP-G 2000 wird auch definiert, welche Projekte einem UVP unterzogen werden müssen, wobei zwischen einem UVP und einem UVP im vereinfachten Verfahren zu unterscheiden ist. Zu den Kategorien Abfallwirtschaft, Umgang mit radioaktiven Stoffen, Infrastrukturprojekte, Bergbau, Wasserwirtschaft, Land- und Forstwirtschaft und sonstige Anlagen findet man im Anhang zum UVP-G 2000 Kennwerte, bei deren Überschreitung eines der beiden Verfahren durchzuführen ist. Ist ein schutzwürdiges Gebiet betroffen, dann ist bei Überschreitung eines niedrigeren Kennwerts zu prüfen, ob ein UVP umgesetzt werden muss. Das sind sozusagen die Screening – Kriterien der UVP.

So gilt zum Beispiel aus der Kategorie Infrastrukturprojekte für den Bau von Schnellstrassen: Der Neubau von Schnellstraßen oder Teilabschnitten unterliegt der UVP-Pflicht. Für den Bau von zusätzlichen Anschlussstellen, wenn pro Jahr eine durchschnittliche Verkehrsbelastung von mindestens 8 000 Kraftfahrzeugen zu erwarten ist, muss ein UVP im vereinfachten Verfahren durchgeführt werden. Berühren Ausbaumaßnahmen von Schnellstraßen ein schutzwürdiges Gebiet der Kategorie A oder C und ist mit einer Verkehrsbelastung von mindestens 2 000 Kraftfahrzeugen zu rechnen, dann muss geprüft werden, ob ein UVP im vereinfachten Verfahren umgesetzt werden muss.

In der Regel handelt es sich bei UVP- pflichtigen Vorhaben um größere Neu- Aus- oder Umbauten von Infrastruktur- oder Betriebsanlagen. Ausnahmen finden sich in der Land- und Forstwirtschaft, wo auch große Änderungen in der Nutzung von Land betroffen sind (z.B. Aufforstung mit nicht standortgerechten Holzarten oder Rodung über 20 ha).

Daraus ergibt sich schon eine wichtige Limitierung der UVP: sie ist dezidiert für Bauvorhaben ab einer gewissen Größe vorgesehen. Projekte, die ein kleineres Ausmaß haben, müssen nicht bewertet werden.

Eine zweite Limitierung liegt in der Definition der Aufgaben: die Prüfung der Auswirkungen auf den Menschen wird zwar (gleichrangig mit den Auswirkungen auf Tiere und Pflanzen) vorgeschrieben, aber sie reduziert sich meist auf die Aspekte der physischen Umwelt: Luftqualität, Lärmbelastung etc. und beinhaltet meist keine Aussagen über die Gesundheitsauswirkungen in einem breiteren Sinn (WHO 2008 b).

Eine dritte Limitierung liegt darin, dass für große Bauvorhaben meist im Vorfeld Strategien und übergeordnete Pläne entwickelt werden, in deren Rahmen sich die konkreten Bauvorhaben dann bewegen. Diese „Masterpläne“ haben daher große Bedeutung und wurden in der Vergangenheit oft nicht systematisch auf ihre Auswirkungen hin überprüft. Um dem zu begegnen wurde die Strategische Umweltprüfung eingeführt.

4.2 Die Strategische Umweltprüfung (SUP)

SUP ist stark im Zusammenhang mit UVP zu sehen, da sie sich in ihren Wirkungsbereichen ergänzen: während sich die UVP mit der physischen Bauvorhaben beschäftigt, hat die SUP Gesetze, Strategien, Programme oder übergeordnete Pläne zum Inhalt, wie der Definition der beiden Verfahren des United Nations Environment Programme (UNEP) zu entnehmen ist (UNEP 2004):

“Formally, EIA/SEA are structured approaches for obtaining and evaluating environmental information prior to its use in decision-making in the development process. ... EIA focuses on proposed physical developments such as highways, power stations, water resource projects and large-scale industrial facilities. SEA focuses on proposed actions at a “higher” level such as new or amended laws, policies, programmes and plans.”

Das UNEP stellt in seinem Bericht auch klar, dass weltweit die UVP und die SUP die einzigen gesetzlich verpflichteten Bewertungsverfahren sind und ihnen daher eine besonders große Bedeutung zukommt.

Beide Verfahren wurden über EG-Richtlinien verpflichtend eingeführt, im Fall der SUP war es die „Richtlinie 2001/42/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Juni 2001 über die Prüfung der Umweltauswirkungen bestimmter Pläne und Programme. Das vorgeschriebene Anwendungsgebiet der SUP beschränkt sich auf gesetzlich vorgeschriebene Pläne und Strategien.

Die Umsetzung der Richtlinie in Nationales Recht erfolgte jedoch nicht in Form eines mit dem UVP– G vergleichbaren „SUP – Gesetzes“, sondern durch Implementierung der Inhalte in Materiengesetzen (wie zum Beispiel das Raumordnungsgesetz, Abfallwirtschaftsgesetz). Dies führt zu unterschiedlichen Gesetzen auf Bundes und Länderebene und zu Unterschieden zwischen den Bundesländern (Lebensministerium, 2007). Das ist die Folge eines Kompromisses der Europäischen Kommission mit den Mitgliedsstaaten, in dem der Geltungsbereich des SUP relativ eng definiert wurde (Arbter 2004). Die Regelungen sind also nicht einheitlich, die Richtlinie der EG gilt jedoch als umgesetzt.

UVP und SUP beziehen Gesundheit nur ungenügend ein – nämlich beinahe ausschließlich als Folge von physischen Umweltfaktoren. Gesundheit wird jedoch wesentlich von sozialen Bedingungen beeinflusst, die in den Umweltbegutachtungen keine Beachtung finden. Auch spielt in Bezug auf die Qualität der Umwelt nicht nur die physisch messbaren Größen eine Rolle, auch die Wahrnehmung der Bevölkerung ist ein realer Faktor, der sich auf die Gesundheit auswirkt.

5 Die Bedeutung von HIA in Europa

In der EU - geförderten Studie "Effectiveness of HIA projects" wurde mittels nationaler Forschergruppen die Zahl der HIAs ermittelt, die zwischen Jänner 1994 und Juli 2005 umgesetzt wurden und nach Kriterien bewertet (Blau 2006). Aus den Ergebnissen dieser Erhebung lässt sich erkennen, dass vorwiegend die skandinavischen EU Länder, die Länder Großbritanniens und die Niederlande HIAs in größerer Zahl einsetzen, wobei in der schwedischen Praxis HIA oft als Teil der UVP durchgeführt wird. Aus Österreich wurden 5 HIAs in die Studie aufgenommen.

Nicht nur die Häufigkeit, auch die Ausrichtung und die Fokussierung von HIA werden sehr unterschiedlich gehandhabt. Hier bestehen auch innerhalb der Länder große Unterschiede. Inhaltlich liegen als Gegenstand von HIAs Fragen des Verkehrs an erster Stelle, gefolgt von Wohnen/Stadtplanung und Umweltthemen. Die überwiegende Mehrzahl der HIAs sind dem Zeitpunkt nach prospektiv angelegt, aber auch begleitende und evaluierende HIAs sind gängige Praxis. Und obwohl HIA auch auf nationaler Ebene eingesetzt wird, ist es vorwiegend ein Instrument der regionalen bzw. kommunalen Politik. HIA spielt zwar eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der „Health in all Policies“ Strategie der finnischen EU Ratspräsidentschaft, kann diese Funktion derzeit aber auf nationaler bzw. supranationaler Ebene noch nicht ausfüllen (Blau 2006).

6 Pro und Contra Einführung von HIA in Österreich

6.1 Das Anliegen der WHO

Die WHO stellt sich offensichtlich nicht die Frage, ob HIA eine empfehlenswerte Methode ist, sondern stellt sehr klar und schlüssig fest, dass HIA möglichst flächendeckend eingesetzt werden soll (WHO 2008 B). Die WHO gibt auf ihren Internetseiten auch 8 Gründe an, warum HIA eingesetzt werden soll:

1. Förderung von intersektoraler Zusammenarbeit
2. Partizipative Herangehensweise beachtet die Werte der Beteiligten und der Betroffenen
3. Entscheidungsträger werden mit bestmöglicher Evidenz ausgestattet
4. HIA verbessert die Gesundheit und reduziert Ungleichheit, zumindest wirkt sie nicht im umgekehrten Sinn
5. Es ist ein positiver Ansatz, ein Maßnahmen gestaltender und nicht ein verhindernder
6. Anwendbarkeit auf verschiedenen Ebenen: Politik, Programme, Projekte
7. Herstellung von Verbindungen zu nachhaltiger Entwicklung, Ressource Management und anderen Impact Assessments wie z. B. der Umweltverträglichkeitsprüfung
8. Viele Personen können HIA einsetzen

6.2 Public Health Argumente für die Anwendung von HIA in Wien

Aus Public Health Sicht ist klar, dass die Anwendung von HIA viel Potential für die Verbesserung der Gesundheit hat. Diese Sichtweise, angewandt auf die Situation in Wien, wird im Folgenden näher beschrieben:

- Das Ausmaß von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung wird vorwiegend durch ökonomische, soziale und physische Faktoren des Alltagslebens beeinflusst und hat nur zu einem geringen Teil mit dem Gesundheitswesen selbst zu tun. Dies geht schon aus der Ottawa Charta (WHO 1986) hervor, in der festgehalten wird: *„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des*

Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“ Trotzdem werden die Folgen von gesundheitsschädigenden Einflussfaktoren im Gesundheitswesen aufgefangen und belasten auf diese Weise die Budgets. Dadurch kann ein intersektoraler Zugang zur Gesundheitsförderung gerechtfertigt werden.

- Gesundheit ist nicht nur Folge, sondern auch Grundbedingung für die Entwicklung einer Gesellschaft. Im Sinne der Gesundheitsdeterminanten positiv wirksame Entscheidungen zu treffen ist somit Voraussetzung für eine vitale und prosperierende Stadtentwicklung und nicht nur durch die Behandlungskosten und Ausfälle der Produktivität im Krankheitsfall von Bedeutung. Diese Entscheidungen fallen in allen Politikbereichen, und nicht nur im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Die Stadt Wien hat eine Tradition der Entscheidungsfindung, die gesundheitliche Bedürfnisse im Großen und Ganzen immer mit berücksichtigt hat, auch wenn das nicht explizit geschehen ist. Anders wäre es nicht möglich, dass Wien eine der besten Beurteilungen im Hinblick auf die Lebensqualität weltweit vorweisen kann. Diese Qualität kann durch systematische Unterstützung im Sinne der Gesundheit für die Zukunft gesichert werden.
- Verursacht durch knapper werdende Ressourcen, zunehmende Ungleichheit, Globalisierung und neoliberalen Strömungen, aber auch mehr Wissen über die Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind gesundheitsförderliche Entscheidungsfindungen komplexer geworden. HIA ist mit seiner systematischen Herangehensweise eine Unterstützung, klare Entscheidungen in dieser Komplexität treffen zu können.
- Mit fortschreitender Privatisierung werden immer weniger Management - Entscheidungen durch gemeinnützig orientierte Akteure der Stadtverwaltung und Stadtpolitik getroffen. Mit der Übernahme von bisher öffentlichen Aufgaben durch private Organisationen geht einher, dass die Akteure nicht mehr gemeinnützig, sondern profitorientiert handeln. Gerade deshalb ist ein standardisierter Prozess zur Beurteilung von gesundheitlichen Auswirkungen in Zukunft von zunehmender Bedeutung, da klare Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Eine erprobte, standardisierte Vorgehensweise ist dabei ein Qualitätsmerkmal.
- Anders als die Umweltverträglichkeitsprüfung wird HIA in der Regel nicht „genehmigend“ – also reaktiv - eingesetzt, sondern proaktiv. HIA ist also vornehmlich dazu gedacht, Empfehlungen und Input für weitere Planungen oder Weiterentwicklung von Strategien zu generieren und sollte nicht dazu führen, dass aufgrund eines HIA Vorhaben als „nicht genehmigt“ abgewiesen werden.

- Durch die Anleitung im HIA kann sichergestellt werden, dass ein moderner, umfassender Gesundheitsbegriff Verwendung findet. Die Berücksichtigung von sozial benachteiligten und verletzlichen Gruppen, sowie Alters-, Diversity- und Genderaspekten sind bei dieser Herangehensweise immer mit berücksichtigt. Auf diese Weise nutzt HIA auch der Implementierung dieser wichtigen politischen Anliegen und damit der nachhaltigen Entwicklung der Stadt.
- Vorteile im Sinne von Public Health sind darüber hinaus, dass mittels HIA die Anerkennung der sozialen Determinanten von Gesundheit, die Vernetzung von verschiedenen Berufsgruppen durch einen gemeinsamen Prozess, sowie die Transparenz von politischen Entscheidungen gefördert werden (Krieger 2003).

6.3 Formale Aspekte

- Es gibt zurzeit keine rechtlich verbindlichen Bestimmungen zum Einsatz von HIA seitens der Europäischen Union (EU). Jedoch wurde im Vertrag von Amsterdam (Gültigkeit ab 1999) mit Artikel 152 Absatz 1 ein Passus aufgenommen, der klar auf den Einsatz von HIA abzielt: *„Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“* (Europäische Kommission 1999). Die Europäische Kommission hat daraufhin HIA in das bereits in Verwendung befindliche „Integrated Impact Assessment“ (IIA) integriert (WHO 2004). Im Auftrag der Europäischen Kommission hat dafür in dem Projekt „Policy HIA for the European Union“ ein internationales Team von Wissenschaftern und Fachleuten des Öffentlichen Gesundheitswesens eine Standardmethodik für eine Anleitung zum European Policy HIA (EPHIA) erarbeitet, um den Auftrag aus dem Artikel 152 zu erfüllen. Darüber hinaus folgt das Projekt auch der Public Health Strategie der EU, wo die Entwicklung und der Einsatz der HIA -Methodik als Ziel formuliert ist (Europäische Kommission 2004). Zu den Zielen des Projekts zählte neben der Ausformulierung einer Methodik, die für den Zweck geeignet erscheint, auch explizit die Verbreitung der Ergebnisse an politische Entscheidungsträger der EU und in die Mitgliedsstaaten. Daraus lässt sich ableiten, dass an einer Strategie zur Implementierung von HIA von Seiten der EU, wahrscheinlich in Form einer für die Mitgliedsstaaten verbindlichen Richtlinie, gearbeitet wird. Wenn es darauf hin zur Formulierung von nationalen Gesetzen kommt, sollte die österreichischen Gebietskörperschaften mit Erfahrung in diesem Bereich ausgestattet sein um so die Ausprägung dieser Verpflichtung besser mitgestalten können

- Mit dem Beitritt der Stadt Wien in die Phase IV des Healthy Cities Project (HCP) der WHO hat sich die Stadt Wien bereit erklärt, Aktivitäten im Bereich HIA zu setzen
- Die Umsetzung von HIA als Pilotprojekt verpflichtet im Grunde nicht, die Ergebnisse zu berücksichtigen oder zu veröffentlichen. Im Fall des vorliegenden Projekts stehen die Erprobung des Instruments und das Lernen im Vordergrund.

6.4 Kritische Aspekte im Zusammenhang mit der Anwendung von HIA

Nur ein relativ kleiner Teil der Determinanten von Gesundheit liegt in den politischen Aufgabenbereichen der Gesundheitsressorts und so ist die Berücksichtigung von Gesundheit bei Problemstellungen, die nicht die Verbesserung der Gesundheit zum eigentlichen Ziel haben, ohne Zweifel von großer Bedeutung und HIA kann dazu einen entscheidenden Beitrag leisten. Trotzdem ist zu überlegen, welche Probleme auch durch HIA entstehen könnten:

- **HIA kann eine Hürde sein**

Wenn HIA, in einen Entscheidungsprozess eingefügt wird, stellt das auch eine Hürde dar, denn es kann diesen beträchtlich verlängern. Damit könnte HIA sogar zur Vermeidung gesundheitsförderlicher Vorhaben führen bzw. die Umsetzung so lange hinauszögern bis sie fallen gelassen werden. Eventuell könnte HIA von den Gegnern bestimmter Vorhaben sogar dafür „missbraucht“ werden. Dem kann entgegengehalten werden, dass HIA als Instrument flexibel genug ist und daher in vielen Varianten, angepasst an das zu beurteilende Vorhaben und die Zielsetzung des HIA, eingesetzt werden kann, aber (zur Zeit) nicht eingesetzt werden muss.

- **HIA verursacht Kosten**

Wird HIA in die öffentliche Verwaltung implementiert, braucht es dafür zuständige Mitarbeiter, die für das systematisch laufende Screening verantwortlich sind und diese Mitarbeiter verursachen Personalkosten. Die Umsetzung eines HIA kann ausgelagert werden, aber auch dann fallen Kosten an und ein Ausschreibungsprozess bedeutet wiederum Arbeit und Zeitverlust durch Einhalten von Fristen. Ein systematisches Screening beruht auf Auswahlkriterien, die wiederum von den Zielsetzungen der HIA – Implementierung abhängig sind. Falls eine systematische Implementierung eingeführt wird, muss bei der Formulierung der Selektionskriterien bedacht werden, dass nur in jenen Fällen ein HIA umgesetzt

werden muss, in denen auch ein Nutzen zu erwarten ist. Daher muss in den Kriterien zum Screening für HIA festgelegt werden, unter welchen Umständen HIA Sinn macht und die eingesetzten Ressourcen auch gerechtfertigt sind.

- **HIA kommt oft zu unkonkreten Aussagen**

Wie andere Methoden sollte auch diese „evidence – based“ angewandt werden. Bislang gibt es jedoch wenig Erfahrung mit HIA und in Österreich fast gar keine. Die Datenlage ist bei vielen Themen sehr lückenhaft und für viele spezifische Fragestellungen in spezifischen Settings ist aussagekräftige Literatur wahrscheinlich gar nicht zu finden. Man ist also auf Annäherungen und qualitative Beschreibungen von Zusammenhängen angewiesen. Gerade weil die Basis von HIA ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit ist, kommt es oft zu nicht quantifizierbaren Aussagen und damit bleiben die Aussagen über gesundheitliche Folgen oft wenig konkret. In diesem Fall besteht die Gefahr, dass die Ergebnisse widersprüchlich interpretiert werden können oder für nicht relevant gehalten werden.

- **Die Umsetzung von HIA ist komplex**

HIA könnte als praktisches Werkzeug zu komplex sein, vor allem für kleinere Gemeinden mit oft wenig Anbindung an Universitäten und Experten. Dem kann entgegengehalten werden, dass viel Information über Internet verfügbar ist und Experten durchaus bereit sind, auch außerhalb ihrer Universitätsstatt aktiv zu werden. Trotzdem fehlt in kleinen Städten unter Umständen die Vernetzung mit akademischen Institutionen, die oft fördernd auf Pionierprozesse wirkt.

- **HIA könnte Effekte mit sich bringen, die politisch nicht steuerbar sind**

HIA kann politische Entscheidungen nicht abnehmen, sondern erzeugt Fakten und präferiert eine Entscheidungsvariante. Durch die Beteiligung von Experten, Betroffenen etc. entsteht eine Erwartungshaltung, die sich eventuell mit dem Ergebnis des HIA nicht deckt oder sich politisch nicht durchsetzen lässt. Dadurch könnte eine Entscheidung sogar noch schwieriger werden und Politiker könnten sich unter Druck gesetzt fühlen und damit HIA ablehnen. Stehen die Ergebnisse des HIA im Gegensatz zur allgemeinen Meinung zu dem Thema erzeugen sie ein Spannungsfeld. Bei entsprechender medialer Aufbereitung besteht ein Risiko, dass in der Diskussion inhaltlich - strategisches Vorgehen zunehmend parteipolitisch – strategischem Vorgehen weichen muss bzw. unpopuläre, aber gesundheitlich

wirksame Maßnahmen nicht durchsetzbar werden, gerade weil sie über einen HIA – Prozess transparent gemacht wurden.

- **HIA „sprengt“ das biomedizinische Paradigma**

Berücksichtigung der sozialen Determinanten und Chancengleichheit als zentrale Anliegen von Public Health sind in Österreich in der Diskussion über Gesundheit, die von biomedizinischen Inhalten dominiert wird, kaum präsent. Gesundheit ist in Österreich nach wie vor hauptsächlich ein medizinisches Thema. Die Einführung von HIA könnte dazu führen, dass ÄrztevertreterInnen reflexartig in Opposition gehen. Einerseits wegen der oben erwähnten Schwäche der mangelnden Evidenz. Andererseits stellt der dem HIA zugrunde liegende „weite“ Gesundheitsbegriff einen entscheidenden Mehrwert dar, der zugleich über die Gesundheitskompetenz der ÄrztInnen hinausgeht und sozialwissenschaftliche Positionen stärkt.

- **UVP und SUP sind genug Hürden, kein Bedarf für noch ein Verfahren**

UVP und SUP sind gesetzlich vorgeschrieben und müssen unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden. Diese Verfahren kosten Zeit und Geld und werden als beträchtliche Hürden wahrgenommen. Dem kann entgegengehalten werden, dass einerseits HIA (bzw. Elemente aus dem HIA) in die bestehenden Verfahren aufgenommen werden können und andererseits HIA gerade auch dann eingesetzt werden sollte, wenn keines der anderen Verfahren vorgeschrieben ist, aber trotzdem ein Nutzen des Verfahrens erwartet werden kann. Einer UVP werden bestimmte Projekte (vornehmlich Bauprojekte) unterzogen, wenn sie gesetzlich festgeschriebene Grenzwerte überschreiten. Ebenfalls wichtige Entscheidungsprozesse (Strategische Pläne, Gesetzesänderungen ...) werden meist nicht mit einer UVP bedacht, haben aber gravierende Auswirkungen, da sie den Rahmen für weitere Umsetzungen und Planungen bieten. Der Prozess von UVP und HIA hat Ähnlichkeiten. Wenn ein UVP durchgeführt wird, kann auch HIA als Parallelprozess ressourcenschonend eingesetzt werden bzw. können Methoden von HIA in den UVP Prozess aufgenommen werden, so dass in einem Verfahren.

7 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Integration von Gesundheitsanliegen in Entscheidungsprozesse für Themen, die zwar die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, aber Gesundheit nicht zum eigentlichen Inhalt haben, von großer Bedeutung ist. HIA ist ein Instrument, das diesem Anspruch gerecht werden will und in einigen Ländern Europas auch in diesem Sinn auf regionaler und kommunaler Ebene eingesetzt wird. Dementsprechend erscheint der Einsatz von HIA auch in Österreich empfehlenswert.

Teil 2: Health Impact Assessment (HIA) - Report zur Planung der Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels in Wien

1 Einleitung

Im sogenannten "Gothenberg Consensus Paper" hat die WHO eine allgemein anerkannte Definition von Health Impact Assessment (HIA) erarbeitet. Frei übersetzt lautet diese Definition:

„HIA ist eine Kombination von Prozessen, Methoden und Instrumenten, mit der Politiken, Programme oder Projekte im Hinblick auf ihre potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung, sowie die Verteilung dieser Auswirkungen beurteilt werden können.“ (WHO 1999)

Die Prozesse eines HIA lassen sich in die folgenden Phasen gliedern:

7. Screening: Auswahl eines Vorhabens (Politik, Programm, Projekt)
8. Scoping: Definition der Rahmenbedingungen und Projektplanung
9. Appraisal: Das eigentliche Bewertungsverfahren
10. Reporting: Das Verfassen eines HIA -Reports
11. Dissemination: Die Präsentation und / oder Veröffentlichung des HIA -Reports
12. Monitoring and Evaluation:

Eine ähnliche Gliederung findet sich auch in den bereits etablierten Bewertungsverfahren (wie. Z.B. der Strategischen Umweltprüfung). Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass als Grundlage ein Verständnis von Gesundheit dient, wie er in WHO Ottawa-Charta von 1986 geprägt wurde: *„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. ... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“ (WHO 2006b)*. Dem entsprechend liegt der Fokus in diesem Bericht über die „üblichen“ Faktoren des Zusammenhangs zwischen physischer

Umwelt und Gesundheit hinausgehend auf den sozialen Determinanten der Gesundheit.

Die Stadt Wien ist seit 1989 Mitglied im WHO Healthy Cities Network, das sich bereits in der vierten Projektphase befindet. In jeder Phase wurden andere Anforderungen an die Mitgliedsstädte gestellt; in Phase IV (2003 - 2008) sind die Leitthemen, zu denen die Mitgliedsstädte aktiv werden sollen: „Healthy Urban Planning“ (Gesundheitsförderliche Stadtplanung), „Healthy Ageing“ (Gesundes Altern) und „Health Impact Assessment“ (HIA). Im deutschsprachigen Raum wird oft der Begriff „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ für HIA verwendet. Diese Übersetzung weckt andere Erwartungen (z.B. gesetzliche Verpflichtung, genehmigender Charakter), als mit HIA derzeit tatsächlich verbunden sind. Daher wird hier der englische Begriff HIA beibehalten.

Mit dem Umsetzen des Leitthemas HIA sollen aus Sicht der WHO bei den Mitgliedsstädten erreicht werden, dass HIA systematisch in die Entwicklung von Politiken, Programmen und Projekten integriert wird. Um diese Ziele zu erreichen sollen Mitgliedsstädte:

1. Maßnahmen zur Förderung des Bewusstseins und des Verständnisses für Gesundheitsdeterminanten sowie für das Thema HIA setzen und Befürwortung bei Entscheidungsträgern zu erzeugen.
2. Ansatzpunkte identifizieren und Potentiale zur Umsetzung von HIA aufbauen (unter anderem indem HIA in einem Pilotprojekt umgesetzt wird).
3. ihre Erfahrungen (Erfolge und Barrieren) und Expertise in Bezug auf HIA mit dem Netzwerk teilen.
4. HIA als systematische Rahmenbedingung auf Ebene der Stadtverwaltung zur Abschätzung der Einflüsse von allen neuen Politiken und Projekten auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung zu implementieren (WHO 2004).

Zur Unterstützung der Mitgliedsstädte, in denen HIA noch nicht in Anwendung ist, wurde seitens der WHO in Zusammenarbeit von Experten und Vertretern von Mitgliedsstädten, wo bereits Erfahrung mit HIA gemacht wurde, in einem HIA – Subnetwork verschiedene Unterstützungen erarbeitet bzw. angeboten:

- Bereitstellung von Zugängen zu wissenschaftlicher Evidenz bzw. zu Erfahrungsberichten (mit Fokus auf die Themenbereiche Verkehr, Stadtplanung und Altern)

- Entwicklung von Werkzeugen (Anleitungen, Empfehlungen, Checklisten)
- Organisation von HIA -Trainings
- Monitoring und Möglichkeit des Erfahrungsaustausches (WHO 2004).

Die Voraussetzungen in den Mitgliedsstädten sind sehr unterschiedlich: in manchen Städten ist der Einsatz von HIA bereits gängige Praxis, während in anderen Städten, wie auch in Wien, HIA noch ein Novum darstellt. Daher wurde nicht davon ausgegangen, dass jede Stadt das Ziel der systematischen Implementierung erreichen wird. Mit der Teilnahme des Autors als Vertreter der Stadt Wien an einem HIA – Training (15. – 17. 4. 2008 in Genf), das vom HIA Subnetwork organisiert wurde und dem Umsetzen des vorliegenden Health Impact Assessments hat die Stadt Wien die Anforderungen als Mitgliedsstadt am Healthy Cities Network daher erfüllt.

2 Methodik der Erstellung des HIA Reports

Die bereitgestellten Materialien der WHO bzw. des HIA-Subnetworks, insbesondere der „HIA Toolkit for Cities“ (WHO 2005), waren Anleitung für die Umsetzung des Assessments und die Erstellung dieses Reports.

Als Quelle für die Beschreibung der geplanten Neugestaltung diente die von der MA 28 - Straßenverwaltung und Straßenbau in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudie von TRAFICO sowie das Baumgutachten des Sachverständigenbüros Peter Schabel, das von der MA 42 - Wiener Stadtgärten in Auftrag gegeben wurde.

Die Folgen des Projekts und daraus abgeleitet die postulierten Auswirkungen auf die Gesundheit, die mit der Umsetzung des Projekts einhergehen, wurden in Expertengesprächen gesammelt und mit Hintergrundinformationen ergänzt. Um die Hinweise mit Evidenz zu unterlegen, wurden Internetrecherchen mittels Google und Abfragen in Medline durchgeführt, sowie in HIA – Datenbanken nach vergleichbaren HIAs gesucht.

3 Eckpunkte des HIA Projekts:

3.1 Projektziele und Auswahl des Themas

Projektziele sind auf zwei unterschiedlichen Ebenen darzustellen. Einerseits handelt es sich um das erste HIA in Wien, bei dem in einem Pilotprojekt das Instrument HIA

erprobt werden soll. Für diese Meta-Zielebene ist der genaue Inhalt des Projekts weniger wichtig. Im Fokus stehen das Kennenlernen des Instruments HIA, seiner Prozesse und Methoden, sowie Erfahrungen in der Anwendung zu machen, um über eine weitere Anwendung von HIA in Wien entscheiden zu können. Die Ziele auf dieser Ebene definieren den Rahmen für die Umsetzung des konkreten Bewertungsverfahrens.

Als Ziele des Projekts auf der HIA – Metaebene wurden definiert:

- Die Verpflichtung zur Durchführung eines HIA im Rahmen des WHO – Netzwerks soll erfüllt werden.
- Das Instrument HIA und seine Anwendung soll in mehreren Abteilungen / Sektoren der Stadt Wien bekannt gemacht werden.
- Umsetzung und Dokumentation eines HIA als Modellprozess, um gegebenenfalls in der Zukunft darauf aufbauen zu können.
- Das Bewusstsein über Gesundheitsdeterminanten bzw. einer “weiten” Gesundheitsdefinition verbessern.
- Als Ergebnis der Projektplanung soll in Ergänzung zu den existierenden HIA Guidelines eine deutschsprachige Anleitung entstehen, welche als Erleichterung bei der Arbeit mit den englischsprachigen Originalen eingesetzt werden kann.

Anhand der Projektziele wurden Kriterien für die Auswahl eines Vorhabens (Screening) erstellt (siehe Anhang 1). Unter einer Reihe von Vorschlägen, die in Vorgesprächen gesammelt und nach den Kriterien bewertet wurden, hat das Projekt zur Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels am besten entsprochen und wurde ausgewählt. Entscheidend war, dass es sich dabei um ein konkret geplantes Projekt handelt, aber die Detailplanung noch beeinflussbar ist. In so einer Projektphase macht HIA am meisten Sinn. Andererseits handelt es sich um ein relatives überschaubares Vorhaben mit begrenzter Komplexität und das erleichtert die Umsetzung des Bewertungsverfahrens.

Als der konkrete Bewertungsgegenstand bekannt war, wurden spezifische themenbezogene Ziele formuliert. Ziele auf dieser Projektebene sind:

- Aufzeigen von über die gewohnten Faktoren der physischen Umwelt (Lärm, Luft) hinausgehenden Zusammenhänge zwischen Verkehr, Grünraumgestaltung und Gesundheit.
- Erstellung eines Bezugsrahmens für eventuell folgende Primärerhebungen im Rahmen der Detailplanungen. Fragestellungen sind dabei: Welche Daten sind

verfügbar, wo sind die Lücken und welche Daten werden daher vorrangig benötigt, um Aussagen über potentiell Risiko oder Nutzen für die Gesundheit der Zielgruppe treffen zu können.

- Aufzeigen von Optionen, die voraussichtlich zur Optimierung des gesundheitlichen Nutzens der betroffenen Bevölkerung führen.
- Darstellung der Einflussfaktoren für Gesundheit an diesem Beispiel und Unterlegen der Zusammenhänge mit Evidenz.

Die Quantifizierung der Faktoren ist unter den gegebenen Umständen nicht möglich, aber es soll Anhand von Beispielen aus der Literatur gezeigt werden, welche Faktoren im Zusammenhang mit der Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels gesundheitliche Relevanz haben. Einige Faktoren, welche die Zielgruppe der

3.2 HIA Projektverlauf

- Das HIA -Training des WHO Healthy Cities HIA Subnetworks war von 14.-16. April 2008 angesetzt. Bis dahin war die Auswahl der Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels als Bewertungsgegenstand (wie in Kapitel 3.1 beschrieben) abgeschlossen, um mit einem konkreten Thema in das Training gehen zu können.
- Projektplanung, Beginn der Vorhabensanalyse und Recherche: Mitte April – Ende Mai 08
- In den Monaten Juni und Juli musste aufgrund vorrangiger Arbeiten das Bewertungsverfahren ausgesetzt werden.
- Weiterführung von Recherche und Vorhabensanalyse sowie Erstellen des HIA – Rohberichts: August 08
- Abschluss von Recherche, Vorhabensanalyse und Berichterstellung: Anfang September
- Stakeholderworkshop: Mitte September
- Projektabschluss: Ende September

3.3 Eingesetzte Ressourcen von Projektbeginn bis zur Fertigstellung des HIA - Berichts

- Personaleinsatz
 - Projektleitung und Umsetzung durch Mag. Gernot Antes: ca. 5 – 10 Wochenstunden für die Monate April und Mai und etwa 30 Wochenstunden im August.
 - Sonstiger Personaleinsatz:
 - Fallweise Mitwirkung von MitarbeiterInnen von Magistratsabteilungen der Geschäftsgruppe „Stadtentwicklung und Verkehr“, insbesondere von DI Udo Häberlin (MA 18) und DI Christine Demcisin (MA 21A)
 - Das Team der Bereichsleitung für Strukturentwicklung hat die Funktion der Steuergruppe übernommen, sowie fallweise beratend mitgewirkt.
- Finanzeinsatz:
 - Für die Erstellung waren über die Personalstunden und Büroinfrastruktur hinaus keine direkten Finanzmittel (im Sinn von Ausgaben der betreffenden Abteilungen) erforderlich.
 - Für das HIA – Training fielen Kosten für die Dienstreise nach Genf an. Das Training selbst wurde für die Stadt Wien kostenfrei vom HIA – Subnetwork organisiert und abgehalten.

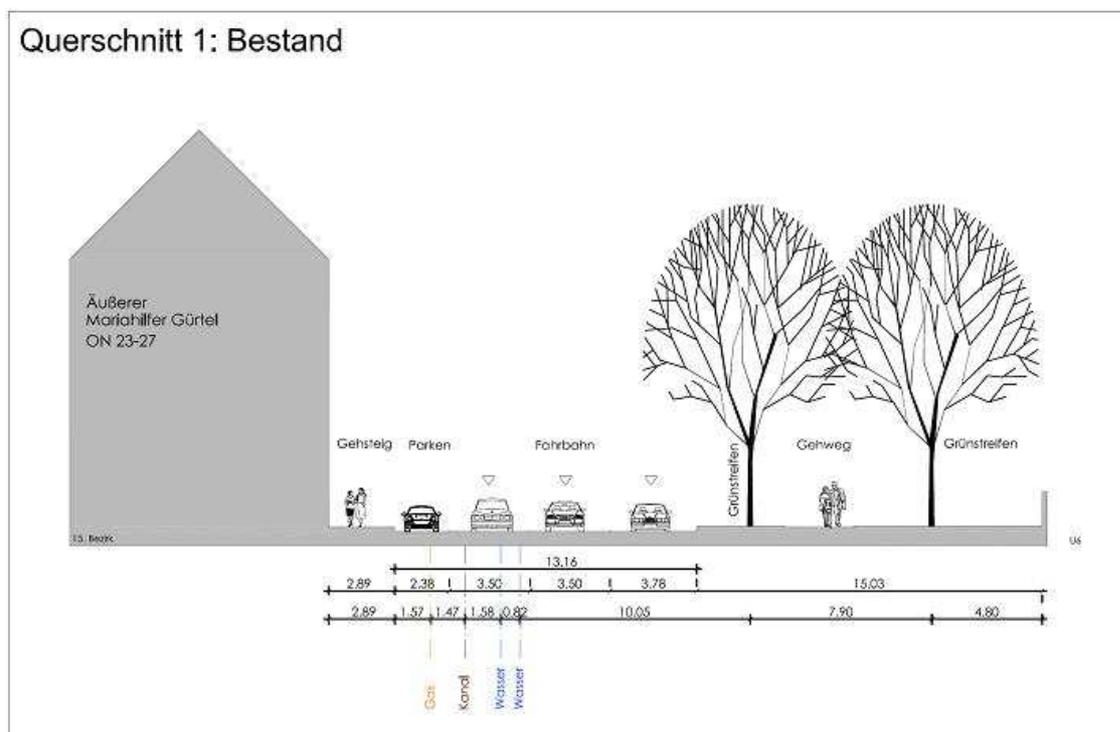
4 Die geplanten Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels

4.1 Beschreibung der Ausgangssituation

Der Gürtel ist eine der Hauptverkehrsadern in Wien. Dieses überaus große Verkehrsaufkommen führt zu großen gesundheitlichen Belastungen (siehe Ausführungen in Kapitel 4.2), die vor allem die angrenzende Wohnbevölkerung trifft.

Ein Querschnitt des betreffenden Gürtelabschnitts in der derzeitigen Situation ist in Abbildung 3 dargestellt:

Abbildung 3: Querschnitt der Ausgangssituation am Äußeren Mariahilfer Gürtel



4.2 Belastungen durch den Straßenverkehr

Straßenverkehr ist ein bedeutsamer Stressor für die Anrainer. Die Belastungen, die Straßenverkehr verursacht, sind in Tabelle 9 in Bezug auf die Auswirkungen auf die an Straßen wohnende Bevölkerung zusammengefasst und wurden zum Teil mit Daten aus Österreich ergänzt dargestellt. Darüber hinaus hat Straßenverkehr auch negative Auswirkungen auf die motorisierten Teilnehmer am Verkehr. Da das Verkehrsaufkommen und Verkehrsverhalten auf der Hauptfahrbahn des Gürtels von der Neugestaltung unberührt bleibt, werden diese Aspekte hier nicht angesprochen. Wenn nicht anders bezeichnet, diente für Tabelle 9 und die folgenden Ausführungen im gesamten Kapitel 4.2 der WHO Bericht „Transport, environment and health“ (WHO 2001) als Quelle.

Tabelle 9: Straßenverkehr als Stressor für die anliegend wohnende Bevölkerung

Folgen des Verkehrs	Auswirkungen	Schutzmaßnahmen (abgesehen von Reduktion des Verkehrs)
Lärmbelastung	<p>Verkehrslärm führt zu Häufung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigungen in der Kommunikation und damit ein vermindertes Vermögen sich zu verständigen • Schlafstörungen • Verminderter Leistungsfähigkeit (Lernen, Konzentration, Gedächtnis, Problemlösungskapazität) insbesondere bei Kindern • Belastungen durch das Gefühl der Störung • Aggression • Hoher Blutdruck und Herzkrankheiten • Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lärmarter Straßenbelag • Lärmisolierung der Gebäude bzw. Abschirmung der Straße • Geschwindigkeitsreduktion
Verkehrsunfälle	<ul style="list-style-type: none"> • 57.812 Verletzte durch Verkehrsunfälle 2003 in Österreich (Institut Sicher Leben 2004) • 4.786 Männer und 1.740 Frauen verstarben jährlich aufgrund von Transportmittelunfällen im Zeitraum 1998 bis 2004 (Statistik Austria 2008) • 25-30 % der Todesfälle und 13 % der Unfallverletzungen sind Fußgänger • Angst vor Unfällen • Posttraumatische Beeinträchtigungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer • Geschwindigkeitsreduktion • Einhalten von Sicherheitsmaßnahmen (Gurt, Helm, Pausen) • Bauweise von Fahrzeugen optimieren • Straßenbaumaßnahmen
Luftverschmutzung	<ul style="list-style-type: none"> • Feinstaub, Ozon und karzinogene Bestandteile von Auspuffgasen führt zu erhöhter Krankheitslast und Sterblichkeit • Etwa 6% der Mortalität kann der Luftverschmutzung durch Verkehr zugerechnet werden. • Kinder in der Nähe von Verkehrsreichen Straßen haben ein etwa 50% höheres Risiko für Erkrankungen des Respirationstraktes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bauweise von Fahrzeugen optimieren und dementsprechende Vorschriften • Treibstoffqualität (Bleibelastung ?) •

Nicht alle Auswirkungen des Straßenverkehrs werden durch die Neugestaltung des Gürtels beeinflusst. Jene Faktoren, die für das vorliegende Projekt von Bedeutung sind, werden im Folgenden näher beschrieben.

4.2.1 Einfluss auf die Entwicklung im Kindesalter und Eltern

Mit steigender Verkehrsfrequenz steigt auch die einschränkende Wirkung auf die Bewegungsfreiheit von Kindern. Diese Einschränkungen haben weitreichende Folgen:

- Geringere körperliche Betätigung ist ein wichtiger Beitrag zu steigenden Adipositasraten im Kindesalter und damit mit großer Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter mit großen Folgekosten für das Gesundheitssystem (abgesehen von persönlichem Leid).
- Mangel an Bewegung führt auch zu schlechterer Körperhaltung und schlechteren Schulleistungen; die gesamte Persönlichkeitsentwicklung von Kindern wird durch Bewegungseinschränkungen beeinträchtigt.
- Häufig Angst um die Sicherheit der Kinder zu haben, ist auf Seiten der Eltern ein negativer Gesundheitsfaktor für sich. Diese Angst führt aber auch zu Druck auf die Kinder und zu Konflikten und Gegendruck der Kinder. Diese Situation beeinträchtigt das Familienklima und erhöht die Belastung von Eltern.

4.2.2 Einfluss des Verkehrs auf die sozialen Kontakte der Anrainer

Wie bereits in Tabelle 9 erwähnt hat Verkehrslärm eine Reihe von mental beeinträchtigen Effekten wie Schlaflosigkeit und Unkonzentriertheit. Darüber hinaus wurden reduzierende Einflüsse auf das Sozialleben beobachtet: Einerseits hat die steigende Angewohnheit (alleine) Auto zu fahren die Wahrscheinlichkeit für soziale Kontakte in den letzten Dekaden reduziert. Aber auch für Anrainer gilt: das Leben an einer stark befahrenen Straße reduziert die Wahrscheinlichkeit an derselben Straße Freunde zu finden auf ein Drittel oder Bekannte zu finden auf die Hälfte im Vergleich zu Anrainern einer leicht befahrenen Straße. Diese Beobachtung scheint mit der Tatsache zusammenzuhängen, dass Fußgänger in verkehrsreichen Straßen weniger verweilen, sich mehr Müll ansammelt, Fenster eher geschlossen gehalten werden

4.2.3 Verkehrsbelastungen und sozioökonomisches Status

Sozioökonomischer Status ist ein unabhängiger Faktor für die Gesundheit, der weitgehend unterschätzt wird. Nicht nur sind reiche Bevölkerungsschichten gesünder und haben eine längere Lebenserwartung als Arme, das gesundheitliche Phänomen lässt sich auf allen Ebenen der Gesellschaft beobachten: Jeder Gewinn an Status auf jeder Ebene geht mit verbesserten Gesundheitschancen einher (Wilkinson 2001, Marmot 2004). Negative Auswirkungen des hohen Verkehrsaufkommens auf die

Chancen zur Verbesserung des sozioökonomischen Status lassen sich aus den oben erläuterten Belastungsfaktoren ableiten:

- Lärmbelastungen vermindern die Leistungsfähigkeit in mehrerer Hinsicht,
- die Luftbelastung erhöht die Erkrankungswahrscheinlichkeit,
- ein schwächeres soziales Netz erzeugt geringere berufliche Chancen und geringere Gesundheit,
- Kinder, die in ihrer Entwicklung und Konzentrationsfähigkeit Nachteile in Kauf nehmen müssen, erbringen schlechtere Schulleistungen und haben damit weniger Chancen auf den Abschluss einer höheren Bildungsstufe.

Die Wirkungen des Verkehrs auf den sozialen Status verstärken somit die direkten Wirkungen des hohen Verkehrsaufkommens auf die Gesundheit.

4.3 Rahmenbedingungen für die Neugestaltung

Der Anstoß für die Planung einer Fahrbahnverlegung entstand als Wunsch von beteiligten BürgerInnen im Rahmen des Bürgerbeteiligungsverfahrens „Zielgebiet Gürtel“. Als Reaktion wurde seitens der Stadt Wien zugesagt, die Umsetzung der Idee in einem Pilotprojekt zu überprüfen. Dieses Pilotprojekt ist nun Gegenstand des vorliegenden HIA - Berichts.

Übergeordnete Pläne und Projekte, in die das Vorhaben eingebettet ist:

- Masterplan Verkehr Wien 2003
- STEP - Stadtentwicklungsplan
- VIEW - Vision Entwicklung Westgürtel ist ein Projekt im Auftrag der MA 25 mit dem Ziel die Stadtquartiere entlang des Westgürtels aufzuwerten und zu verbessern.

4.4 Beschreibung der geplanten Neugestaltung

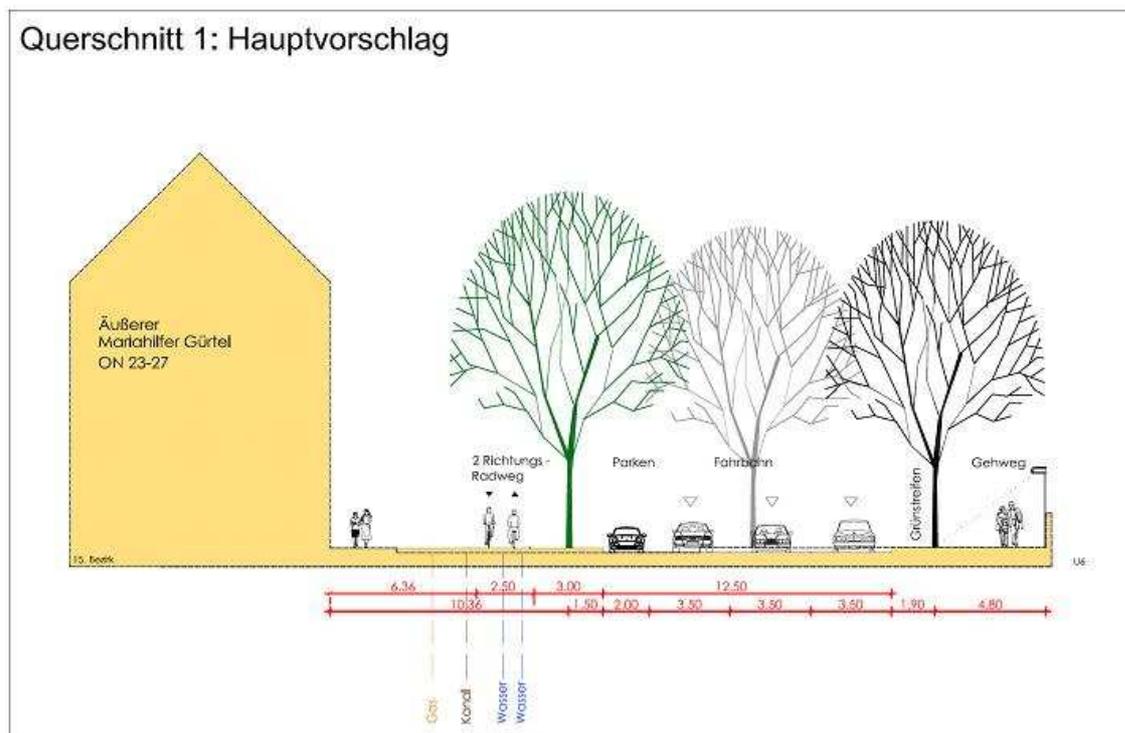
Zentraler Inhalt des Vorhabens ist die Verlegung der Fahrbahn des Äußeren Mariahilfer Gürtels um etwa 9 Meter von der Häuserzeile weg durch eine Verschwenkung der Fahrbahn im Bereich der Hausnummern 35 und 37 bis zur Hausnummer 19, wo der Schwenk zurück auf die alte Fahrbahnführung beginnt. Damit entsteht in diesem Bereich ein „Vorland“ von nicht ganz 12 m Breite und etwa 310 m Länge, in dem ein verbreiteter Gehweg, ein Radweg sowie ein Grünstreifen mit neu

gepflanzten Bäumen geschaffen werden soll. Weiter befinden sich Abstellplätze für Fahrzeuge zwischen der Häuserzeile und dem Fließverkehr, womit der Abstand zwischen Wohnhäusern und Fließverkehr von derzeit etwa 5,3 m auf etwa 14 m zunimmt. Im Bereich der Kirche „Maria vom Siege“ werden die bereits bestehenden Grünflächen ausgeweitet. Der gesamte Bereich der Neugestaltung ist etwa 530 m lang, wobei die restliche Länge großteils für die Fahrbahnverschwenkung benötigt wird.

Um gemäß Planung für die Verlegung der Fahrbahn Platz zu machen, muss von derzeit zwei Baumreihen mit altem Baumbestand eine gefällt – ein Verlust von 35 Bäumen. Die betreffenden Bäume wurden in einem Gutachten, das von der MA 42 – Wiener Stadtgärten in Auftrag gegeben und vom Schverständigenbüro Peter Schabel durchgeführt wurde, auf ihre Erhaltenswürdigkeit hin geprüft, und 168 verpflichtenden Ersatzpflanzungen nach dem Wiener Baumschutzgesetz festgelegt. Diese große Zahl an Ersatzpflanzungen bereitet Schwierigkeiten. Dazu kommt, dass in dem neuen Grünstreifen aufgrund des empfehlenswerten größeren Baumabstandes weniger Bäume als in der ursprünglichen Baumreihe untergebracht werden, nämlich 20. Damit sind noch 148 Baumpflanzungen außerhalb des Projekts unterzubringen.

Darüber hinaus muss der vorhandene Gehweg, der zur Zeit zwischen den Baumreihen verläuft, auf die Außenseite verlegt und der bestehende Grünstreifen verkleinert werden. Die geplanten Veränderungen sind im Querschnitt in Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4: Hauptvorschlag zur Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels



Der Fließverkehr ist davon weitgehend unberührt, da dieselbe Anzahl Fahrstreifen erhalten bleibt. Es kommt zu einer Umverteilung von Parkflächen, wobei es zu einem Verlust von 23 Stellplätzen kommt.

4.5 Unveränderliche Aspekte der Ausgangssituation

- Die Fahrbahn kann nicht noch weiter verlegt werden. Damit würde ein noch beträchtlich breiteres Vorland entstehen. Dazu müssten aber alle existierenden alten Bäume gefällt werden und der Bereich würde über mehrere Jahre kahl wirken. Das ist daher keine relevante Option.
- Die in Tabelle 9 angeführten Belastungen sind alle in einer Expose – Response Beziehung zu den Auswirkungen und eine Reduktion des Verkehrsaufkommens würde daher immer auch die Belastung reduzieren. Tempolimits, sowie weniger Fahrstreifen und damit weniger Verkehrskapazität werden aufgrund der Wichtigkeit der Verkehrsader jedoch nicht in Erwähnung gezogen.
- Das Geld aus dem Bauvorhaben steht für anderweitige Gesundheitsmaßnahmen nicht zur Verfügung, falls das Projekt nicht umgesetzt wird.

4.6 Projektkosten

Die in der Machbarkeitsstudie geschätzten Gesamtkosten des Umbaus betragen etwa 2,2 Mio €. Die Hälfte davon kann von der EU gefördert werden, damit belaufen sich die Kosten auf etwa 1,1 Mio €. Ein neuer Fahrbelag (Beton ersetzt Asphalt) wird in naher Zukunft fällig und kostet etwa 800.000 €. Falls die Fahrbelagverlegung mit der Erneuerung des Belages zusammenfällt, verursacht das Projekt nur noch zusätzliche Kosten in der Größenordnung von etwa 200.000 €. Ob die Neugestaltung mit der routinemäßigen Erneuerung des Straßenbelages zusammenfällt steht noch nicht fest.

5 Hintergrundinformation und Situationsbeschreibung der Verhältnisse in der Zielgruppe (Community)

Da nicht nur die unmittelbaren Anrainer des Gürtels betroffen sind, wird die Wohnbevölkerung der ersten drei Häuserblocks als Zielgruppe der Maßnahme definiert.

Das im betreffenden Gürtelabschnitt angrenzende Wohngebiet fällt in den 15. Bezirk (Rudolfsheim - Fünfhaus). Die Fläche des Bezirks beträgt 386,3 ha und die Einwohnerzahl im Jahr 2006 betrug 70.490, wobei 31,8 % nicht österreichische StaatsbürgerInnen waren – der größte Ausländeranteil eines Bezirks in Wien. Den größten Anteil hatten dabei StaatsbürgerInnen aus Serbien und Montenegro (9,3%) gefolgt von EinwohnerInnen aus der Türkei (4,6%), Polen (2,8%), sowie Kroatien und Bosnien, und Herzegowina mit jeweils 2,2 %. Im Bezirk befinden sich 53.411 Wohnungen mit einer Gesamtnutzfläche von 2,3 Mio m² und er hat damit die geringste durchschnittliche Nutzfläche pro BewohnerIn (Stadt Wien 2007). Weiter ist der Bezirk gekennzeichnet durch eine relativ junge Bevölkerung (Stadt Wien 2005) und eine erhöhte Mortalität an Herz-Kreislaufkrankungen (Stadt Wien 2000)

In den Thematischen Karten der MA 18 lässt sich das Gebiet entlang des Äußeren Mariahilfer Gürtels noch genauer eingrenzen und so konkretere Aussagen über die Zielgruppe machen, als das auf Bezirksebene möglich ist. Daraus sind Kennzahlen des direkt betroffenen Gebietes in Kategorien ablesbaren, die in Tabelle 10 mit dem Durchschnitt von Wien verglichen werden. Die Thematischen Karten beruhen auf laufenden Auswertungen der Volkszählungen von 1991 und 2001 durch die MA 18. Manche Kennzahlen sind nur von 1991 verfügbar, da sie später nicht noch einmal ausgewertet wurden und dem entsprechend dem Autor nicht zur Verfügung stehen.

Tabelle 10: Kennzahlen zur Beschreibung des Wohngebietes entlang des Äußeren Mariahilfer Gürtels im Vergleich zum Wiener Durchschnitt

Merkmal	Wohngebiet entlang des Äußeren Mariahilfer Gürtels	Durchschnitt in Wien
Einwohnerdichte 2001 in Einwohner pro ha	300 – 399,9	40 (inkl. aller Grünflächen)
Anteil Alte Menschen (über 60) 2001 in %	10-14,9	21,9
Anteil Junge Menschen (unter 15) 2001 in %	12,5-14,9	14,1
Bevölkerungsentwicklung 1991 – 2001 in %	+ 20,1 und darüber	+ 8,8
Arbeitslosenquote 2000 in %	5,5-6,1	5,9
Ausländeranteil 2001 in %	>= 35	18,5
Anteil der Wohnungen in Kategorie A 1991 in %	< 40	(A+B) 72,2*
Anteil der Wohnungen in Kategorie B 1991 in %	5,0-9,9	(A+B) 72,2*
Anteil der Wohnungen in Kategorie D 1991 in %	> 50	10,1

* Quelle: Stadt Wien 2007, eigene Berechnungen

Aus den thematischen Karten ist weiter ablesbar, dass im betreffenden Gebiet keine nennenswerten Grünflächen zur Verfügung stehen.

Nach den in Tabelle 10 dargestellten Daten handelt es sich bei dem Zielgebiet um ein sehr dicht bebautes und besiedeltes Gebiet. Der Vergleich mit dem Durchschnitt von Wien ist bezüglich Einwohnerdichte wenig aussagekräftig, da in dieser Zahl auch der Grüngürtel enthalten ist. Bei der Kategorie 300-399,9 EinwohnerInnen pro ha, in die das Zielgebiet fällt, handelt es sich in der Einteilung um die zweithöchste Kategorie der Einwohnerdichte und nur vereinzelt fallen Gebiete in die größte Kategorie (>400 EW/ha).

Der außerordentlich hohe Anteil an Kategorie D – Wohnungen im Zielgebiet lässt darauf schließen, dass vorwiegend Bauten aus der Gründerzeit vorzufinden sind, da es Wohnungen mit WC und Fließwasser außerhalb der Wohnung nur im Altbaubestand gibt. Der Anteil an Wohnungen der besten Kategorien A und B ist im Vergleich zum Durchschnitt von Wien gering. Dies lässt darauf schließen, dass die Wohnungsqualität im Zielgebiet sogar im Vergleich zum bereits unterdurchschnittlich ausgestatteten gesamten 15. Bezirk (19 % der Wohnungen in Kategorie D) noch weiter abfällt.

Diese Situation hat sich in den letzten 17 Jahren sicher verbessert. Trotzdem ist es ein starker Indikator dafür, dass es sich um ein Wohngebiet handelt, in dem nur wenig in

die Verbesserung der Wohnqualität investiert wird und in dem sozioökonomisch besonders schlecht gestellte Gruppen leben.

Die Bevölkerung im Zielgebiet besteht zu einem überdurchschnittlichen Teil aus der Altersgruppe der Berufstätigen, da die Gruppe der EinwohnerInnen in der Altersgruppe 60+ unterdurchschnittlich und die Altersgruppe der Jungen durchschnittlich stark vertreten ist. Die Einwohnerzahl ist in der letzten Dekade mit einem Plus über 20% viel rascher gewachsen als Gesamt Wien. Die Arbeitslosenquote liegt in etwa im Durchschnitt und der Ausländeranteil ist, so wie in anderen Zonen entlang des Gürtels, überaus hoch. Es kann angenommen werden, dass auch in diesem Gebiet, ähnlich wie im gesamten 15. Bezirk, die Mortalität an Herz-Kreislaufkrankungen überdurchschnittlich hoch ist.

Somit kann die Zielgruppe als eine benachteiligte Gruppe innerhalb der Wiener Bevölkerung angesehen werden.

6 Auswirkungen der geplanten Neugestaltung

Bei den Auswirkungen des Projekts wird auf einige Details, wie veränderte Feuerwehrezufahrten oder veränderte Wege der Müllentsorgung nicht eingegangen. Die Beschreibung konzentriert sich auf die Faktoren, die direkte Auswirkungen auf die in Nachbarschaft lebende Bevölkerung haben.

Folgende Veränderungen der Wohnumgebung wurden in die Betrachtungen einbezogen:

- Der Abstand zur Fahrbahn bringt mehr Sicherheit und Sicherheitsgefühl, (z.B. kein Spritzwasser von Autos bei Regen)
- Gestiegene Benutzerfreundlichkeit der Radwege und Gehwege: Die Neugestaltung bringt mehr Komfort und damit ist eine steigende Fußgänger- und Radfahrerfrequenz zu erwarten.
- Der Grünstreifen, der bisher schlecht erreichbar war, ist in unmittelbarer Reichweite und kann zum Teil als Grünraum bzw. als Begegnungsraum genutzt werden (z.B. durch Aufstellen von Parkbänken).
- Der Verlust von alten Bäumen wird durch Baumpflanzungen ersetzt, die einige Jahre brauchen um einen akzeptablen Grad an Beschattung und Grünfläche zu bieten.
- Der Verlust von Abstellplätzen für Kraftfahrzeuge.

6.1 Potentielle Reduktionen der Belastungen durch die geplante Neugestaltung

- Lärm: Der Abstand zur Lärmquelle verringert in der Regel die Lärmbelastung. Für die Fußgänger und die direkten Anrainer steigt die Distanz zum Verkehr beträchtlich (*Unterschied messbar?*), aber je weiter oben in den angrenzenden Gebäuden, desto geringer ist der Unterschied. Auch die Bäume haben einen geringen Einfluss auf die Lärmbelastung. Laubbäume schirmen im Winter überhaupt nicht ab. Eventuell kann durch die Wahl der Baumart die abschirmende Funktion verbessert werden, der sich aber erst nach vielen Jahren, wenn die Bäume größer werden, bemerkbar machen würde. Für die Bewohner in Gürtelnähe scheint sich daher keine Verbesserung der Lärmsituation zu ergeben.

- Verkehrsunfälle: Das Verkehrsaufkommen bleibt unberührt. *Unfallhäufigkeit im betreffenden Abschnitt? Durch den Abstand zur Fahrbahn sinkt die Unfallgefahr?*
- Luftqualität: Da der Fließverkehr von der Maßnahme unberührt bleibt, ist auch bei der Luftqualität keine Änderung zu erwarten. Die Luftqualität wird durch eine Reihe neu gepflanzter Bäume zwischen dem Verkehr und den Häusern nicht beeinflusst. Auch hier kann abschirmende Funktion von Bäumen (*falls vorhanden?*) erst in mehreren Jahren erwartet werden.

6.2 Potentiell gestärkte Gesundheitsressourcen durch die geplante Neugestaltung

6.2.1 Zugänglichkeit von Grünraum

Zugang zu Grünraum kann als wichtige Bedürfnis des Menschen angenommen werden. Dieser Zugang ist im Zielgebiet schwierig, da sich in der Umgebung keine Parks oder Grünflächen befinden abgesehen von einem Grünstreifen auf der gegenüberliegenden Straßenseite des Gürtels.

In einer Studie aus Japan konnte gezeigt werden, dass die Verfügbarkeit von Grünraum und oder begrünter Straßen die Langlebigkeit von Senioren verbessert (Takano 2002). Die Ergebnisse einer groß angelegten Studie aus den Niederlanden belegen, dass Grünraum in Wohnortnähe deutlich mit der Selbsteinschätzung von Gesundheit zusammenhängt, wobei der Effekt für sozioökonomisch Schwache Gruppen sogar noch stärker war (Maas 2006).

Selbst wenn der neu gebaute Grünstreifen eher schmal ist, in Anbetracht der Tatsache, dass in der näheren Umgebung ansonsten kein Grünraum zu r

6.2.2 Förderung des Potentials für soziale Kontakte

Sozialer Zusammenhalt ist ein Schlüsselfaktore für die Gesundheit. Die WHO definiert ihn in ihrem Bericht „Soziale Determinanten: die Fakten“ als *„die Qualität der sozialen Beziehungen und das Vorhandensein von Vertrauen, gegenseitigen Verpflichtungen und Respekt in der Gemeinschaft oder in der Gesellschaft“* (WHO 2004b). Das zeigt sich unter anderem durch eine geringere Sterblichkeit aufgrund Herz-Kreislaufkrankungen in Gruppen mit guten nachbarschaftlichen Beziehungen (Chaix

2008). Aber auch die Gesamtmortalität ist bei hoher sozialer Integration geringer, wie sich in einer Zusammenschau von 5 prospektiven Studien zeigte (WHO 2004b).

Wie in Kapitel 4.2.2 bereits erwähnt, hat ein hohes Verkehrsaufkommen einen negativen Einfluss auf das Sozialleben der Anrainer. Es kann angenommen werden, dass durch die Neugestaltung des Gürtels dieser Effekt der Straße als Hemmnis für soziale Begegnung gelindert wird. Wahrscheinlich geht der Effekt sogar darüber hinaus und die Grünzone wird als Begegnungsraum genutzt und ist förderlich für das Zustandekommen von sozialen Kontakten. Da in der unmittelbaren Umgebung kein Grünraum verfügbar ist, könnte auch dieser relativ kleine Grünstreifen ein wertvoller Beitrag sein. Darüber hinaus wird der Platz rund um die Kirche „Maria vom Siege“ aufgewertet. In den Detailplanungen sollte darauf geachtet werden, dass dieser Effekt möglichst durch bauliche Maßnahmen gestärkt wird.

6.2.3 Bewegungsraum für Kinder

Auch im Kindesalter spielen soziale Kontakte eine Rolle. Haben Kinder die Möglichkeit, sich ohne direkte Aufsicht der Eltern außerhalb des Hauses zu bewegen, dann verdoppeln sich ihre Chancen Spielkameraden und damit soziale Kontakte zu finden im Vergleich zu Kindern, die aufgrund des Verkehrs ohne Aufsicht das Haus nicht verlassen können (WHO 2000). Eine ausreichende Schutzzone zwischen Häuserzeile und Straße kann als Beitrag gewertet werden, diese Freiräume für Kinder zu ermöglichen, in dem Eltern ihren Kindern das Verlassen des Hauses ohne Begleitung eher erlauben können.

Über die geringere Notwendigkeit die Kinder einzuschränken, bewegen diese sich mehr und profitieren davon in vielerlei Hinsicht (siehe Kapitel 4.2.1).

6.2.4 Radfahren und Gehen wird attraktiver

Laut WHO hat regelmäßige körperliche Betätigung (definiert als „jede Bewegung des Körpers, die zu Energieverbrauch führt“) beträchtlichen Nutzen für die Gesundheit. Nicht nur Sport, auch rasches Gehen und Radfahren sind geeignet um die gesundheitlichen Effekte zu generieren. Vorteile von regelmäßiger körperlicher Betätigung sind (nach WHO 2002b):

- einer Risikoreduktion für Koronare Herzkrankheiten um 50%, sowie für Bluthochdruck um 30%

- Blutdrucksenkende Wirkung bei BluthochdruckpatientInnen
- Erhaltung der Knochendichte und damit Osteoporose vorbeugend
- Verbessert Balance, Koordination, Stärke und Ausdauer
- Verbessertes Selbstbewusstsein und Förderung des allgemeinen Wohlbefindens.

Personen, die in Wohnumgebungen mit Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität leben, sind auch aktiver und genießen bessere Gesundheit (Rütten 2001). Durch die geplante Neugestaltung wird Gehweg sicherer und breiter, führt an Bäumen und an einem Grünstreifen entlang, statt wie bisher direkt an der Straße – die Benutzerfreundlichkeit wird also höher und das Gehen auf diesem Gehweg wird damit attraktiver gemacht.

Der Zusammenhang zwischen Grünraum und dem Gehen wurde bereits in mehreren Studien erforscht. In einer Studie aus Australien konnte gezeigt werden, dass in Umgebungen mit höherem Grünraumanteil, die EinwohnerInnen auch mehr zu Fuß gehen (Sugiyama 2008). In einer Studie aus Portland, Oregon wurden einige Eigenschaften von vielen abgegrenzten „Neighborhoods“ mit dem Verhalten von dort lebenden Senioren verglichen. Unter anderem waren die Sicherheit des Gehwegs und das Vorhandensein von zugänglichem Grünraum ein zuverlässiger Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit zu Fuß zu gehen (Li, 2005).

Der Äußere Mariahilfer Gürtel führt zu zwei U-Bahn Stationen, zum Westbahnhof sowie zu den Einkaufsmöglichkeiten der Mariahilfer Straße. Die Chance, dass der Gehweg durch den Umbau vermehrt genutzt wird, ist also gegeben. Im Bericht „A physically active life through everyday transport“ der WHO (WHO 2002b) wird die sichere und attraktive Gestaltung von Gehwegen als Maßnahme zur Förderung von Bewegung genannt. Eine Verbesserung in diesem Sinne kann durch die Neugestaltung angenommen werden. Inwieweit das zutrifft, könnte in weiterer Folge untersucht werden.

Radfahrern eigene Verkehrsflächen und ein funktionierendes Radwegenetz zur Verfügung zu stellen ist die wichtigste Motivation sich ein Fahrrad zu kaufen und es auch zu benutzen (Europäische Kommission 1999). Mit der Neugestaltung wird das Radwegenetz in Wien ein Stück verbessert und das ist mit ein Beitrag zur Förderung des Radfahrens. Der geschaffene Radweg gliedert sich in ein bestehendes Radnetz ein. Es wird angenommen, dass ein solcher Radweg direkt vor Haustür zusätzlich zum

Umstieg auf das Rad motiviert. Aus diesen beiden Gründen wird der Maßnahme unterstellt, die körperliche Betätigung durch Radfahren zu fördern.

6.2.5 Aufwertung der Wohngegend in der Wahrnehmung durch die Bewohner

Bewohner einer Umgebung, die von ihnen als Lebensumgebung positiv bewertet wird, erfreuen sich besserer Gesundheit. Dieser Zusammenhang erscheint annähernd selbstverständlich und könnte auch damit zusammenhängen, dass viel Kofaktoren wie die vorangegangenen beschriebenen zusammenwirken. Aber die positive Wahrnehmung der Wohngegend scheint auch ein Faktor für sich zu sein. So hatten in der bereits erwähnten Studie aus Japan Senioren, die angeben in ihrer Wohnumgebung bleiben zu wollen, eine signifikant höhere Lebenserwartung als solche, die lieber wo anders wohnen wollten, auch nach statistischer Prüfung auf Kofaktoren (Takano 2002).

6.3 Potentielle Risiken durch die geplante Neugestaltung

- **Konfliktpotential und Ausgrenzung:** In öffentlichen Räumen kommt es andererseits oft zu Prozessen, in denen dominante Gruppen weniger dominante Gruppen verdrängen. Tendenziell verdrängen größere Kinder die kleineren, Buben die Mädchen und Jugendliche die Alten bzw. sozial höher gestellte Gruppen die weniger hoch gestellten. Die damit in Zusammenhang stehenden Konflikte und das Gefühl ausgegrenzt zu sein, können den Nutzen des neu geschaffenen Begegnungsraums schmälern, insbesondere weil die am wenigsten mächtigen Gruppen am stärksten betroffen sind.
- **Steigende Wohnungspreise:** Ein Anstieg der Reputation der Wohngegend könnte leicht zu einem Anstieg der Mietpreise führen. Das könnte sozial Schwache Gruppen ökonomisch unter Druck bringen.
- **Unfallgefahr:** Falls der zusätzliche Grünraum Kinder zum Spielen anregt, könnte das ein Risiko für Kollisionen mit Radfahrern auf den Radstreifen, aber auch mit Autofahrern bedeuten, vor allem wenn bei Ballspielen der Ball entkommt. In der Detailplanung sollte darauf Rücksicht genommen werden. An sich sind verbesserte Bewegungsmöglichkeiten für Kinder positiv zu bewerten, aber die Gefahr für schwere Unfälle sollte dadurch nicht ansteigen.
- **Angsträume:** Wenn Fußgängerbereiche begrünt werden, kann es auch zu Angsträumen kommen: schlecht einsehbare Bereiche, mit wenig Licht. Diese

Bereiche werden gemieden und sind weder der sozialen Interaktion noch der Förderung der Bewegung dienlich.

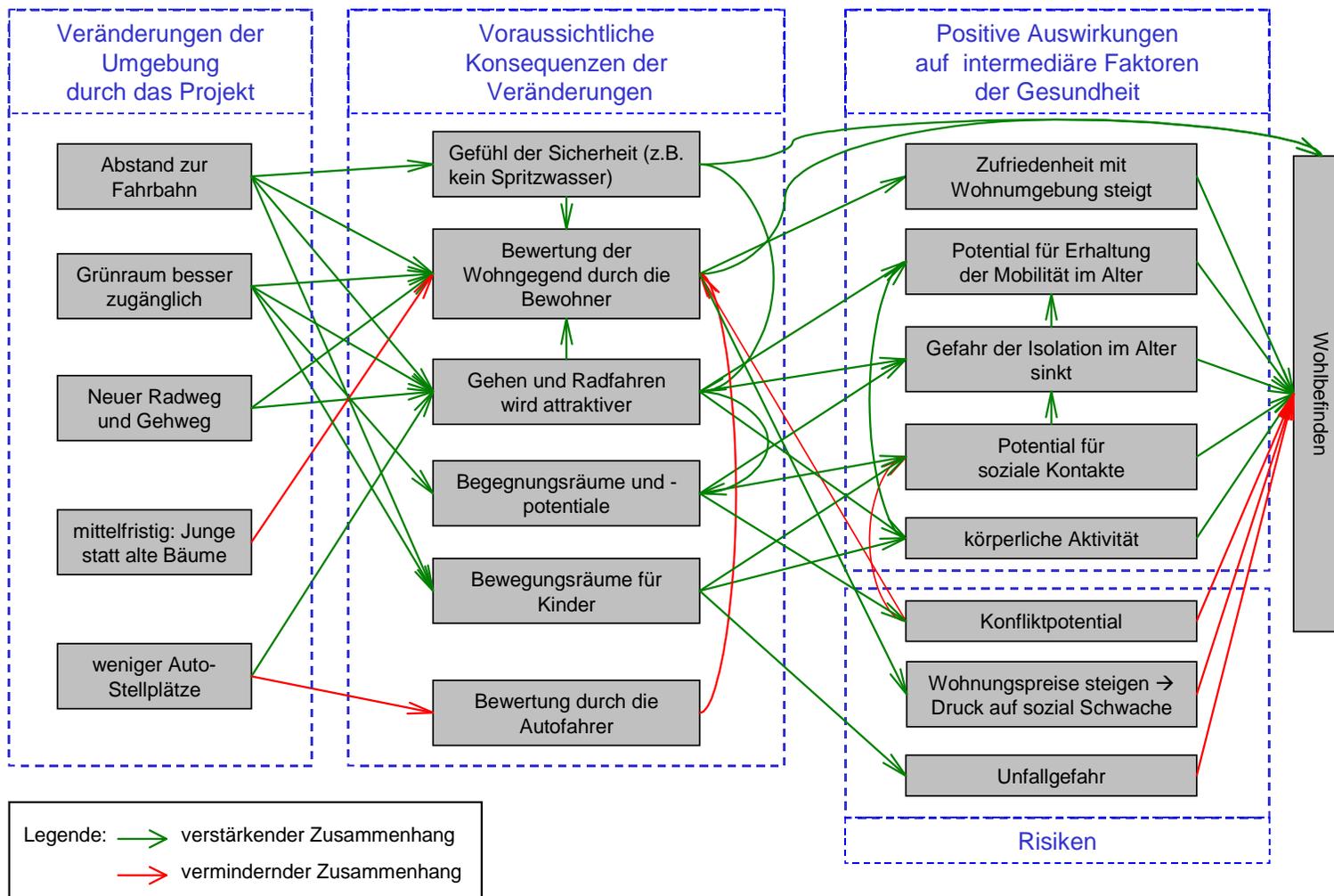
- Die Stellplätze werden weniger. Das könnte Gegenwehr von Autofahrern auslösen. Im Sinne der Gesundheit macht es das jedoch attraktiver auf das Auto zu verzichten und ist positiv zu werten.

6.4 Zusammenfassung

Die Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels wird voraussichtlich eine Reihe von Konsequenzen nach sich ziehen: Gehen und Radfahren wird attraktiver, Begegnungsräume entstehen und die Bewertung der Wohngegend steigt. Daraus lassen sich auf positiven Auswirkungen auf intermediäre Faktoren der Gesundheit der Anrainer schließen, wie z.B. Anstieg der körperlichen Aktivität, Stärkung der sozialen Kontakte. Für die betagte Wohnbevölkerung wirkt die Maßnahme potentiell mobilitätserhaltend und vermindert das Risiko der Isolation und für Kinder wird angenommen, dass hemmende Faktoren des Straßenverkehrs auf die mentale und persönliche Entwicklung gelindert werden. Als Risiken könnte sich erweisen, dass über die Bewegungsfreiheit von Kindern auch die Unfallgefahr zunimmt, dass die gewonnenen Begegnungsräume auf eine Weise genutzt werden, die für manche Gruppen ausschließend wirkt und damit Konflikte erzeugt werden, sowie die gestiegene Attraktivität der Wohngegend sich mittelfristig auf die Mietpreise auswirkt, wodurch sozial Schwache finanziell unter Druck geraten könnten.

In nachfolgender Abbildung wurde versucht, einen Überblick über die postulierten Folgen durch die Neugestaltung zu skizzieren und ihre Wirkung auf intermediäre Faktoren der Gesundheit darzustellen.

Abbildung 5: Überblick über potentielle Auswirkungen auf das Wohlbefinden



7 Überlegungen zu Maßnahmen, die über die derzeitigen Planungen hinausgehen

7.1 Sperre von einzelnen Seitenstraßen

Durch die Sperre von in den Gürtel einmündenden Straßen kann das Vorland über einzelne Quergassen gezogen werden. Dafür kommen prinzipiell alle Abzweigungen am äußeren Mariahilfer Gürtel in Frage.

Dadurch ergeben sich folgende Vorteile:

- Weiter Baumpflanzungen werden ermöglicht (sehr limitiert)
- Kleine Grünflächen können entstehen, die als Begegnungsraum und Rastplatz dienen können.
- Stellflächen für parkende Autos entlang des äußeren Mariahilfer Gürtels können gewonnen werden (wenn sie nicht durch Umkehrplätze in den Seitengassen wieder verloren gehen)
- Der Radweg gewinnt an Attraktivität, da Unterbrechungen wegfallen.
- Das Aufstellen von Schallschutzwänden wird ermöglicht.

Durch die Sperre von einzelnen Seitenstraßen würde in manchen Seitengassen eine verkehrsberuhigte Zone entstehen, in die der Grünstreifen ein Stück hineinragen könnte. Damit entstehen weitere Begegnungsräume und zumindest die Lärmbelastung aus dem direkten Durchzugsverkehr würde entfallen. Diese beruhigten Straßen bieten auch mehr Sicherheit, so dass Eltern eher ihren Kindern Bewegungsfreiraum lassen können.

Die Tatsache, dass für die Fußgänger in diesem Bereich den Gürtel entlanggehen und keine Straße zu überqueren hätten, um ans Ziel zu gelangen, erhöht die Sicherheit. Dadurch werden die Effekte, die über die gestiegene Sicherheit erreicht werden (Gehen wird attraktiver, Kinder bekommen Freiraum) noch verstärkt.

7.2 Lärmschutz:

7.2.1 Aufstellen von Lärmschutzwänden

Für die Lärmbelastung in der betreffenden Seitenstraßen könnten Lärmschutzwände eine Erleichterung bedeuten. Das setzt allerdings voraus, dass die Lärmschutzwände

relativ hoch ausfallen müssen, da sich die Lärmquellen in einem Abstand zur Lärmschutzwand befinden, wo in geringer Höhe keine Effekte zu erwarten sind. Dadurch sind die Kosten relativ hoch und es wird eine optische und physische Barriere geschaffen. Eventuell müssten die Lärmschutzwände ganz zur Fahrbahn vorgelegt werden, um den Effekt zu verbessern, dann fallen wiederum Parkflächen weg. Das Aufstellen von Lärmschutzwänden ist mit Hindernissen verbunden, aber angesichts des großen Schadens, den Verkehrslärm verursachen kann (siehe Tabelle 9), sollte die Möglichkeit jedoch erwogen werden.

7.2.2 Lärmschutz für Innenräume

Direkte Verbesserungen der Wohnqualität sind nicht Gegenstand des vorliegenden Projekts, sollen aber als Empfehlung nicht unerwähnt bleiben, da hiermit große Gesundheitsgewinne zu erzielen wären.

Es ist in Betracht zu ziehen, durch verbesserte Fenster in Kombination mit der Möglichkeit die Räume mit Fenstern direkt auf den Gürtel ohne Öffnen der Fenster zu lüften, die Lärmbelastung und eventuell sogar die Luftqualität in den Räumen zu verbessern.

Aber auch die Verbesserung der allgemeinen Wohnungsausstattung sollte im Sinne der Gesundheit der Zielgruppe erwogen werden. Falls der Anteil an Wohnungen der Kategorie D nach wie vor groß ist, erscheinen Maßnahmen zur Aufwertung der Wohnungen angebracht.

7.3 Auswahl von Bäumen

Es sollte geprüft werden, ob die Auswahl der Baumarten einen Einfluss auf ihr Vermögen Staub zu binden oder Lärm abzuhalten haben. Wenn hier Unterschiede bestehen sollte das Potential möglichst genutzt werden, auch wenn der Nutzen erst in einigen Jahren schlagend wird.

7.4 Sicherheitsmaßnahmen für Bewegungsfreiräume von Kindern

Kinder sollen sich möglichst frei bewegen können. Der Einfluss von Bewegung auf die Gesundheit wurde in Kapitel 4.2.1 bereits dargestellt. Die Bewegungsfreiheit wird oft von Eltern aus (begründeter) Angst vor Verkehrsunfällen eingeschränkt.

Sicherheitsmaßnahmen wie Absperrungen können diese Situation lindern und sollten in der Detailplanung nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

7.5 Langfristig: noch weitere Verlegung der Fahrbahn nach innen

Die Verlegung der zweiten existierenden Baumreihe ist zur Zeit nicht angedacht. In einigen Jahren jedoch, wenn die gepflanzten Bäume größer und die Effekte des derzeitigen Vorhabens bekannt sind, sollte eine noch weitere Verlegung der Fahrbahn des Gürtels und eine weitere Verbreiterung des Vorlandes erwogen werden. Es ist zu vermuten, dass sich dadurch die positiven Effekte noch verstärken können. Wenn diese Veränderung mit einer routinemäßigen Erneuerung des Straßenbelags einhergehen halten sich die Kosten eventuell in vertretbaren Grenzen.

7.6 Soziale Interaktionen und gerechte Nutzung bewusst fördern

Systeme (wie. z.B. Arbeit oder Familie) haben traditionell eine integrierende Funktion für Individuen in die Gesellschaft. Das Potential von Systemen diese Rolle zu erfüllen ist im Abnehmen begriffen. Vor dem Hintergrund steigt die Bedeutung des kleinräumigen Umfeldes für die Sozialintegration. Diese Integrationsfunktion erfüllen kleinräumige Strukturen dann, wenn sie zum Verweilen einladen (Stadt Wien 2006). Auf eine Gestaltung und Möblierung, die in diesem Sinne fördernd wirkt, sollte bei der Detailplanung geachtet werden.

Um dem Risiko von Ausgrenzungsprozessen (siehe Kapitel 6.3) zu begegnen, sollten im Anschluss an die Fertigstellung der Neugestaltung soziale Interventionen in Betracht gezogen werden.

8 *Monitoring und Evaluation*

Schritte des Monitorings sind auf beiden Zielebenen möglich (siehe Kapitel 3.1). Auf der Metaebene ist zu beobachten, wie sich die Diskussion um die weitere Verwendung von HIA als Instrument entwickelt. Auf der spezifischen Projektebene kann verfolgt werden, ob der HIA – Report zur Detailplanung herangezogen wird, und ob Vorschläge aus dem HIA in die Detailplanung einfließen. Das Ergebnis kann wahrscheinlich in einigen Jahren auch im Stadtbild betrachtet werden.

Eine abschließende Evaluation im Sinn eines systematischen Evaluationsprozesses und einer schriftlichen Überprüfung der Projektziele ist zur Zeit nicht geplant.

9 Schlussfolgerungen

Es gibt eine Reihe von Hinweisen, dass die Neugestaltung sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung, die in der Nähe des Gürtels wohnt, auswirkt. Auch wenn aus den Umweltfaktoren Lärm und Luftverschmutzung keine Verbesserungen zu erwarten sind, andere wichtige Einflussfaktoren der Gesundheit (z.B. soziale Interaktionen und körperliche Bewegung) werden potentiell gefördert. Als Risiko für die Gesundheit ist im Zusammenhang mit der geplanten Neugestaltung vor allem die Verletzungsgefahr spielender Kinder zu nennen. Wenn der Schutz vor Unfallgefahren bei der Detailplanung dementsprechend berücksichtigt wird, erscheint als Summeneffekt eine gesundheitsförderliche Wirkung der geplanten Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels als überaus wahrscheinlich.

Von den Empfehlungen zur Änderung der aktuellen Pläne hat die Sperre von Seitenfahrbahnen von den Vorschlägen zur Weiterentwicklung der aktuellen Pläne ein großes gesundheitliches Potential.

Die Effekte des konkreten Projekts auf die Gesundheit mögen gering sein, sind aber dauerhaft und ständig wirksam und damit nicht zu vernachlässigen. Besonders in Anbetracht der Tatsache, dass es sich hier um eine modellhafte Umgestaltung handelt, die bei Erfolg eventuell an anderen Gürtelabschnitten wiederholt wird, ergibt sich in einer längerfristigen Perspektive ein erhebliches gesundheitsförderliches Potential für Wien.

Das Projekt hat erste Erfahrungen mit dem Instrument HIA ermöglicht und bindet an verschiedenen Stellen relevante Entscheidungsträger aus dem Bereich Stadtplanung ein. Damit sind die wichtigsten Projektziele erreicht worden und über den weiteren Umgang der Stadt Wien mit dem Thema HIA kann in Folge entschieden werden.

Teil 3: Projektbericht und Reflexion des Projektprozesses

„Wenn du verlierst, verliere nie die Lektion.“

Aus den Empfehlungen des 14. Dalai Lama Tenzin Gyatso für das neue Jahrtausend

Im HIA –Report findet sich in Kapitel 3 eine kurze Beschreibung des Projektprozesses. Um ein Lernen aus den Erfahrungen zu ermöglichen, findet sich im Folgenden ein detaillierter Projektbericht, in dem auch auf Schwächen des Projektprozesses eingegangen wird. Dieser Bericht soll keine Wiederholung sein und geht daher nur auf Aspekte ein, die nicht in anderen Teilen dieser Arbeit bereits beschrieben sind.

1 Vorprojektphase

Die ursprüngliche Planung weicht vom tatsächlichen Projektverlauf (siehe Teil 2, Kapitel 3.2) ab und hatte vorgesehen:

- Zeitraum:
 - Vorbereitung: Mitte April – Mitte Juni 08
 - Bewertungsprozess findet im Rahmen eines Workshops Ende Juni 2008 statt
 - Erstellen des HIA – Reports: Juli 08
- Ressourceneinsatz:
 - Projektleiter Mag. Gernot Antes: 5 - 8 Wochenstunden für 4 Monate,
 - Experten: verschiedene Experten (vornehmlich aus der Stadtplanung) aus unterschiedlichen Abteilungen der Stadt Wien zum Einholen von Informationen
- Finanzeinsatz:
 - Keine Finanzmittel erforderlich

Diese Planung hatte nicht berücksichtigt, dass aufgrund der Prioritäten im Arbeitsalltag ein kontinuierliches Fortkommen nicht möglich war und andererseits die Ressourcen von anderen Abteilungen nicht ohne weiteres zu Verfügung stehen. Wenn sich die Beteiligung von Kollegen aus anderen Abteilungen im Rahmen einer kurzen

Besprechung oder eines Telefonats bewegt, war die Zusammenarbeit unbürokratisch möglich. Geht der Einsatz darüber hinaus, bedeutet das in der Regel, dass andere Aufgaben hintangestellt werden müssen und daraus entsteht naturgemäß ein Konflikt.

2 Projektphasen

2.1 Selektion des Themas (Screening)

Als ersten Schritt wurden Kriterien für das Screening formuliert, um die Auswahl eines Themas zu ermöglichen (siehe Anhang 1: Kriterien für die Auswahl des Vorhabens). Diese Selektionskriterien wurden nach den Zielsetzungen des Pilotprojekts erstellt und sind für ein HIA im Grunde untypisch, da in der Regel am Anfang die Frage steht, ob ein HIA gemacht werden soll oder nicht. In diesem Pilotprojekt steht jedoch die Absicht ein HIA zu machen am Anfang und das Screening beschäftigt sich mit der Frage, welches Projekt dafür geeignet ist. Trotzdem können die Kriterien als Beispiel dienen, da der Prozess der Entstehung der Kriterien sehr wohl modellhaft ist: erst wurden Ziele des HIA - Anwenders definiert, und davon wurden dann Kriterien zum Screening abgeleitet.

In einem Brainstorming mit Teammitgliedern der Bereichsleitung für Strukturentwicklung wurde eine lange Reihe von möglichen Themen für ein Pilot - HIA erstellt. Die meisten davon hatten mit Stadtplanung zu tun.

Themensammlung:

- **Bauliche Veränderungen in der Stadt:**
 - Bahnhof Wien Nord: Einfluss der Modernisierung auf die Umgebung
 - Verlängerung der U2 in den Bezirk Donaustadt
 - Neue Hauptbibliothek: Zugänglichkeit, Bibliothek rückt in die Nähe der Menschen durch Anbindung an U - Bahn, Lebensraum im und am Gebäude
 - Europaplatz Neugestaltung
- **Andere Maßnahmen der Stadt:**
 - Verlängerung Kurzparkzone
 - Ausweitung der Kurzparkzonengebiete rund um Stadthalle
 - Strategie „Karlsplatz“
- **Sonstige Themen:**
 - Auswirkung der EU – Dienstleistungsrichtlinie zum Gesundheitswesen

- HIA über die Auswirkungen des EU – Beitritts
- Regulation der Straßenmusiker in der Wiener Innenstadt
- Regulation der Punsch-Hütten in der Wiener Innenstadt
- Auswirkungen des neuen Punker – Hauses Mariahilf

Da viele Vorschläge dem Bereich der Stadtplanung zuzurechnen waren, wurden die Themenvorschläge gemeinsam mit DI Udo Häberlin, einem Mitarbeiter der Magistratsabteilung (MA) 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung in einer etwa einstündigen Besprechung unter Zuhilfenahme der Kriterien besprochen, aber nicht durchgehend bewertet. DI Häberlin ist Referent in der Abteilung für Stadtforschung und Raumanalysen und hat bei einer anderen Gelegenheit in einem persönlichen Gespräch Interesse am Thema HIA bekundet.

Im Zuge dieser Besprechung sind noch weitere Themen dazugekommen:

- Geplante Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels: Schaffung eines „Vorlandes“ mit Geh- und Radwegen sowie Grünflächen zwischen der Fahrbahn am Gürtel und der Häuserzeile im Bereich zwischen der Äußeren Mariahilfer Strasse und der Clementinengasse durch Verlegung des Fahrstreifens
- Bebauungsstrategie des ehemaligen Flugfeldes Aspern

In die engere Wahl sind gekommen:

1. Geplante Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels
2. Die Erweiterung der Kurzparkzone (räumlich und zeitlich)
3. Verlängerung der U2 bis in die Donaustadt

Alle drei Vorhaben der engeren Wahl erfüllen die Muss-Kriterien, unterscheiden sich aber bei den Soll – Kriterien:

- Die Erweiterung der Kurzparkzone ist ein abgeschlossenes Vorhaben, das mit einem HIA nur evaluierend beurteilt werden könnte.
- Der Gürtelumbau befindet sich in einer Planungsphase, in der das HIA potentiell die Ausführung beeinflussen kann.
- Die Faktoren zur gesundheitlichen Auswirkungen und die betroffene Zielgruppe sind bei der Gürtelneugestaltung überschaubar - die Auswirkungen der U2 sind weitaus vielfältiger und komplexer.

- Die Planung der Verlängerung der U – Bahn ist abgeschlossen und die Bauarbeiten haben bereits begonnen. Somit kann das Vorhaben durch das HIA nicht mehr verändert werden.

Somit fiel die Wahl auf die geplante Neugestaltung des Äußeren Mariahilfer Gürtels, da dieses Vorhaben als einziges auch die Soll-Kriterien erfüllte. Kritisch ist anzumerken, dass eine systematische Anwendung der Kriterien im ersten Schritt nicht stattgefunden hat und die Kriterien schließlich nur auf die engere Auswahl der Themen angewandt wurden.

2.2 Rahmendefinition (Scoping)

2.2.1 Formierung von Steuergruppe und Arbeitsgruppe

Die Steuergruppe setzt sich in der Regel aus Repräsentanten der Auftraggeber zusammen. Auftraggeber sind in der Regel diejenigen Entitäten, die für die Kosten des HIA aufkommen oder sonst Einfluss auf die Umsetzung des HIA haben.

Im Fall des vorliegenden Projekts kam die Motivation für die Umsetzung aus der Mitgliedschaft der Stadt Wien am WHO Healthy Cities Network. Externe Auftraggeber gab es nicht und finanzielle Mittel waren abgesehen von den Personalkosten des Projektleiters nicht notwendig (und auch diese Kosten sind dem Projekt „Wien – Gesunde Stadt“ zuzurechnen). Insofern lag es nahe, die Steuergruppe mit Mitarbeitern aus der Bereichsleitung für Strukturenwicklung zu besetzen, aus denen sich auch das Team des Gesunde Stadt Projekts zusammensetzt.

Diese Steuergruppe war geeignet, die Ziele auf der Metaebene (siehe Teil 2, Kapitel 3.1) zu begleiten. Für das eigentliche HIA – Projekt wäre im Nachhinein betrachtet bereits an dieser Stelle die Einbindung von Entscheidungsträgern aus den relevanten Abteilungen und damit die Formierung einer eigenen Steuergruppe auf dieser Ebene empfehlenswert gewesen.

Zur Formierung der Arbeitsgruppe waren neben dem Projektleiter, der in Person des Autors als angehender Master of Public Health und aufgrund seiner Berufserfahrung auch Kompetenzen zu Gesundheitsfragen einbringen konnte, Personen notwendig, die Know How zu Stadtplanungs- und Verkehrsfragen, sowie zur Gürtelneugestaltung an sich einbringen konnten. Daher wurde DI Udo Häberlin in die Arbeitsgruppe eingeladen. Von ihm kam der Vorschlag, Frau DI Christiane Demcesin in die

Arbeitsgruppe einzuladen, die als Mitarbeiterin der MA 21A – Stadtteilplanung und Flächennutzung Innen-West mit den Themen der Gürtelneugestaltung des gesamten Westgürtels befasst ist. Für beide wurde die Genehmigung zur Mitarbeit bei der Abteilungsleitung eingeholt. Bis zur Fertigstellung dieser Arbeit fand nur ein Arbeitsgruppentreffen statt, ein zweites Treffen ist zur Vorbereitung des Stakeholderworkshops geplant.

Kritische Anmerkung zur Arbeitsgruppe:

- Die Arbeitsgruppe hätte auch eine(n) Mitarbeiter(in) aus der Abteilung benötigt, die für die Planungen der Neugestaltung des Äußeren Marhilfer Gürtels in weiterer Folge zuständig ist. Das wurde zu spät erkannt. Es ist geplant, das bei der Vorbereitung für das zweite Arbeitsgruppentreffen zu berücksichtigen.
- Da die Umsetzung eines HIA nicht zu den Standardaufgaben der Arbeitsgruppenmitglieder zählt, war es oft schwer, die notwendige Arbeitszeit dafür aufzubringen, obwohl die Kooperationsbereitschaft durchaus gegeben war. Unter diesen Umständen war es nicht möglich, Arbeitspakete zu delegieren, was zu einem rascheren Ergebnis geführt hätte.

2.2.2 Vorhabensanalyse

Anhand der Checkliste zur Vorhabensanalyse (siehe Tabelle 3: Fragenliste zur Vorhabensanalyse) wurde in einer etwa einstündigen Arbeitsgruppensitzung das geplante Projekt analysiert. Die Informationen wurden in Form eines Ergebnisprotokolls festgehalten. Dieses Protokoll ist im Anhang 2 nach der Checkliste zur Vorhabensanalyse gegliedert dargestellt.

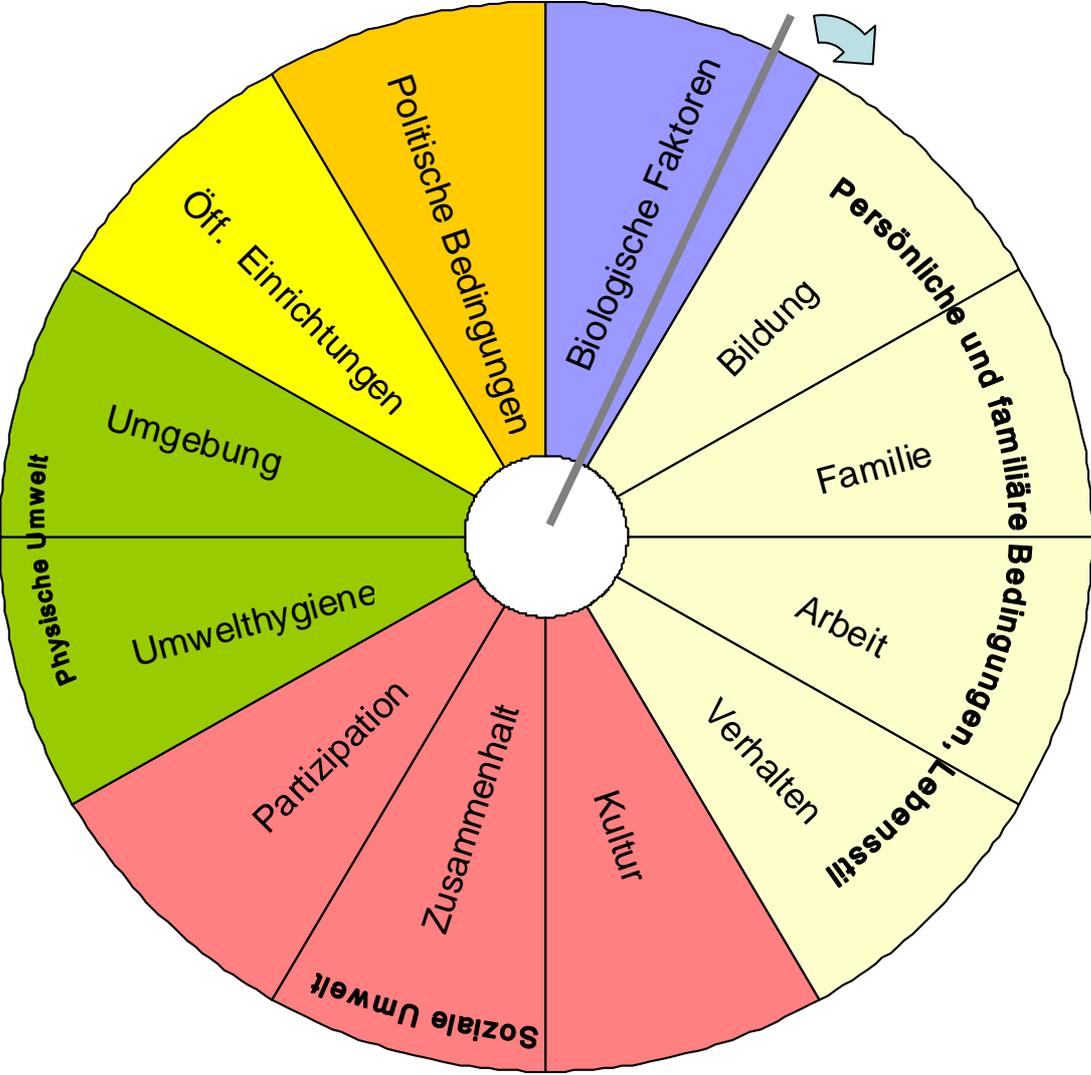
Bei der Vorhabensanalyse hat sich herausgestellt, dass der schichtweise Aufbau der Darstellung der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead (siehe Abbildung 1) eher ablenkt, da die einzelnen Faktoren sofort in Beziehung zueinander gesetzt werden und die Diskussion daher sehr komplex und abschweifend wird. Aus diesem Grund erscheint eine Darstellung, die auf die Gesundheitsdeterminanten weniger vernetzt eingeht und die Determinanten einzeln nennt als Arbeitsunterlage günstiger. Eine solche Darstellung ist die Liste der Gesundheitsdeterminanten nach Scott-Samuel 2001.

Angeregt von einem Vortrag von Dr.PH Ursel Broesskamp-Stoneim². hat der Autor aus diesem Grund die Arbeitsunterlage „Determinantenradar“ entwickelt (siehe Abbildung 6). In diesem Instrument werden die Gesundheitsdeterminanten schlagwortartig und gruppiert in Überbegriffen dargestellt. Die hellblaue Linie, die von der Mitte nach oben zeigt symbolisiert den Radarstrahl, die er auf der Anzeige eines Radars kreist. Der Radarstrahl ist mit einem Pfeil versehen, der die Richtung für die Gruppe angibt. Dadurch werden die einzelnen Felder nicht durcheinander sondern eher gemeinsam in der Gruppe besprochen. Der Radar steht bewusst im Feld „Biologische Faktoren“, da hier meist keine Einflüsse zu erwarten sind und dadurch Zeit für die Erklärung der Vorgehensweise bleibt. Der Begriff Radar wird verwendet, um zu veranschaulichen, dass nicht jedes Feld notwendigerweise befüllt werden muss. So wie ein Radar (z.B. in der Überwachung des Flugverkehrs) zwar den gesamten Radius absucht, aber nur dort ein Signal gibt, wo sich ein Objekt befindet, ist auch dieses Instrument so gedacht, dass die Felder, zu denen keine Einflüsse des Vorhabens zu erwarten sind, ausgelassen werden und die „Gegenstände“ in den anderen Feldern notiert werden. Der Begriff Radar ist so weit geläufig und aus Film und Fernsehen bekannt, dass bei der Anwendung wenig Erläuterung notwendig war, um das Prinzip zu vermitteln.

Ausgedruckt auf einem querformatigen A4 –Blatt ist in den einzelnen Feldern und am Rand ausreichend Platz für Notizen. Jede(r) TeilnehmerIn an der Arbeitsgruppe erhält einen Ausdruck und ein Beiblatt (ein Ausdruck der Tabelle 4), das im Wesentlichen eine Übersetzung der Tabelle „Key areas influencing health“ aus den „Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment“ (Scott-Samuel 2001) darstellt. Dieses Beiblatt gibt Beispiele für spezifische Determinanten, wie sie den Überbegriffen zugeordnet werden können. Diese Beispiele dienen als Anregung, um für das zu beurteilende Vorhaben spezifische Determinanten zu nennen und gleichzeitig sind sie breit genug aufgelistet, um kein Themenfeld zu übersehen.

² Dr.PH Ursel Broesskamp-Stone ist Leiterin der Abteilung Internationales und Evidenz der Gesundheitsförderung Schweiz und hat in ihrem Beitrag zur 10. Gesundheitsförderungskonferenz am 25. April 2008 in Graz die Netzwerkarbeit zur Evidenzgewinnung mit einem Radarmodell erläutert.

Abbildung 6: „Determinantenradar“ als Arbeitsunterlage für die Vorhabensanalyse



2.2.3 Anmerkungen zum Scoping

Der Zeitplan wurde immer wieder verschoben, weil der Aufwand größer war als geplant. Neben der Schwierigkeit, den Aufwand für das Projekt neben den „normalen“ Aufgaben im Büroalltag unterzubringen (dazu gehört auch, dass oft unvorhergesehen mehr Arbeit unter Zeitdruck anfällt und daher die weniger priorisierten Agenden hinten gestellt werden müssen), ist auch der Charakter des Projekts (Pionierarbeit, betreten von „Neuland“) dafür verantwortlich. Aspekte dieses Neuland-Charakters sind:

- Jeder Schritt der Planung bedeutet Vorarbeit:
 - die Übersetzung von englischsprachigen Anleitungen
 - der Vergleich mehrerer Modellen und Guidelines, um eine passende Vorgehensweise auszuwählen
 - oft habe ich Teile aus mehreren Werkzeugen zusammengefügt, oder Teile weggelassen, weil mir das für das konkrete Projekt praktikabel erschienen ist. Auf diese Weise sind projektspezifische Checklisten und Tools entstanden
- Vor jedem Gespräch mit einem Gesprächspartner, dem das Projekt noch unbekannt war (Steuergruppe, Arbeitsgruppenmitglieder, Interviewpartner, Führungskräfte), stand eine kurze Einführung in die Thematik HIA, damit das Gespräch sinnvoll ablaufen konnte. Zu diesem Zweck habe ich eine eigene kurze Einführung in HIA verfasst, die ich oft vorab ausgesendet habe.
- Immer wieder mussten Begriffe geklärt werden, auch nach dem Erstgespräch - allen voran der Begriff „Gesundheitsdeterminanten“, da das dahinter liegende Konzept oft nicht sofort verständlich ist und zum Teil auch „gegen den Strich“ der gewohnten Denkweise über Gesundheit geht. Trotzdem ist der Begriff für HIA so zentral, dass er immer wieder verwendet werden muss und auch damit gearbeitet werden muss. Um das zu erleichtern habe ich den „Determinantenradar“ erarbeitet, da das klassische Determinantenmodell von Dahlgren und Whitehead sich in der Praxis als wenig tauglich erwiesen hat.
- Wenn die Auswahl bzw. Zusammenstellung eines Instruments abgeschlossen ist, und das Instrument zur Verfügung steht, ist nicht bekannt, was das in der Praxis bedeutet (Wie viel Zeit wird benötigt? Wird das Instrument richtig verstanden? Welche Ergebnisse kann man erwarten?)
- Die Mitarbeit auf Sacharbeiterebene bedeutet immer auch, dass die jeweilige Magistratsabteilung zustimmt bzw. den/die MitarbeiterIn entsendet. Hier war

zum Teil Überzeugungsarbeit notwendig, die im Wiederholungsfall nicht mehr anfällt.

Wiederholte HIAs sind wahrscheinlich in kürzerer Zeit zu bewältigen.

2.3 Bewertungsverfahren (Appraisal) und Verfassen des HIA - Berichts

Das Bewertungsverfahren wurde vom Projektleiter annähernd alleine durchgeführt. Im Bewertungsverfahren wurden die von der Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellten Dokumente analysiert (siehe auch Teil 2, Kapitel 2). Parallel dazu wurde mit der Literatursuche begonnen. In der Vorhabensanalyse im Scoping sind viele Einflussfaktoren auf die Gesundheit aufgezeigt worden, die mit der Umsetzung des Projekts einhergehen. Einerseits wurde mittels Google gesucht und andererseits eine Abfrage in Medline durchgeführt. Auch von KollegInnen kamen Hinweise auf diverse Berichte der WHO und der Stadt Wien.

Die Bewertung wurde in einem reinen Desktop – Verfahren durchgeführt. Im Wesentlichen entstand die Bewertung während der Arbeit an dem HIA Rohbericht, der an die Mitglieder der Arbeitsgruppe ausgesandt wurde.

Als Abschluss des Bewertungsverfahrens ist ein Workshop mit mehreren Entscheidungsträgern und Sachbearbeitern (mit Expertenstatus) aus mehreren Abteilungen der Stadt Wien geplant, der zum Zeitpunkt der Einreichung der vorliegenden Arbeit noch nicht stattgefunden hat. Im Workshop sollen das Bewertungsergebnis diskutiert und letzte Änderungen eingearbeitet werden. Wichtig ist, dass Experten von allen relevanten Teilgebieten (Stadtplanung, Verkehrsplanung, Grünraumnutzung, Gesundheit) involviert sind und die Ergebnisse nachvollziehen können.

Anmerkungen zum Bewertungsverfahren:

In einem Beteiligungsverfahren zur Neugestaltung des Wiener Westgürtels entstand die Idee zur Fahrbahnverlegung und damit war der Inhalt des Projekts bereits Ergebnis eines Partizipationsprozesses. Trotzdem ist anzumerken, dass die Vorgehensweise dem HIA Grundprinzip Demokratie nicht gefolgt ist: die Möglichkeit zu partizipieren war im Rahmen des HIA von Seiten der Zielgruppe nicht gegeben und die Prozesse des HIA waren für Außenstehende des Magistrats nicht transparent. Das ist letztlich ein

Manko, andererseits aber folgerichtig für den Rahmen des Projekts: es soll eine Grundlage bieten, um über den weiteren Einsatz von HIA zu entscheiden und nicht durch die voreilige Einbeziehung von Experten und Betroffenen die Erwartung wecken, dass HIA nun als Instrument in Wien Fuß fassen wird.

2.4 Dissemination des HIA –Berichts

Geplant ist, die Ergebnisse des HIAs in einer Runde zu diskutieren, die sich aus Beteiligten am Prozess, Entscheidungsträgern im Magistrat Wien und aus Vertretern der politischen Ebene zusammensetzt.

2.5 Monitoring und Evaluierung

In Gesprächen mit den Planungsverantwortlichen der Magistratsabteilung 28 soll festgestellt werden, ob Vorschläge des HIA in die Planungen aufgenommen werden.

3 Schlussfolgerungen - Empfehlungen

Zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Masterarbeit war das Projekt nicht abgeschlossen. Das wäre wünschenswert gewesen, war aber aufgrund des verzögerten Projektablaufs nicht möglich, da sonst der letztmögliche Abgabezeitpunkt für die Arbeit verstrichen wäre.

Die Prozesse waren für alle Beteiligten neu, und von daher wurde der Aufwand falsch eingeschätzt. Der detaillierten Projektplanung hätte mehr Raum gegeben werden sollen, gerade weil es sich um einen unbekanntem Prozess gehandelt hat. Eine möglichst frühe Einbindung von relevanten Entscheidungsträgern wäre empfehlenswert gewesen.

Der Charakter des Projekts führte zu einem auf den Kopf gestellten Screening – Verfahren: am Anfang stand nicht ein Vorhaben und die Frage, ob hier ein HIA gemacht werden soll, sondern am Anfang stand die Absicht ein HIA zu machen und die Frage welches Projekt dafür geeignet sei. Von da her lag dem HIA auch kein Auftrag zur Planungsbeeinflussung zu Grunde, was als Schwachpunkt gesehen werden kann.

Im Projekt zeigt sich auch die Schwierigkeit, die HIA hat, wenn es vom Gesundheitsressort initiiert wird, aber Einfluss auf die Kosten und Entscheidungen

eines anderen Ressorts ausübt, da unter Umständen Mehrkosten oder ein Mehr an Arbeit für die Projektbetreiber oder Auftraggeber entstehen. Die Legitimation für den Einsatz von HIA müsste demnach Ressortübergreifend definiert oder von einer übergeordneten Stelle vorgegeben werden.

Die Entscheidung das HIA als internen Prozess der Stadt Wien anzulegen und auch der Zeitdruck hat die Einbindung von externen Experten verhindert. Eine Möglichkeit wäre dabei gewesen, nach österreichischen Autoren an internationalen Berichten zu suchen und diese einzubinden.

Abschließend kann festgehalten werden: Das Projekt hat erste Erfahrungen mit dem Instrument HIA ermöglicht und bindet an verschiedenen Stellen relevante Entscheidungsträger aus dem Bereich Stadtplanung ein. Damit sind wichtige Projektziele erreicht worden und über den weiteren Umgang der Stadt Wien mit dem Thema HIA kann in Folge entschieden werden.

Anhänge

Anhang 1: Kriterien für die Auswahl des Vorhabens

Kriterien für die Auswahl des Pilot HIA
<p>Muss-Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none">• Es handelt sich um ein konkretes und bereits vorliegendes Vorhaben (Strategie, Plan, Projekt...) und nicht um eine wenig ausgearbeitete Projektidee.• Es handelt sich um ein Handlungsfeld der Stadt Wien, so dass die Entscheidung über die Gestaltung des Vorhabens innerhalb der Stadt liegen.• Daten über das Vorhaben und zur Evidenz zur Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen sind voraussichtlich verfügbar
<p>Soll-Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Komplexität des Themas ist überschaubar, da dann das Risiko, aufgrund der geringen Erfahrung mit dem HIA -Prozess zu scheitern, geringer ist.• Ansprechpartner für eine Arbeitsgruppe sind voraussichtlich verfügbar• Es gibt Entscheidungsspielräume, so dass die Ergebnisse des HIA potentiell das Ergebnis beeinflussen können.• Das Vorhaben betrifft möglichst die ganze Bevölkerung einer Region in Wien oder ganz Wien und nicht nur eine spezifische Zielgruppe (wie z.B. Wohnungslose oder Migranten).
<p>Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Vorhaben soll nicht der akademischen Forschung dienen (z.B. eine wissenschaftliche Studie)• Es soll sich nicht um ein Vorhaben des Gesundheitswesens (z.B. ein Krankenhausprojekt) handeln, da die Intersektoralität im Vordergrund steht. Gerade Projekte, die nicht auf den ersten Blick der Gesundheit dienen, sollen mit einem HIA beurteilt werden.

Anhang 2: Ergebnisprotokoll der Vorhabensanalyse der Scoping -Phase

1. Was sind die hauptsächlichen Outputs (Produkte), Deliverables (Ergebnisse) und / oder Outcomes (Resultate, Folgen) des Vorhabens?

Die Fahrbahn des Äußeren Mariahilfer Gürtels soll um etwa 9 Meter von der Häuserzeile weg verlegt werden. Damit wird der vorhandene Gehweg verbreitert und ein Radweg sowie ein Grünstreifen zwischen der Häuserzeile und dem Fließverkehr geschaffen.

Damit Verbunden sind in Folge:

- Gestiegene Usability der Radwege und Gehwege durch mehr Sicherheit, Sicherheitsgefühl, Komfort (z.B. kein Spritzwasser von Autos bei Regen) und damit ist eine steigende Fußgänger- und Radfahrerfrequenz zu erwarten.
- Eine Baumreihe von „alten“ Bäumen muss gefällt werden, die Ersatzpflanzungen gestalten sich schwierig, da nicht so viele Bäume in dem neuen Grünstreifen untergebracht werden können.

Die Gesamtkosten des Umbaus betragen etwa 2,2 Mio €. Die Hälfte davon kann von der EU gefördert werden, damit belaufen sich die Kosten auf etwa 1,1 Mio €. Ein neuer Fahrbahnbelag (Beton ersetzt Asphalt) wird regelmäßig fällig und kostet etwa 800.000 €. Falls die Fahrbahnverlegung mit der Erneuerung des Belages zusammenfällt verursacht das Projekt nur noch zusätzliche Kosten in der Größenordnung von etwa 200.000 €. (Basis eine erste Grobkostenschätzung)

2. Der Entscheidungsprozess: (wie wird die Entscheidung getroffen, mit welchem Zeitplan, von welchen Personen, welche Chance gibt es die Entscheidung mit dem HIA zu beeinflussen?)

- MA 28 hat Machbarkeitsstudie beauftragt, die 2004 bis 2006 von TRAFICO erbracht wurde.
- MA 42 beauftragte Baumgutachten, das 2008 fertig gestellt wurde.
- MA 28 geht (beauftragt) in den nächsten Monaten in die Detailplanung. In dieser Phase ist eine Beeinflussung der Planung möglich.
- Der fertig gestellte Plan wird vor der Umsetzung dem Gemeinderat zum Beschluss vorgelegt.

3. Komponenten des Vorhabens, die in der Bewertungsphase näher untersucht werden müssen

- Können Seitenfahrbahnen verkehrsberuhigt werden und an diesen Stellen die Grünfläche ausgedehnt werden?

- Welche Bäume sollen gepflanzt werden, gibt es Arten, die besser Luftfiltern oder Lärmdämmen?
- Wie sieht die Flächenbilanz aus (Fahrbahn : Parkfläche : Radwege : Fußgänger : Grünfläche)

4. Welche Aspekte des Vorhabens sind unveränderlich bzw. nicht verhandelbar?

- Fahrbahn noch weiter verlegen und damit das verbreiterte Vorland vor den Häusern wirklich parkähnlich gestalten wäre prinzipiell eine Option, dazu müssten aber alle existierenden alten Bäume gefällt werden und der Bereich würde über mehrere Jahre kahl sein. Das ist daher keine relevante Option.
- Tempolimit, damit sowohl Luft als auch Lärm ursächlich eingeschränkt werden ist aufgrund der Wichtigkeit der Verkehrsader nicht angedacht.
- weniger Fahrstreifen ebenso
- Das Geld aus dem Bauvorhaben steht für anderweitige Gesundheitsmaßnahmen nicht zur Verfügung, falls das Projekt nicht umgesetzt wird

5. Welche Optionen und Alternativen sollen in der Bewertungsphase untersucht werden?

- Fahrbahnverlegung versus Erneuerung des Belags oder Betrieb wie bisher

6. Sind andere Bewertungsverfahren in Überschneidung mit HIA im Einsatz?

- Ob ein UVP angewendet wird, ist noch nicht klar, aber eher unwahrscheinlich
- Bürgerbeteiligungsverfahren im Vorfeld: die Fahrbahnverlegung war ein Wunsch der Bürger (aber nicht unbedingt der Anrainer in diesem Abschnitt)

7. Welche Bevölkerungsgruppen (Communities) sind im Falle der Umsetzung des Vorhabens betroffen?

- Pfarrgemeinde durch Aufwertung und Vergrößerung des Platzes um die Kirche
- Anrainer
- Passanten

- Autofahrer: im Durchzugsverkehr wenig Änderung, Parkraum wird wahrscheinlich reduziert, im Falle von Verkehrsberuhigung müssen Umwege in Kauf genommen werden
- Radfahrer als Anrainer und im Durchzugsverkehr durch Aufwertung der Radfahrstrecke

8. Was sind darin benachteiligte oder gesundheitlich gefährdete Gruppen ?

Die Wohngegend hat einen hohen Anteil an MigrantInnen. Vor allem die türkische Minderheit nutzt wahrscheinlich den öffentlichen Raum intensiver als andere und es könnte auf diese Weise zu Verdrängung oder Konflikten kommen.

9. Welche Region ist betroffen?

Der Bereich im 15. Bezirk mit etwa 2-3 Wohnblöcken Tiefe vom Gürtel

10. Wer sind die Stakeholder?

- Stadt Wien (MA 28, 21, 18, 22, 46 ...?)
- EU?
- Bewohner
- Wirtschaftstreibende (Geschäftslokale, Taxistand)
- Wiener Linien

11. Wer sind die Hauptinformanten für die Fakten im Bewertungsverfahren?

MA 28, MA 21A, MA 18

12. Welche Gesundheitsdeterminanten werden wahrscheinlich durch das Vorhaben beeinflusst?

- Wohnumfeld: Aufwertung der Wohngegend, wahrgenommene Umgebungsqualität
- Soziale Rahmenbedingungen durch erleichterte Begegnung
- Umweltfaktoren (Luft, Lärm ?)
- Individuelle Lebensstilfaktoren:
 - Körperliche Aktivität: Förderung des Fußgehens, Radfahrens, Sicherheitsgefühl (dadurch eher außer Haus gehen)
 - Seelische Gesundheit: wirkt Isolation entgegen

13. Welche relevanten potentiellen Einflüsse auf die Gesundheit sind zu Beginn des HIA im Blickfeld? (siehe Punkt 12)

Literaturverzeichnis

- Arbter K (2004), Strategische Umweltprüfung für die Planungspraxis der Zukunft, Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien – Graz 2004
- Blau J, Ernst K, Wismar M, Baro F; Blenkus M, von Bremen K, Fehr R, Gulis G, Kauppinen T, Mekel O, Nelimarkka K, Perttilä K, Scagnetti N, Sprenger M, Stegeman I, Welteke R (2006): The use of health impact assessment across Europe. In: Health in All Policies - Prospects and potentials on European Health Systems and Policies. Ministry of Social Affairs and Health Finland, European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), 2006, <http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf> (abgerufen am 30.8.2008)
- Chaix B, Lindström M, Rosvall M, Merlo J. Neighbourhood social interactions and risk of acute myocardial infarction. *J. Epidemiol. Community Health* 2008;62;62-68
- Coggins T, Cooke A, Friedli L, Nicholls J, Scott-Samuel A, Stansfield J (2007). Mental Well-being Impact Assessment: A Toolkit, <http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT%20Reports/mwia-toolkit1.pdf> (abgerufen am 11.8.2008)
- EU (1997) Richtlinie 85/337/EWG idF 97/11/EG des Rates und der Kommission über die Umweltverträglichkeitsprüfung bei bestimmten öffentlichen und privaten Projekten, Abl. EU Nr. L 73/05 vom 14.3.1997.
- Europäische Kommission (1999), VERTRAG ZUR GRÜNDUNG DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT, dritter Teil (Die Politiken der Gemeinschaft) TITEL XIII Gesundheitswesen, <http://europa.eu/eur-lex/de/treaties/selected/livre235.html> (abgerufen am 12.8.2008)
- Europäische Kommission (2004), European Policy Health Impact Assessment, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf (abgerufen am 12.8.2008)
- European Centre for Health Policy, World Health Organization Regional Office for Europe. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. W.H.O. Brussels, 1999. (The "Gothenberg Consensus Paper"), <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>. (abgerufen am 20.11.2004)
- European Commission (1999). Cycling: the way ahead for towns and cities. European Commission, Environment DG, www.ec.europa.eu/environment/cycling/cycling_en.pdf (abgerufen am 22.8.2008)
- European Commission (1999). Cycling: the way ahead for towns and cities. European Commission, Environment DG, www.ec.europa.eu/environment/cycling/cycling_en.pdf (abgerufen am 22.8.2008)
- Institut Sicher Leben (2004), Unfallstatistik 2003, Institut „Sicher Leben“ des Kuratorium für Schutz und Sicherheit (Hrs. und Verl.), Wien 2004
- Ison E (2004 a), An Introduction to Health Impact Assessment., Plenary Lecture, Phase IV (2003-2007) Healthy Cities Network Meeting 27.-29. October 2004

- Ison E (2004 b), Rapid appraisal techniques. in: health impact assessment, Hrsg: J Kenn, J Parry, S. Palmer, 2. Aufl. Oxford 2004, Oxford Medical Press 2004,ppg 91 ff
- Käfer A, Stringl M (2005) Machbarkeitsstudie zur Neugestaltung des Gürtels, Stadt Wien, Magistratsabteilung 28 (Auftraggeber): TRAFICO Verkehrsplanung,
- Kemm J, Parry J: What is HIA? Introduction and overview. In: health impact assessment, Hrsg: J Kenn, J Parry, S. Palmer, 2. Aufl. Oxford 2004, Oxford Medical Press 2004,ppg 1 ff
- Kemm J, What is HIA and why might it be useful? In: The Effectiveness of Health Impact Assessment. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figuras J (Hrsg.), WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies 2007.
<http://www.euro.who.int/document/E90794.pdf> (abgerufen am 30.8.2008)
- Krieger N, Northridge M, Gruskin S, Quinn M, Kriebel D, Davey Smith G, Bassett M, Rehkopf D H, Miller C, and the HIA “promise and pitfalls” conference group (2003), Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives, J Epidemiol Community Health 2003;57:659–662
- Künzli N, Kaiser R, Medina S, Studnicka M, Chanel O, Filliger P, Herry M, Horak F Jr, Puybonnieux-Textier V, Quénel P, Schneider J, Seethaler R, Vergnaud JC, Sommer H (2000), Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. Lancet. 2000 Sep 2;356(9232):795-801.
- Lebensministerium (2007), Liste SUP Umsetzung inkl. Leitfäden,
<http://umwelt.lebensministerium.at/article/articleview/56588/1/7241> (abgerufen am 7.8.2008)
- Li Fuzhong, Fisher K J, Brownson R C, Bosworth M, Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. J Epidemiol Community Health 2005;59:558–564.
- Lock K (2000), Health impact assessment, BMJ 2000;320:1395-1398
- Maas j, Verheij R, Groenewegen P, de Vries S and Spreeuwenberg P, Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? J. Epidemiol. Community Health 2006;60:587-59
- Marmot M., Status syndrome. Bloomsbury Publishing, London 2004
- Mindell J, E Ison, M Joffe (2003), A glossary for health impact assessment, J Epidemiol Community Health 2003;57:647–651
- Mindell J, Joffe M, Ison E (2004), Planning an HIA, in: health impact assessment, Hrsg: J Kenn, J Parry, S. Palmer, 2. Aufl. Oxford 2004, Oxford Medical Press 2004,ppg 91 ff
- Naidoo J, Wills J (2004) Lehrbuch der Gesundheitsförderung 1. Auflage in deutscher Übersetzung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2004
- Petticrew M, Macintyre S, Thomson H (2004), Evidence in HIA, in: health impact assessment, Hrsg: J Kenn, J Parry, S. Palmer, 2. Aufl. Oxford 2004, Oxford Medical Press 2004,ppg 91 ff

- Rosenbrock (2006): Wissensbasierte Steuerung, Vortrag im Rahmen des Universitätslehrgangs Public Health an der Medizinischen Universität Graz am 16.5.2006
- Ross C (2007) Atlanta BeltLine HIA, <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=49620> (abgerufen am 19.8.2008)
- Rütten A, Abel T, Kannas L, von Lengerke T, Lüschen G, Diaz JA, Vinck J, van der Zee J. Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Feb;55(2):139-46.
- Scott-Samuel A (1998) Health impact assessment—theory into practice, *J Epidemiol Community Health* 1998;52:704–705
- Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K (2001), *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, 2001; Published by the International Health Impact Assessment Consortium. http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT%20Reports/2001_merseyside_guidelines_31.pdf. Abgerufen am 11.8.2008
- Siegrist S, Marmot M. (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verlag Huber Hans, Bern 2008
- Sprenger M (2005) Health Impact Assessment, *Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ)* 2005;09:18-21
- Stadt Wien (2006), „Integration im öffentlichen Raum“, Studie im Auftrag der MA 18, Wien 2006
- Stadt Wien (Hrsg.) Thematische Karten MA 18 - Stadtentwicklung und Stadtplanung, laufende Auswertungen, verfügbar unter <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/forschung/karten/index.htm> (abgerufen am 20.8.2008)
- Stadt Wien (Hrsg.), *Gesundheitsbericht 2004*. Wien, 2005
- Stadt Wien (Hrsg.), *Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2000/02: Herz-Kreislauferkrankungen in Wien – Wien 2000*
- Stadt Wien (Hrsg.), *Statistisches Jahrbuch 2007 – Wien*, 2008
- Statistik Austria (2008) *Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004* http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/todesursachen/publdetail?id=82&listid=82&detail=455 (abgerufen am 13.8.2008)
- Takano T, Nakamura K, Watanabe M (2002), Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *J. Epidemiol. Community Health* 2002;56;913-918
- Taylor L, Quigley R. (2002) *Health impact assessment: a review of reviews*., London: National Health Service, Health Development Agency, 2002. http://www.hda-online.org.uk/documents/hia_review.pdf (abgerufen am 25.11.2004)
- UK National Health Service (2002), Health Executive London, 2002: *A Short Guide to Health Impact Assessment*. <http://www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf> (abgerufen am 20.11.2004)

- UK National Health Service (2004), Health Development Agency 2004: ,Clarifying health impact assessment, integrated impact assessment and health needs assessment,http://www.hda.nhs.uk/documents/clarifying_hia.pdf (abgerufen am 25.11.2004)
- UK National Health Service(2001), Health Executive London, 2001,Health impact assessment.,<http://www.ohn.gov.uk/ohn/making/impact.htm>. (abgerufen am 20. 11. 2004.)
- UNEP (2004) United Nations Environment Programme: Environmental Impact Assessment and Strategic Environmental Assessment: Towards an Integrated Approach www.unep.ch/etu/publications/textONUBr.pdf ; (abgerufen am 7.8.2008)
- Universtiy of Birmingham (2003), Health Impact Assessment Research Unit., HIA Training Manual.,2003; www.publichealth.bham.ac.uk/hiaru/files/Training%2520Manual.pdf. (abgerufen am 20.11.2004)
- UVP-G 2000 Bundesgesetz über die Prüfung der Umweltverträglichkeit (Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz 2000 –UVP-G 2000), www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/umweltthemen/umweltpolitische/UVP/KonsF_UVP-G_2000_idF_14_05.pdf (abgerufen am 7.8.2008)
- UVP-G 2000, Bundesgesetz über die Prüfung der Umweltverträglichkeit (Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz 2000 – UVP-G 2000), BGBl. Nr. 697/1993 idF BGBl. I Nr. 108/2001.
- WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, autorisierte deutsche Übersetzung, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (abgerufen am 13.8.2008)
- WHO (1999), European Centre for Health Policy, World Health Organization Regional Office for Europe. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. W.H.O. Brussels, 1999. (The “Gothenberg Consensus Paper”), <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>. (abgerufen am 20.11.2004)
- WHO (2000) Transport, environment and health, WHO Regional Office for Europe, WHO regional publications, European series; No. 89, www.euro.who.int/document/e72015.pdf (abgerufen am 13.8.2008)
- WHO (2002b) A physically active life through everyday transport, WHO Regional Office for Europe (Hrsg.) 2002, www.euro.who.int/document/e75662.pdf (abgerufen am 22.8.2008)
- WHO (2004), Regional Office for Europe. Delivering the Phase IV Core Themes, Handout to the Phase IV (2003-2007) Healthy Cities Network Meeting in Udine, Italien, 27.-29. October 2004
- WHO (2004b) Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe, WHO Regional Office for Europe (Hrsg.) 2004, www.euro.who.int/document/e81384g.pdf (abgerufen am 22.8.2008)
- WHO (2005), WHO Regional Office for Europe, Healthy Cities 21st Century, HIA Toolkit for Cities, Download from the password protected website (abgerufen am 12.3.2008)
- WHO (2005b), World Health Organisation, Commission on Social Determinants of Health: Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences.

- www.who.int/social_determinants/strategy/en/CSDH_socialdet_backgrounder.pdf
(abgerufen am 1.9.2008)
- WHO (2006), Regional Office for Europe. Healthy Cities Network, Action Plan for 2005-2006, revised version, download from WHO Healthy Cities password protected website (abgerufen am 10.4.2008)
- WHO (2006b), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Übersetzung, WHO 2006, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
(abgerufen am 22.8.2008)
- WHO (2008 a), World Health Organization, Health Impact Assessment, www.who.int/hia/en/. (abgerufen am 12.8.2008)
- WHO (2008 b) WHO, Regional Office for Europe, Healthy Cities and urban governance programme. <http://www.euro.who.int/healthy-cities> (abgerufen am 12.8.2008)
- WHO 2007 WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies: The Effectiveness of Health Impact Assessment
<http://www.euro.who.int/document/E90794.pdf> (abgerufen am 30.8.2008)
- Wilkinson R., Kranke Gesellschaften. Springer Verlag, Wien 2001
- Wismar M, Blau J and Kelly E, European Observatory on Health Systems and Policies. Is HIA effective? A synthesis of concepts, methodologies and results. In: Health in All Policies - Prospects and potentials on European Health Systems and Policies. Ministry of Social Affairs and Health Finland, European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), 2006, <http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf>
(abgerufen am 30.8.2008)
- Wismar M, Why research HIA? In: The Effectiveness of Health Impact Assessment. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figuras J (Hrsg.), WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies 2007.
<http://www.euro.who.int/document/E90794.pdf> (abgerufen am 30.8.2008)