



Gesundheitsförderung Schweiz

Arbeitspapier 33

Gesundheitsfolgenabschätzung

Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.
Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «**Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier**» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen, welche Fachleuten in der Umsetzung in Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Der Inhalt der Arbeitspapiere unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapiere liegen in der Regel in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen

Catherine Favre Kruit, Gesundheitsförderung Schweiz
Claudia Kessler, phs Public Health Services GmbH

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Catherine Favre Kruit, Leiterin Partner Relations

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 33

Zitierweise

Favre Kruit, C.; Kessler, C. (2015): *Gesundheitsfolgenabschätzung. Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 33, Bern und Lausanne

Fotonachweis Titelbild

iStockphoto

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext

Deutsch

Bestellnummer

01.0035.DE 05.2015

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 01.0035.FR 05.2015).

ISSN

2296-5661

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

Editorial

Gesundheitsförderung und Prävention stärken: unser langfristiges Ziel

«Gesundheitsförderung und Prävention stärken» ist ein Schwerpunkt der langfristigen Strategie 2007–2018 von Gesundheitsförderung Schweiz. Gesundheitsförderung und Prävention sollen besser etabliert, institutionell verankert und vernetzt werden. So tragen wir zur verbesserten Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention bei und setzen unseren gesetzlichen Auftrag um (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19).

Gesundheitspolitische Prioritäten des Bundesrates

Der Anfang 2013 vom Bundesrat verabschiedete Bericht «Gesundheit2020» ist eine Gesamtschau, welche die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für die nächsten acht Jahre festlegt. Der Bericht beinhaltet 36 Massnahmen in vier gesundheitspolitischen Handlungsfeldern, die schrittweise umgesetzt werden. Beim Handlungsfeld 1 «Lebensqualität sichern» geht es darum, dass öffentliche und private Akteure ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken sollen. Gemäss dem Bericht wird der Gesundheitszustand der Menschen in der Schweiz zu 60 Prozent von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt. Einflussreich sind etwa die Bildung, die soziale Sicherheit, die Arbeitssituation oder das Einkommen, die Umwelt, der Verkehr oder die Wohnsituation. Um diese Sektoren in die Strategien zur Gesundheitsförderung einzubinden, ist es deshalb unerlässlich, die sektorübergreifenden Ansätze zu stärken.

Gesundheitsfolgenabschätzung

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein Instrument, mit dem sich die Auswirkungen der Grundsätze, Strategien und Projekte verschiedener Sektoren auf die Gesundheit der Bevölkerung bewerten lassen. Es handelt sich somit um ein Werkzeug zur Umsetzung der sektorübergreifenden Gesundheitspolitik mit dem Ziel, die Gesundheitsförderung stärker in den Entscheidungsprozess der öffentlichen Verwaltung zu integrieren.

Unser Beitrag

Gesundheitsförderung Schweiz setzt sich seit Längerem für die Förderung der GFA als wichtiges Instrument der Verhältnisprävention ein. Die Stiftung gehört zu den Gründungsmitgliedern des Schweizer Vereins für Gesundheitsfolgenabschätzung, welcher die Koordination und Vernetzung sowie die Befähigung der Akteure im Bereich GFA fördert. Um ein Bild über den Stand der Umsetzung auf kantonaler Ebene und die Gründe für Schwierigkeiten bei der Anwendung zu erhalten, veranlasste Gesundheitsförderung Schweiz mit diesem Bericht eine aktuelle Standortbestimmung. Auf der Basis der daraus ableitbaren Lernerfahrungen sollen Empfehlungen im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Ansatzes formuliert werden.

Wir danken allen, die einen Beitrag zu dieser Studie geleistet haben. Ein ganz besonderer Dank geht an die Vorstandsmitglieder des Schweizer Vereins für Gesundheitsfolgenabschätzung für ihre wertvolle Zusammenarbeit.

Rudolf Zurkinden
Leiter Öffentlichkeitsarbeit

Catherine Favre Kruit
Leiterin Partner Relations

Inhaltsverzeichnis

Glossar	6
Management Summary	9
1 Einführung	12
1.1 Ziele der Standortbestimmung	12
1.2 Struktur des Berichts	12
1.3 Arbeitsorganisation	13
1.4 Definition und Terminologie	13
1.5 Die Schritte des GFA-Prozesses	14
2 Methodologie	15
2.1 Literaturanalyse	15
2.2 Befragung von Schlüsselinformanten	15
2.3 Validierung	16
2.4 Limitierungen	16
3 Gesundheitsfolgenabschätzung im internationalen Kontext	17
3.1 GFA: Entwicklung des Instruments im internationalen Kontext	17
3.2 Welchen Mehrwert kann eine GFA bringen?	18
3.3 Schwierigkeiten und Herausforderungen in der praktischen Anwendung	19
3.4 Lösungsansätze und Empfehlungen für die Praxis	21
3.5 Integration in andere Impact-Assessment-Instrumente	22
4 Die GFA in der Schweiz, Stand 2014	24
4.1 Entwicklung des Instruments im nationalen Kontext	24
4.2 Überblick über die GFAs in den Kantonen	29
4.3 Anwendungserfahrungen in den Kantonen	35
5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	41
5.1 Schlussfolgerungen	41
5.2 Empfehlungen	42
5.3 Weiteres Vorgehen	44
Anhang 1: Referenzliste und Liste von weiteren ausgewerteten Dokumenten	45
Anhang 2: Liste der Befragten	48
Anhang 3: Erhebungsinstrumente	50
Anhang 4: Verschiedene Formen der Impact-Evaluation	51
Anhang 5: GFAs, die zwischen 2001 und 2014 in den Kantonen durchgeführt wurden	52

Geschlechterneutrale Formulierung

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung, z. B. Vertreter/innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Terminologie

Für Definitionen siehe Glossar. Begriffe, welche im Glossar erwähnt werden, sind bei erstmaliger Verwendung *kursiv* gedruckt.

Abkürzungsverzeichnis

ARE	Bundesamt für Raumentwicklung
BAFU	Bundesamt für Umwelt
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EU	Europäische Union
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
GRES	Groupe de Recherche Environnement et Santé de l'Université de Genève
HIA	«Health Impact Assessment»
HiAP	«Health in All Policies»
IA	Impact-Assessment
IIA	Integriertes Impact-Assessment
NCD	Nichtübertragbare Erkrankungen
NGO	Nichtregierungsorganisation
NHB	Nachhaltigkeitsbeurteilung
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
PHS	Public Health Services GmbH
PrävG	Präventionsgesetz
SUP	Strategische Umweltprüfung
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
WBF	Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
BE bis ZG	Für die Abkürzungen der Schweizer Kantone siehe: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/premiere_visite/03/03_02.html

Glossar

Die Begriffe im Glossar werden bei der erstmaligen Verwendung im Text *kursiv* geschrieben.

actionsanté

Initiative des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung zur Förderung von Unternehmen, die sich für einen gesunden Lebensstil einsetzen.

Assessment*

«Abschätzung», «Prüfung», «Bewertung»; bezieht sich im Zusammenhang mit HIA sowohl auf das gesamte Verfahren (Health Impact Assessment) als auch auf die spezifische Phase des HIA, in der das Prüfverfahren im engeren Sinn durchgeführt wird.

equiterre

Die Organisation equiterre berät und begleitet öffentliche Gemeinschaften und Unternehmen auf dem Weg zur nachhaltigen Entwicklung. Ihre Schwerpunkte sind u. a. Gesundheitsförderung und Raumentwicklung.

Gesundheit2020

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Gesamtschau «Gesundheit2020» verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden.

Gesundheitsdeterminanten*

Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen.

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Synonym verwendet für Gesundheitsfolgenabschätzung.

Health for all /Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert

Rahmenkonzept für die europäische Region der WHO mit Zielen und Massnahmen, welche Bestandteil der gesundheitlichen Entwicklungspolitik jedes Mitgliedstaats der Region werden sollten. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EH-FA5-G.pdf

Health Impact Assessment

Synonym für Gesundheitsfolgenabschätzung.

Health Inequalities*

«Gesundheitliche Ungleichheiten»; steht für die ungerechte und vermeidbare Kluft bei der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen und befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit.

Health in All Policies* (HiAP)

«Gesundheit in allen Politikfeldern»; Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in anderen politischen Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (engl.: «healthy public policies»).

Healthy Cities

Ein Netzwerk unter der Schirmherrschaft der WHO zur Umsetzung der Ottawa-Charta für die Gesundheitsförderung in und mit Städten und Kommunen.

Healthy Public Policies

Siehe Health in All Policies

Impact Assessment*

Prozess zur Identifizierung der möglichen Auswirkungen von (politischen) Entscheidungen, Programmen und Projekten.

INFRAS

Forschungs- und Beratungsunternehmen. <http://www.infras.ch/d/index.php>

Integrated Impact Assessment* (IIA)

Prozess, bei dem verschiedene Typen von Impact Assessments in einem einzigen Verfahren integriert werden.

Multisektorale Gesundheit

Der Begriff «multisektorale Gesundheit» (auf Englisch «multisectoral action for health», auf Deutsch synonym verwendet mit «Intersektorale Zusammenarbeit für die Gesundheit») wird für Initiativen verwendet, bei welchen mehrere Sektoren (Gesundheit und andere) gemeinsam zur Förderung der Gesundheit zusammenarbeiten. *Quelle:* WHO 2012, http://www.who.int/kobe_centre/ia-msa_consultation_final_summary_report.pdf

Nachhaltigkeitsbeurteilung (NHB)

Beurteilungs- und Optimierungsinstrument mit dem Ziel, die nachhaltige Entwicklung integral und sektorübergreifend in politischen Planungen und Entscheidungen zu stärken (INFRAS 2006).

One Health

Systemtheoretischer Ansatz im Bereich des Gesundheitswesens, bei welchem die engen Zusammenhänge zwischen der Humanmedizin und der Veterinärmedizin sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Vordergrund stehen. <http://www.swisstph.ch/de/ueber-uns/departemente/epidemiology-and-public-health-eph/eph-research-topics-epidemiology/one-health.html>

Partizipation*

Öffentlichkeitsbeteiligung, Einbeziehung; bedeutet die Möglichkeit aller betroffenen bzw. interessierten Personen, ihre Interessen oder Anliegen bei der Entwicklung von Plänen, Programmen, Politiken oder Rechtsakten zu vertreten bzw. vorzubringen.

Peers

Peer-Gruppen bezeichnen in der heutigen Fachliteratur Bezugsgruppen, welche sich aus Menschen ähnlichen Alters bzw. mit ähnlichen Charakteristika und unter Umständen Interessen zusammensetzen.

Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)

Systematische Prüfung der volkswirtschaftlichen Wirkungen von neuen Regulierungen (INFRAS 2006).

Precede-Proceed

Modell zur Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, welches zur Situationsanalyse und bei der Planung von Gesundheitsprogrammen angewandt werden kann. <http://en.wikipedia.org/wiki/PRECEDE-PROCEED>

Social Impact Assessment*

Instrument zur Prüfung von (politischen) Vorhaben verschiedenster Sektoren hinsichtlich ihrer sozialen Auswirkungen auf die Bevölkerung.

Strategische Umweltprüfung (SUP)

Die strategische Umweltprüfung (SUP) ermöglicht den Einbezug der Umweltanliegen bei der Ausarbeitung und Bewilligung von Plänen und Programmen. Die SUP erfasst und beurteilt Umweltauswirkungen und begleitet bestehende Planungsprozesse. Im Gegensatz zur Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) sind bei der SUP die Untersuchungen weniger detailliert, dafür aber breiter (Prüfung von Alternativen/Varianten). <http://www.bafu.admin.ch/uvp/01065/index.html?lang=de>

GFA-Typen: schnell/umfassend

Schnelle GFA: verwendet Informationen oder Evidenz, die bereits vorhanden sind. Liefert in kurzer Zeit einen Überblick über die Gesundheitswirkungen einer Massnahme und dient als Entscheidungshilfe für ihre Ausgestaltung.

* Es wurden die Begriffserklärungen aus dem Glossar des Berichts «Health Impact Assessment: Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich» [2] übernommen.

Umfassende GFA: GFA mit Erhebung neuer Daten, beispielsweise Umfrage unter den Zielgruppen, vertiefte Prüfung der Fachliteratur oder Primärstudie der Gesundheitswirkungen einer ähnlichen, an einem anderen Ort durchgeführten Massnahme [1].

Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)

Mit der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) wird im Rahmen des Bewilligungsverfahrens geprüft, ob ein Bauvorhaben das Umweltrecht einhält. <http://www.bafu.admin.ch/uvp/01040/01041/index.html?lang=de>

Verhältnisprävention

Verhältnisprävention zielt darauf ab, die Lebenswelten und die jeweiligen Arbeitsbedingungen so zu gestalten oder zu beeinflussen, dass Gesundheit und Wohlbefinden gefördert und Unfälle oder Krankheiten verhütet werden (z.B. Erweiterung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume von Menschen auch im beruflichen Umfeld, sichere Konstruktion von Maschinen, Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen, Verkehrssicherheitsaudit). *Quelle:* <http://www.praeventions-charta.at/definitionen.html>

Management Summary

(a) Hintergrund

Die Gesundheit einer Bevölkerung wird im positiven wie auch negativen Sinn durch viele Faktoren beeinflusst, die ausserhalb des Einflusses des eigentlichen Gesundheitssektors liegen (Konzept der multi-sektoralen Gesundheitsdeterminanten). Auf diesem Verständnis basiert die Strategie der Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP), welche in Kooperation mit den relevanten politischen Sektoren eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik anstrebt. Zur Gesundheitsfolgenabschätzung (kurz GFA, auf Englisch HIA) wird ein standardisiertes methodisches Vorgehen angewandt. Die GFA ist ein Instrument unter mehreren, die für die Umsetzung der HiAP und für sektorübergreifende Prozesse entwickelt wurden. Das Instrument kann eingesetzt werden, um bei anstehenden Entscheidungen auf der Ebene von Gesetzen, Politiken, Strategien oder Projekten deren potenzielle gesundheitsbezogene Auswirkungen abzuschätzen. Der Mehrwert der GFA zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie ihr Potenzial, die Qualität der politischen Entscheidungsfindung zu stärken, sind international in Studien belegt. Auch die Kosteneffizienz des Ansatzes konnte aufgezeigt werden.

GFA-Instrumente kommen im internationalen Kontext seit mehreren Jahrzehnten zur Anwendung. Erfahrungen aus verschiedenen Ländern sowie Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Umsetzung haben zu einem Lernprozess und zur Weiterentwicklung der Instrumente geführt. Als Antwort auf die Ko-Existenz einer Vielzahl sektorieller Instrumente zur Folgenabschätzung haben die Europäische Kommission, die Weltgesundheitsorganisation und andere multilaterale Organisationen in den vergangenen Jahren verstärkt ein integriertes Vorgehen propagiert.

(b) Standortbestimmung

Gesundheitsförderung Schweiz gehört zu den Gründungsmitgliedern des Schweizer Vereins für Gesundheitsfolgenabschätzung. Dieser fördert die Ko-

ordination und Vernetzung sowie die Befähigung der Akteure im Bereich GFA. Um ein Bild über den Stand der Umsetzung auf kantonaler Ebene und die Gründe für Schwierigkeiten bei der Anwendung zu erhalten, veranlasste Gesundheitsförderung Schweiz mit diesem Bericht eine aktuelle Standortbestimmung. Befragungen verschiedener Akteursgruppen wurden mit einer Literaturanalyse ergänzt, um die gemachten Erfahrungen national und international in Bezug zu setzen.

(c) Ausgewählte Ergebnisse

Die GFA-Anwendungserfahrung in der Schweiz beschränkt sich auf wenige Kantone, die das Instrument seit den Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts pilotierten. Die Kantone Genf, Jura, Freiburg und Tessin übernahmen dabei eine eigentliche Pionierrolle. Die Entwicklungen in diesen Kantonen und ihre Erfahrungen werden im Bericht detailliert beschrieben. In anderen Kantonen und insbesondere in der Deutschschweiz bestehen hingegen kaum konkrete Erfahrungen mit dem Instrument. Auch auf nationaler Ebene hob die GFA nie wirklich ab. Initiativen des BAG und der GDK kamen nicht zum Tragen, da auf eine Integration in das später zurückgewiesene «Präventionsgesetz» gesetzt wurde. So wich die anfängliche Dynamik in den letzten Jahren einer gewissen Stagnation und Ermüdung. Das Potenzial der GFA wurde in der Schweiz in vielerlei Hinsicht noch nicht optimal ausgeschöpft. Es gelang bisher nicht, das Instrument landesweit für eine gesundheitsfördernde Politik- und Projektgestaltung nachhaltig zu etablieren. Allerdings bestehen aus den Pilotkantonen viele Lernerfahrungen, die zusammen mit den in anderen Ländern identifizierten Lösungsstrategien für die Weiterentwicklung des Ansatzes genutzt werden können.

Auf Ebene des Bundes tendiert die Entwicklung in der Schweiz hin zu einer Integration der Gesundheitsaspekte in ganzheitlichere und sektorübergreifende «Assessment»-Instrumente. Das Konzept der «multisektoralen Gesundheit» mit der Zusammenarbeit verschiedener Politikfelder für eine bessere und

gerechtere Verteilung der Gesundheit in der Schweiz bleibt dabei richtungsweisend. In der Öffentlichkeit und in der Politik, aber auch bei vielen Akteuren, ist dieses Konzept heute jedoch noch wenig bekannt.

(d) Empfehlungen im Hinblick auf nächste mögliche Schritte

Nach über zwanzig Jahren Pilotanwendung in den Kantonen steht die GFA in der Schweiz heute an einem Wendepunkt. In der Folge dieser Standortbestimmung drängt sich eine Kursänderung auf. Ohne neuen Anlauf mit vereinten Kräften wird es den kantonalen Akteuren nicht gelingen, die GFA als Instrument zu etablieren und deren Nutzen – auch für andere Sektoren – unter Beweis zu stellen. Grundsätzliche Offenheit für die Anliegen der Gesundheitsfolgenabschätzung gibt es auch bei Akteuren auf Bundesebene. Es wird empfohlen, zukünftig auf kantonaler und nationaler Ebene eine harmonisierte Strategie zu verfolgen, um die Abschätzung der gesundheitsbezogenen Auswirkungen von Politiken und Projekten institutionell zu etablieren (auch «Institutionalisierung» genannt). Eine gesetzliche Verankerung der Folgenabschätzung erscheint dazu nicht zwingend notwendig. Eine Pflichtvorgabe dürfte «Alibiübungen» zur Folge haben und eher Widerstand *gegen* als Bereitschaft *für* die GFA bewirken. Der Ansatz wird sich langfristig nur verankern lassen, wenn die Folgenabschätzung gezielt dort eingesetzt wird, wo sie nutzbringend anstehende Entscheidungsprozesse mitbeeinflussen kann, und wenn dieser Nutzen systematisch dokumentiert wird.

In einem partizipativen Prozess sollten die verschiedenen Akteure aller Ebenen die zukünftige strategische Richtung gemeinsam festlegen und entscheiden, wie das oder die Instrumente aussehen sollen, welche zukünftig in der Schweiz zu diesem Zweck zur Anwendung kommen. Es sollte geklärt werden, in welchen Fällen die Gesundheitsbeurteilung¹ weiterhin über das klassische, eigenständige Instrument der GFA bzw. in welchen Fällen sie über die Integration der Gesundheitsaspekte in ganzheit-

lichere Analysen erfolgen soll. Im Zusammenhang mit Gesetzen und komplexen Programmen drängt sich auf der Ebene des Bundes, wohl aber auch der Kantone, eine integrierte, sektorübergreifende Folgenabschätzung auf. Für die Prüfung einzelner geplanter Projekte (z.B. auf kantonaler oder kommunaler Ebene) kann auch weiterhin der klassische GFA-Ansatz verwendet werden. In jedem Fall sollten die vorgeschlagenen Instrumente aber schlank und mit realistischem Aufwand anwendbar sein.

Zur Erarbeitung einer gemeinsamen Stossrichtung sollte eine nationale Instanz mit dem nötigen Gewicht den Lead für den Klärungsprozess übernehmen. Diese Instanz gilt es in den nächsten Schritten gemeinsam mit den Akteuren zu identifizieren. Gesundheitsförderung Schweiz könnte den Prozess der Konzertation ins Rollen bringen. Eine enge Abstimmung mit anderen laufenden Strategieprozessen (z.B. Nationale NCD-Strategie, Strategie Nachhaltige Entwicklung 2016–2019) wird dabei wesentlich sein. Entscheidend wird es auch sein, in einem späteren Schritt zudem den Privatsektor ins Boot zu holen.

Ist die Richtung einmal geklärt, sollte eine eigentliche Phase der Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt eingeläutet werden. Das Verständnis der multisektoralen Gesundheitsdeterminanten muss weiter gefördert werden. Der Mehrwert der Gesundheitsbeurteilung sollte mit klaren Botschaften und vereinten Kräften kommuniziert werden. Dabei wird es wichtig sein, keine unrealistischen Erwartungen zu wecken.

Im Hinblick auf die Umsetzungsphase sollten Fachorganisationen oder -personen mit der Entwicklung von angepassten und praxisorientierten Instrumenten beauftragt werden. Die Instrumente werden nur dann in allen Landesteilen effektiv angewandt werden können, wenn für diesen Bereich eine breitere Expertisen- und Kompetenzbasis geschaffen wird – und zwar sowohl intern in den auftraggebenden Ämtern und Organisationen als auch extern bei den Dienstleistern, welche die Folgenabschätzungen durchführen werden. Auch sollte der Austausch

¹ Der breiter gefasste Begriff «Gesundheitsbeurteilung» schliesst die klassische, eigenständige GFA genauso ein wie andere, stärker integrierte Ansätze.

zwischen den Kantonen deutlich gestärkt und das Wissen um anderweitig vorhandene Ergebnisse und Erkenntnisse verbreitet werden. Besonderes Augenmerk muss zukünftig die Dokumentation der Nutzung und der Wirkungen von Folgenabschätzungen erhalten. Nur mit objektiven und evidenzbasierten Informationen aus dem schweizerischen Kontext kann ein starkes Argumentarium für Investitionen in die Gesundheitsbeurteilung entwickelt werden. Für all diese Aufgaben wird es auch zukünftig eine starke Koordinationsinstanz auf der operativen Ebene brauchen. Inwieweit der Schweizer Verein für Gesundheitsfolgenabschätzung sich entsprechend der beschlossenen Strategie neu ausrichten kann und ob ein Verein für diese Aufgaben die ideale Organisationsform sein wird, sollte diskutiert werden. Klar steht, dass für die schweizweite Koordination und den Aufbau der Expertise die nötigen Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen. Alle interessierten und beteiligten Akteure – Kantone, Bund, Stiftungen und wenn möglich Privatwirtschaft – sollten dafür gemeinsam die Verantwortung tragen.

1 Einführung

Politiken und Vorhaben in zahlreichen Sektoren, z. B. Verkehr, Erziehung und Bildung, Raumentwicklung, Landwirtschaft, Fremdenverkehr usw., üben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit einer Bevölkerung aus. Ein multisektoraler Ansatz ist deshalb für die Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) bietet ein Mittel, um die Gesundheitsauswirkungen von Politiken, Strategien und Projekten in verschiedenen Sektoren beurteilen zu können. Die GFA verwendet quantitative und qualitative Daten und partizipative Techniken. Das Instrument kann eingesetzt werden, um bei anstehenden Entscheidungen deren potenzielle gesundheitsbezogene Auswirkungen abzuschätzen. Mit den Ergebnissen der Analysen können Alternativen und Verbesserungspotenzial in verschiedenen Sektoren der Gesellschaft identifiziert werden, um die Gesundheit und das Wohlergehen einer Bevölkerung aktiv zu fördern und einer potenziellen Gesundheitsschädigung vorzubeugen.

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich seit vielen Jahren auf dem Gebiet der GFA. Die Stiftung unterstützte die GFA-Plattform (Vorgängerin des Schweizer Vereins für Gesundheitsfolgenabschätzung, nachstehend Verein GFA) mehrere Jahre lang finanziell und ist Gründungsmitglied des Vereins GFA. Gesundheitsförderung Schweiz stellte fest, dass das Interesse der Kantone an den GFAs in den letzten Jahren stagnierte.

1.1 Ziele der Standortbestimmung

In Anbetracht dieser Feststellung hielt es Gesundheitsförderung Schweiz für angebracht, eine Standortbestimmung zur Situation in den Kantonen zu veranlassen. Der Verein GFA unterstützte dieses Vorhaben.

Die Standortbestimmung sollte erfassen, welche Kenntnisse und Meinungen über das GFA-Konzept² vorliegen, welche Erfahrungen mit der Umsetzung gemacht wurden, wo die Stolpersteine liegen und wie das Potenzial der GFA im Hinblick auf die *multi-sektorale Gesundheitspolitik* eingeschätzt wird. Zudem sollte der Mehrwert ermittelt werden, den die Befragten dem Instrument beimessen, sei es als selbstständiges Tool oder als Teil eines anderen Instruments des Impact-Assessments (z. B. im Rahmen der *Nachhaltigkeitsbeurteilung, strategischen Umweltprüfung* usw.).

Dieses Arbeitspapier richtet sich an alle interessierten Akteure auf kantonaler und nationaler Ebene in der Schweiz. Es sollen Empfehlungen erarbeitet werden, welche für zukünftige strategische Prozesse und Entscheide im Hinblick auf die Weiterentwicklung und die weitere Anwendung des Instruments der Gesundheitsfolgenabschätzung genutzt werden können.

1.2 Struktur des Berichts

Nach den einleitenden Kapiteln beginnt der Bericht im **Kapitel 3** mit einer kurzen Beschreibung der Entwicklung und des Stands der Anwendung der GFA auf internationaler Ebene. Damit soll die Diskussion in der Schweiz in einen breiteren Kontext gestellt werden. Um Vergleiche mit der Schweiz ziehen und von Lernerfahrungen im Ausland profitieren zu können, wird die Frage nach dem Mehrwert, den Herausforderungen und den identifizierten und bewährten Lösungsansätzen aufgeworfen. Es wird dargestellt, ob und wie im internationalen Kontext heutzutage integrierte Ansätze des Impact-Assessments verfolgt werden. Das **Kapitel 4** stellt den Kern dieses Arbeitspapiers dar – die eigentliche Situationsanalyse auf kantonaler Ebene in der Schweiz. Es wird ein-

² Im Rahmen des vorliegenden Arbeitspapiers wird das GFA-Konzept des Schweizer Vereins für Gesundheitsfolgenabschätzung als Referenz verwendet.

gangs beschrieben, wie sich die GFA auf nationaler Ebene entwickelt hat, welche Akteure dabei eine zentrale Rolle spielten und wie die GFA in der Landschaft anderer Impact-Assessment-Instrumente eingebettet ist. Es folgt die Beschreibung der Entwicklung in den Kantonen – erst in einer Übersicht und später für Tessin, Genf, Jura, Freiburg und andere Kantone, welche die GFA angewandt haben. Das Kapitel 4.3 fokussiert auf die Anwendungserfahrungen der Befragten aus diesen Kantonen und folgt ähnlichen Fragestellungen wie zuvor die internationale Analyse. Das Kapitel beinhaltet zentrale Lernerfahrungen, welche aus den Erfahrungen der Anwenderkantone gezogen werden können. Im **Kapitel 5**, schliesslich, wird ein Fazit gezogen. Nach den wichtigsten Schlussfolgerungen werden Empfehlungen genereller Art und im Hinblick auf die nächsten Schritte abgegeben.

1.3 Arbeitsorganisation

Der vorliegende Bericht wurde unter der Leitung von Catherine Favre Kruit, Gesundheitsförderung Schweiz, Lausanne, mit der fachlichen Unterstützung der Konsultantin und Public-Health-Expertin Claudia Kessler, phs Public Health Services GmbH, verfasst. Die beiden Autorinnen wurden im Prozess durch verschiedene Fachpersonen unterstützt (siehe Kapitel Methodik).

Die Arbeiten wurden zwischen Juni 2014 und Februar 2015 durchgeführt.

1.4 Definition und Terminologie

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) wird gemäss Weltgesundheitsorganisation wie folgt definiert:

«Eine Kombination aus verschiedenen Verfahren, Methoden und Instrumenten, durch die eine Massnahme (eine Politik, ein Programm oder Projekt) auf ihre potenziellen (positiven oder negativen,

direkten oder indirekten) Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung hin beurteilt und im Hinblick auf die Verteilung dieser Wirkungen innerhalb der Bevölkerung geprüft werden kann.» (WHO, Gothenburg Consensus Paper, 1999, *freie Übersetzung*) [1]

Die Definition von Elliot et al. legt eine stärkere Betonung auf Aspekte des gesundheitsbezogenen Dialogprozesses zwischen den verschiedenen Gruppen von Akteuren (Politiker, Fachleute und Bürger): «HIA is a process through which evidence (of different kinds), interests and values are brought to dialogue between relevant stakeholders (politicians, professionals and citizens) in order better to understand and anticipate the effects of change on health and *health inequalities* in a given population». [3]

In der Literatur finden sich verschiedene Anforderungen an eine Analyse, die für die Einstufung als Gesundheitsfolgenabschätzung erfüllt sein sollten. Es existiert eine ausführlichere Liste in einer Publikation des US National Research Council ([4], S. 82–83). Gulis und Zeegers Paget legen die folgenden minimalen Kriterien fest (*frei übersetzt*) [5]:

- Ausgangslage bilden Politiken, Projekte, Programme oder Pläne, welche analysiert werden sollen und wo Entscheide anstehen.
- Die Verteilung der Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. auf Bevölkerungsuntergruppen wird beschrieben.
- Es wird ein Dialog zwischen den verschiedenen Stakeholdergruppen etabliert.

In der Schweiz hat sich die Verwendung des Begriffs «Gesundheitsfolgenabschätzung» (GFA) als deutsche Übersetzung des international gebräuchlichen Begriffs «*Health Impact Assessment*» (HIA) eingebürgert. In Deutschland wird dagegen eher von «*Gesundheitsverträglichkeitsprüfung*» gesprochen.

1.5 Die Schritte des GFA-Prozesses

Dieser Bericht setzt sich nicht zum Ziel, die Methode der GFA zu beschreiben. Interessierte Leser finden dazu reichhaltige Literatur (z.B. unter <http://www.who.int/hia/en/>). In der Schweiz stellt der Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung der GFA-Plattform eine zentrale Informationsquelle dar. Für das Verständnis des Prozesses werden daraus einleitend die standardisierten Schritte einer GFA in Erinnerung gerufen:

Abbildung 1: Schritte der GFA [1]



2 Methodologie

Bei der Erarbeitung dieses Arbeitspapiers wurden im Wesentlichen vier Methodologien angewandt:

1. Analyse der publizierten Literatur (international und national)
2. Analyse von nicht publizierten Berichten durch Schweizer Akteure
3. Befragung von kantonalen Verantwortlichen (elektronische Umfrage, Interviews mit Schlüsselinformanten, Fokusgruppendifkussionen)
4. Triangulierung und Validierung der Ergebnisse

2.1 Literaturanalyse

Die **internationale Literaturanalyse** wurde mithilfe von definierten Stichworten und Quellen aus den Jahren 2010 bis 2014 gemacht.

Die Suche nach englisch- und französischsprachigen Publikationen erfolgte primär über Pubmed und Google scholar durch Max Klohn, wissenschaftlicher Mitarbeiter am «Institut de santé globale de l'Université de Genève». Drei weitere Expertinnen und Experten (Jean Simos und Nicola Cantoreggi, beide GRES, und Erica Ison, internationale HIA-Expertin) ergänzten das Resultat mit weiteren Vorschlägen zu relevanten Schlüsseldokumenten. Insgesamt wurden so 60 Publikationen identifiziert – die Mehrzahl auf Englisch, sieben in Französisch und eine in spanischer Sprache. Neun Artikel mit Publikationsdatum vor dem Jahr 2010 wurden wegen ihrer Relevanz für die Fragestellungen in die Auswahl eingeschlossen.

Die Suche nach deutschsprachigen Publikationen (aus Deutschland, Österreich und der Schweiz) erfolgte in verschiedenen einschlägigen Datenbanken durch Hilde Schäffler, PHS. Drei Publikationen aus der Schweiz flossen in die nationale Analyse ein.

Die beiden Autorinnen nahmen eine Selektion der identifizierten Publikationen im Hinblick auf deren

Relevanz für die aufgeworfenen Analysenfragen vor. Publikationen aus dem europäischen Raum wurden priorisiert behandelt. Die Liste der ausgewerteten Quellen findet sich im Anhang 1. Die Informationen im Kapitel zur internationalen Entwicklung und zu den in anderen Ländern gemachten Erfahrungen beruhen auf dieser Literaturanalyse.

Für die **nationale Literaturanalyse** wurden neben diesen Publikationen zusätzliche Quellen für einen erweiterten Zeitraum (2004–2014) ausgewertet. Sämtliche GFA-Berichte und anderen relevanten Publikationen und Dokumente, welche auf der Website des Vereins GFA³ hochgeladen sind, wurden analysiert. Im Kontakt mit den Befragten wurden für die Auswertung weitere relevante Dokumente identifiziert. Auch hier findet sich die Liste der ausgewerteten Quellen im Anhang 1.

Quellenangaben: Zur besseren Lesbarkeit dieses Berichts wird auf eine streng wissenschaftliche Zitierweise der Quellen verzichtet. Die präsentierten Informationen stellen in der Regel eine Synthese aus mehreren Quellen dar. Es wurde jedoch darauf geachtet, dass Zitate und einzelne Aussagen bzw. Ideen, welche klar einer Publikation zuzuordnen sind, mit einem Quellennachweis verfolgt werden können.

2.2 Befragung von Schlüsselinformanten

Erhebungsinstrumente

Die Befragten wurden in drei Kategorien gruppiert:

1. Kantonale Akteure, welche kürzlich eine GFA durchgeführt haben
2. Kantonale Akteure, welche vor längerer Zeit an einer GFA beteiligt waren
3. Akteure aus Kantonen, in welchen die GFA noch nicht zur Anwendung gekommen ist

³ http://www.impactsante.ch/de/spip/article.php3?id_article=37 (Fallstudien) und http://www.impactsante.ch/de/spip/article.php3?id_article=96 (Referenzen)

Zur Befragung wurden für alle drei Kategorien angepasste Fragebögen entwickelt. Alle Instrumente wurden auf Französisch übersetzt und mit Vertretern der verschiedenen Kategorien einem Pretest unterzogen. Die Erhebungsinstrumente sind im Anhang 3 zusammengefasst. Interviews und Gespräche mit Akteuren der nationalen Ebene wurden selektiv zu spezifischen Fragestellungen geführt. Die Liste aller Befragten findet sich gruppiert nach Kategorien im Anhang 2.

Fokusgruppen

Mit Informanten der Kategorie 1 wurde in den Kantonen Jura und Freiburg je eine halbtägige Fokusgruppendifkussion geführt. Die Moderation und Dokumentation der Gespräche erfolgte durch die Autorinnen.

Interviews und Gespräche mit Schlüsselinformanten

Insgesamt führten die Autorinnen vier Interviews mit kantonalen Vertretern der Kategorie 2 sowie ein Interview mit Natacha Litzistorf, Direktorin von *equiterre*, und Jean Simos, Leiter GRES/Universität Genf. Die Interviews erfolgten telefonisch oder in persönlichen Treffen. In einem Treffen mit Verantwortlichen des Bundesamts für Gesundheit konnten offene Fragen geklärt werden.

Elektronische Umfrage

Die elektronische Befragung erfolgte mithilfe von Unipark®. Es wurden insgesamt dreissig Verantwortliche der Kategorie 3 zur Umfrage eingeladen. Primär wurden kantonale Verantwortliche für Gesundheitsförderung und Prävention oder andere Verantwortliche in den Gesundheitsdepartementen angeschrieben. Im Schneeballsystem konnten dank Mithilfe der Teilnehmenden weitere Kontaktpersonen generiert werden. Insgesamt nahmen 14 Personen an der Umfrage teil (davon zwei aus der französischsprachigen Schweiz). Die technische Betreuung der elektronischen Umfrage erfolgte durch Michel Hosman, PHS.

2.3 Validierung

Die verschiedenen verwendeten Methoden sollen es erlauben, ein ganzheitliches Bild über die Situation der GFA in den Schweizer Kantonen zu entwickeln (Triangulation). Auszüge des Berichtsentwurfs wurden dem Vorstand des Schweizer Vereins GFA, Mitgliedern der Direktion von Gesundheitsförderung Schweiz und Verantwortlichen des BAG präsentiert (Validierung). Die Kapitel 4.1 und 4.2 wurden mit den Vertreterinnen des BAG und den Kantonsvertretern abgestimmt.

2.4 Limitierungen

Die Standortbestimmung sollte den Fokus auf die kantonale Ebene richten. Um das erhaltene Bild zu vervollständigen, wäre es wünschenswert, die Situationsanalyse auch auf andere Ebenen und Gruppen von Akteuren auszudehnen (z. B. nationale institutionelle Ebene, Akteure der Privatwirtschaft, kommunale Ebene usw.). Dies könnte ergänzend zu dieser Standortbestimmung erfolgen.

Die Informationen zur kantonalen Ebene wurden vorwiegend über Verantwortliche aus den Gesundheitsdepartementen sowie über einzelne Vertreter von direkt an einer GFA beteiligten anderen Departementen und Organisationen erhoben. Wegen der limitierten Ressourcen konnten im Rahmen dieser Standortbestimmung keine Verantwortlichen in anderen Departementen und keine politischen Entscheidungsträger befragt werden. Die daraus resultierende Limitierung wird im Fazit berücksichtigt.

3 Gesundheitsfolgenabschätzung im internationalen Kontext

Um die Ergebnisse der Standortbestimmung in der Schweiz besser kontextuell einordnen zu können, drängt sich ein Ausblick auf die entsprechenden Entwicklungen in anderen Ländern auf. Der geografische Fokus wurde bei der Analyse auf die europäischen Länder gelegt. Vereinzelt wurden auch Erfahrungen aus anderen Kontinenten berücksichtigt. Die folgenden Fragestellungen leiteten die Literaturrecherche:

- Worin wird der Mehrwert des Instruments GFA gesehen?
- Welche Schwierigkeiten stellen sich den Akteuren bei der Umsetzung? Welches sind die wichtigsten Herausforderungen? Welche Lösungen wurden anderswo gefunden?
- Welche Erfahrungen bestehen mit der Integration von GFA-Elementen in andere Instrumente des Impact-Assessments?

Zusätzlich wird einleitend ein kurzer Überblick zur Entwicklung des Instruments der Gesundheitsfolgenabschätzung gegeben.

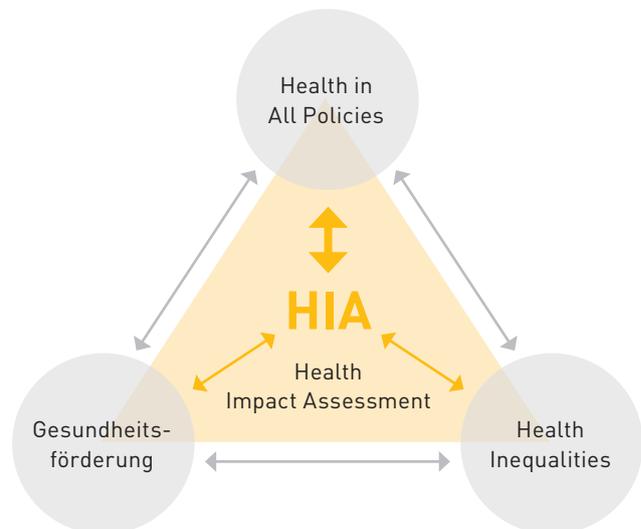
3.1 GFA: Entwicklung des Instruments im internationalen Kontext

Verwandte Konzepte und Meilensteine

Über die letzten Jahrzehnte wurden verschiedene gesundheitspolitische Konzepte entwickelt, die eng mit der Idee der Gesundheitsfolgenabschätzung zusammenhängen.

Nach «*Health for all*» (1977) und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) ist auch das Konzept der «*Gesundheitsdeterminanten*» ein zentraler Baustein in einer Entwicklung, die Gesundheit mit ihren vieldimensionalen Wurzeln als multisektorales Konzept versteht. Individuelle Faktoren (Genetik, Biologie, Verhalten) gelten zusammen mit den Verhältnisfaktoren (Strukturen, Umwelt, Gesellschaft usw.) als wichtige Determinanten für die Gesundheit. Verteilungsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit stellen zudem wichtige Zielsetzungen dar.

Abbildung 2: Verortung von HIA in Bezug auf HiAP, Gesundheitsförderung und Health Inequalities [2]



Das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte 1998 «Gesundheit 21» mit Zielen für eine bessere Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Die erste der vier vorgeschlagenen Strategien lautete: «multisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten von Gesundheit auseinanderzusetzen und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass die gesundheitlichen Auswirkungen beurteilt werden».

2006 wurden die Konzepte von *Health in All Policies*, (HiAP, Gesundheit in allen Politikfeldern) bzw. *Healthy Public Policies* entwickelt, die zu neuen Paradigmen für die intersektorale Zusammenarbeit führten. Die GFA-Akteure profitieren zudem von den Erfahrungen des Umweltsektors mit Instrumenten wie der Umweltfolgenabschätzung oder der *strategischen Umweltprüfung* (siehe dazu Kapitel 3.5).

Die GFA ist ein Instrument⁴, welches als standardisiertes methodisches Vorgehen angewandt wird, um die genannten, eher abstrakten Konzepte umzusetzen. Die GFA kann helfen, den Bezug von unterschiedlichen Politikfeldern zur Gesundheit darzustellen. Die GFA wird auch als Instrument der *Verhältnisprävention* betrachtet, da sie dazu beiträgt, die Aufmerksamkeit auf gesellschaftliche und soziale Gesundheitsdeterminanten zu lenken (Hyssälä, in [2]).

Das Europäische Abkommen von Amsterdam von 1997 (Artikel 152) stellte ein wichtiges Momentum zur Institutionalisierung der GFA dar. Es fordert eine Prüfung der Gesundheitsfolgen aller EU-Politiken. Es folgte das «Göteborg Konsensus Papier» der WHO von 1999, welches nicht nur einen Vorgehenspfad für die GFA beinhaltete, sondern auch die zugrunde liegenden zentralen Werte festlegte: Demokratie, *Partizipation*, Chancengleichheit, Nachhaltigkeit und eine ethische Verwendung von Evidenz.

Entwicklung in Europa

Pionierländer in der Entwicklung und Umsetzung der GFA waren in Europa vor allem Grossbritannien, Schweden, die Niederlande, Finnland und Irland. Sowohl im öffentlichen wie auch im Privatsektor nahm die Anwendung des Instruments über die letzten 20 Jahre stetig zu. Zunehmend wird das Instrument auch in anderen Kontinenten angewandt: Nordamerika, Australien, Neuseeland, sowie in Entwicklungs- und Schwellenländern. Daneben fördern verschiedene multilaterale Organisationen den Ansatz.

Unter den Nachbarländern der Schweiz hat Frankreich die grösste Anwendungserfahrung. In Deutschland findet die GFA vorwiegend im Kontext von Umweltthemen im Rahmen der *Umweltverträglichkeitsprüfung* Beachtung. Für die «Gesundheitsverträglichkeitsprüfung» sind die Bundesländer zuständig. In Österreich ist die GFA noch weitgehend Neuland, wobei 2010 mit dem Bericht «Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich» und dem damit verbundenen Planungsprozess ein wesentlicher Grundstein für die Institutionalisierung und Entwicklung der GFA gelegt wurde [2].

Länderprofile mit dem Stand der GFA-Umsetzung in verschiedenen Ländern finden sich in diversen Quellen der Literatur [2],[6].

Unterschiedliche Typen der GFA

Für die GFA-Anwendung wurde eine Vielzahl von Instrumenten entwickelt. Zudem gibt es verschiedene Typen und Tiefen – von «schnellen» bis «umfassenden» GFAs⁵. Eine europäische Vergleichsstudie zeigt: von 158 GFAs befassten sich 54 mit Fragestellungen auf nationaler Ebene, 23 auf regionaler und 81 auf lokaler Ebene [6]. Mithilfe der GFA wurden Politiken und Programme, aber auch Projekte und einzelne Massnahmen unter die Lupe genommen. Die Methode wird auf verschiedenste Fragestellungen und bevorzugt in Nicht-Gesundheitssektoren angewandt. Am meisten Anwendungserfahrungen bestehen in den Sektoren Transport, Raumentwicklung/Wohnen und Umwelt. Aber auch Verkehr, Tourismus, Sozialwesen und andere Sektoren eignen sich für eine GFA [6],[1]. Beispiele von GFA-Studien nach Sektor finden sich im «Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich» ([2], S. 93 ff).

Heute geht es in Europa also viel weniger um die Frage, ob die GFA als Instrument zur Anwendung kommen solle, als darum, in welcher Art die Anwendung am besten zu erfolgen hat [7].

3.2 Welchen Mehrwert kann eine GFA bringen?

Mehrwert für die Gesundheit der Bevölkerung

Das Hauptziel einer GFA besteht darin, positive und negative Auswirkungen von Politiken, Programmen, konkreten Projekten und Interventionen auf die Gesundheit einer bestimmten Bevölkerung abschätzen zu können. In der Regel wird das Instrument prospektiv angewandt. Mögliche Gesundheitsrisiken sollen möglichst früh erkannt und durch angemessene Massnahmen entsprechend minimiert bzw. vermieden werden. Gesundheitsfördernde Massnahmen können so gezielter geplant werden. «Die Beschreibung der Konsequenzen von verschiedenen Optionen

⁴ Konzept und Vorgehen der GFA werden anderweitig beschrieben (siehe Kapitel 1.4).

⁵ Ein guter Überblick zu den unterschiedlichen Ausprägungen findet sich in [2] und im Schweizer Leitfaden für die GFA [1].

erlaubt Entscheidungsträgern/innen, jene Variante zu wählen, die die besten Auswirkungen bezüglich Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit hat. Weiter trägt HIA auch zur Information und Gestaltung des Umfelds von politischen Entscheidungen bei und kann damit zukünftige Politik positiv beeinflussen, indem die Aufmerksamkeit für Gesundheitsaspekte in Politikentscheidungen gefördert wird» [2].

Mehrwert für die gesundheitliche Chancengleichheit

Bei einer GFA soll die Verteilung der möglichen Auswirkungen auf verschiedene Untergruppen der Bevölkerung analysiert werden mit dem Ziel, die Verteilungsgerechtigkeit zu erhöhen. Das Instrument sieht die Partizipation von betroffenen Bevölkerungsgruppen vor und kann so dazu beitragen, lokale Gesundheitsfragen und Anliegen der Bevölkerung zu identifizieren. Bürger und Interessengruppen können über diesen Prozess in die Politikgestaltung einbezogen werden. Bürgerbeteiligung kann zu einer höheren Akzeptanz einer Politikmassnahme bzw. eines Projekts und einem Interessenausgleich in der Planungsphase führen. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass die Partizipation in der Praxis nicht selten aus finanziellen und zeitlichen Überlegungen ausgespart oder auf eine Alibiübung reduziert wird [8]–[11].

Mehrwert für die Qualität der politischen Entscheidungsfindung

In der Literatur wird vielerorts betont, dass die GFA weniger als technisches Instrument denn als Dialog-Prozess zu werten sei. Sie bietet Raum, um Fakten und Werte breit und interdisziplinär zu diskutieren. Die Perspektiven von Gesundheitsexperten, von Vertretern anderer Sektoren, von Behörden, Wissenschaft, Politik, der Bevölkerung, des Privatsektors und verschiedener Interessengruppen können so in den Planungsprozess einfließen. Eine Studie, welche 55 GFAs in Neuseeland und Australien auswertete, zeigte, dass in der Mehrzahl der Fälle nicht nur ein direkter positiver Effekt auf die Entscheidungsfindung erzielt und erweiterte Handlungsoptionen und -alternativen aufgezeigt werden konnten. Die GFAs wirkten sich auch vielfach positiv auf die beteiligten Entscheidungsträger aus. Die

intersektorale Zusammenarbeit und die Arbeitsbeziehungen zwischen verschiedenen Sektoren konnten in vielen Fällen verbessert werden [12]. Der Prozess der GFA bietet eine wichtige Plattform für die Sensibilisierung der Akteure im Hinblick auf das Konzept der Gesundheitsdeterminanten, für gemeinsames Lernen und für ein besseres gegenseitiges Verständnis [9],[13]. Dies wirkte sich in mehreren Fällen positiv auf die Finanzierung von Gesundheitsmassnahmen aus. Es konnten neue Finanzquellen identifiziert werden (in anderen Sektoren oder durch «pooling»), Daten wurden stärker untereinander ausgetauscht und Ressourcen effizienter genutzt [13].

Die GFA kann somit die Wirkung einer politischen Entscheidung optimieren und fördert so eine nachhaltige Entwicklung. Sie stellt ein wichtiges Instrument des HiAP-Ansatzes dar [14].

Evidenz für den Nutzen

Dass der beschriebene Mehrwert nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Praxis belegt werden konnte, zeigt eine breit angelegte Studie von Wismar et al. im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies [6]. O'Reilly et al. (2006) analysierten zudem 16 GFAs und fanden, dass der Nutzen die Kosten übertraf. Der makroökonomische Nutzen des Instruments konnte auch in einer holländischen Fallstudie nachgewiesen werden (Donker et al., 2009). Allerdings muss laut dieser Studie bedacht werden, dass bei einer GFA «Kosten einerseits und ökonomischer Nutzen (Kostensparnis) andererseits in unterschiedlichen Sektoren anfallen können». (Beide Studien werden in [2], S. 12 und 13 kurz beschrieben.)

3.3 Schwierigkeiten und Herausforderungen in der praktischen Anwendung

Die Auswertung der Literatur zeigt eine Reihe von Schwierigkeiten und Herausforderungen, welche sich den Akteuren bei der Anwendung der GFA in den Weg gestellt haben.

Einerseits hat die Gesundheit gegenüber anderen Sektoren (Wirtschaft, Agrarpolitik, Umwelt usw.) in der Regel einen geringeren Stellenwert für die Poli-

tik. So steht auch die GFA in Konkurrenz mit anderen Folgenabschätzungsinstrumenten, die zum Teil obligatorisch angewandt werden müssen (z.B. vielerorts die Umweltverträglichkeitsprüfung).

Die Akzeptanz der GFA wird auch erschwert, da sich der Wirkungszusammenhang zwischen politischen Massnahmen und den Gesundheitsindikatoren einer Bevölkerung nur langfristig und in komplexem Zusammenspiel mit anderen Faktoren demonstrieren lässt. Zudem steht und fällt die Aussagekraft einer GFA mit der Menge und Qualität der verfügbaren Daten – «at the mercy of available evidence» [15].

Oft fehlt es zudem an politischer Unterstützung für die GFA. Wo kein politischer Auftrag für die GFA besteht, hängt ihre Anwendung vom «Goodwill» und den persönlichen Präferenzen der Entscheidungsträger ab. Die Umsetzung wird oft durch vertikale departementale Systeme mit fehlender intersektoraler Kooperation und durch bürokratische Hürden erschwert. Andererseits stellt auch die gesetzliche Verankerung der GFA kein Patentrezept dar. Dort, wo die GFA zur Pflicht deklariert wurde, prallt das Instrument nicht selten auf hohe Widerstände, und es besteht die Gefahr von Alibiübungen. Andere Sektoren fühlen sich oft nicht betroffen, haben andere Prioritäten und zeigen manchmal geringe Bereitschaft, eigene Ressourcen für eine GFA bereitzustellen. Vorwürfe des «Imperialismus des Gesundheitssektors» und Befürchtungen, die GFA könnte die wirtschaftliche Entwicklung bremsen, werden in der Literatur beschrieben.

Als weitere Herausforderung haben sich die ungleichen Machtverhältnisse der verschiedenen «Stakeholder»-Gruppen erwiesen. Die Bürgerinteressen stehen oft einer mächtigen Interessen-Lobby oder den gewichtigeren Expertenmeinungen gegenüber. Vereinzelt wurden der Prozess und die Verwendung der GFA-Ergebnisse von mächtigen Lobbys (z. B. Alkohol-, Tabak- oder Agrarindustrie) behindert oder blockiert. Selten kam es auch zu missbräuchlicher Anwendung des Instruments. Entweder wurden sensible Politikbereiche gänzlich ausgeklammert – wie im Beispiel von Atomanlagen, bei denen eine Bürgerbeteiligung nicht erwünscht war –, oder die GFA wurde bewusst so gesteuert, dass Resultate erst vorlagen, nachdem wichtige Entscheidungen bereits gefällt waren.

Häufiger als bewusster Missbrauch sind jedoch die Fälle von unsachgemässer Anwendung des Instruments. Schlechte Planung, Druck für rasche Entscheidung, Auslassung des wichtigen Prozessschritts Monitoring und Evaluation, Unklarheiten über Methoden, Abläufe und Rollen sind oft auf fehlende Kompetenzen und Erfahrungen zurückzuführen. Zudem birgt die Flexibilität des Instruments der GFA auch Nachteile, da Konzepte, Ansätze und Instrumente wenig einheitlich angewandt werden. Es hat sich als schwierig herausgestellt, für alle Sektoren anwendbare und relevante Instrumente zu entwickeln.

Zentrale Herausforderungen in der GFA-Anwendung stellen die oft sektoralen Budgets dar. Sparhaushalte und die Tatsache, dass in den Haushalten oft keine eigenen Budgetlinien für Gesundheitsfolgenabschätzungen eingeplant wurden, sind weitere Schwierigkeiten (Tabelle 1). Nicht selten wurde dann ein GFA-Projekt unter dem Kostendruck annulliert. Wichtige GFA-Elemente wie die Partizipation fielen dem Zeit- oder Geldmangel zum Opfer oder wurden auf Druck von einflussreichen Interessengruppen supprimiert oder minimalistisch abgehandelt.

Ebenso gravierend hat sich der «Policy Action Gap», also die Lücke zwischen dem technischen Bericht und der politischen Umsetzung der Empfehlungen, erwiesen. Der Prozess der GFA wird oft fälschlicherweise nur bis zur Publikation der Ergebnisse gedacht. Wie das folgende Kapitel zeigt, sollten ebenso

Tabelle 1: Budgets für GFAs auf nationaler Ebene, Quelle: [6]

Austria	✓	Netherlands
Belgium	✓	Northern Ireland
Denmark	✓	Poland
✓ England		Portugal
Finland		Slovakia
Germany	✓	Slovenia
Hungary		Spain
✓ Ireland		Sweden
Italy	✓	Switzerland
Lithuania	✓	Wales
Malta		

viele Energien und Ressourcen wie in den eigentlichen GFA-Prozess im engeren Sinn in die nachfolgenden politischen Diskussionen und Entscheidungsprozesse investiert werden.

3.4 Lösungsansätze und Empfehlungen für die Praxis

Mehrere Autoren bestätigen, dass sich die Praxis der GFA über die letzten Jahrzehnte deutlich verbessert habe [8]. Für viele der im Kapitel 3.3 erwähnten Schwierigkeiten wurden in der Zwischenzeit effektive Lösungsansätze entwickelt. Im Folgenden werden ausgewählte erfolgreiche Strategien und aus der Praxiserfahrung abgeleitete Empfehlungen präsentiert.

Politische Verankerung

Gewisse Länder und Regionen (z. B. Quebec, Thailand, Baltische Staaten) haben die GFA zur Pflicht deklariert. Anderswo beruht ihre Anwendung auf Freiwilligkeit (z. B. in Australien oder den Niederlanden). Die Erfahrung ergibt keine eindeutige Evidenz für die Empfehlung eines obligatorischen Ansatzes. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr die Frage, wer den Auftrag für eine GFA erteilt und wie stark der politische Wille ist, das Instrument der GFA zu fördern und deren Anwendung zu unterstützen. Je höher in der Entscheidungshierarchie die Auftraggeber angesiedelt sind, desto stärker ist die Legitimität des Prozesses und umso eher fließen die GFA-Ergebnisse in die politische Entscheidungsfindung ein. Eine GFA braucht ein offizielles Mandat. Dieses kann entweder über eine gesetzliche Verankerung verpflichtend geregelt oder von einer möglichst zentralen Regierungsstelle erteilt werden. Die notwendige politische Unterstützung sollte vor der Durchführung einer GFA mobilisiert werden.

Institutionalisierung

Die Einführung und Institutionalisierung der GFA ist ein langfristiges Ziel, welchem ausreichend Zeit eingeräumt werden sollte. Auch müssen die dafür notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen nachhaltig zur Verfügung gestellt werden. Als Teil der strukturellen Verankerung sollte die politische Verantwortung für die GFAs festgelegt sein. In Öster-

reich wurde im Hinblick auf die Institutionalisierung eine Entwicklung in vier Phasen vorgeschlagen: Bewusstseinsbildung – Einführung – Umsetzung – Institutionalisierung (nach Harris und Simpson, 2013). Für jede dieser Implementierungsphasen wurden Ziele und konkrete Massnahmen definiert [2].

Integration

Eine vielerorts angewandte Strategie besteht darin, gesundheitsrelevante Elemente in andere Instrumente des Impact-Assessments zu integrieren. Erfahrungen dazu wurden aus Grossbritannien, Kanada, Australien und der Europäischen Kommission veröffentlicht und sind im Kapitel 3.5 zusammengefasst.

Effektive intersektorale Zusammenarbeit

Immer wieder wird betont, dass die GFA dann kosteneffektiv angewandt werden kann, wenn sie mit breit angelegter intersektoraler Zusammenarbeit durchgeführt wird. Idealerweise besteht diese bereits vor der Durchführung einer GFA, damit gemeinsame Interessen identifiziert und Ressourcen zusammengelegt werden können. Je besser es gelingt, eine Win-win-Situation zu kreieren, desto eher werden andere Sektoren den Prozess und die resultierenden Entscheide mittragen. Dazu ist es nötig, bereits in den Schritten «Screening» und «Scoping» ein geteiltes Verständnis über den Zweck, die unterliegenden Werte und die Form der GFA zu erzielen. In einigen Ländern wurden dafür in den zentralen Ministerien spezifische «Focal Points» als Ansprechpersonen für GFA-Fragen designiert. Interdepartementale Kommissionen oder Arbeitsgruppen haben sich ebenfalls bewährt.

Richtiges «Timing»

Die GFA soll früh im Politikformulierungsprozess einsetzen – zu einem Zeitpunkt, wo alternative Optionen diskutiert und Entscheidungen effektiv noch beeinflusst werden können. Wird eine GFA allerdings zu früh angesetzt, fehlen oft ausreichende Daten und Evidenz, um die nötigen Schlüsse ziehen zu können.

Technische und «taktische» Dimension

Die GFA kann sich nicht als rein technischer Prozess nur auf die Frage «was?» konzentrieren. Es müssen

im Prozess auch Wertediskussionen geführt werden. Der Politikprozess sollte nicht als rationaler, linearer Prozess verstanden werden, der sich lediglich auf wissenschaftliche Evidenz abstützt. Die Frage, wie man die Ergebnisse der GFA in den politischen Entscheidungsprozess bringt, ist deshalb von zentraler Bedeutung. Nur darüber wird die GFA Wirkung erzielen können. Dies bedingt Kenntnisse über das Funktionieren des «Policy Making Circle» im jeweiligen System.

Echte Partizipation

Um echte Partizipation zu ermöglichen, muss für den GFA-Prozess ausreichend Zeit eingeplant werden. Es empfiehlt sich, einen Methodenmix anzuwenden, welcher qualitative Methoden und den Zugang zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen über «Peers»/lokale Kontaktpersonen und aufsuchende Methoden mit einschliesst. Die Frage der Repräsentanz stellt eine wichtige Herausforderung dar. Gleichzeitig sollte die Beteiligung gezielt und zu den richtigen Fragen ermöglicht werden, damit der Prozess nicht zu schwerfällig wird. Zentral ist es, von Beginn an bei allen Beteiligten realistische Erwartungen zu wecken. Ansonsten kann die Motivation, an zukünftigen GFAs mitzuwirken, leicht gebrochen werden. Von grosser Bedeutung für die Partizipation ist zudem die professionelle Expertise im Umgang mit Bürger- und Stakeholder-Beteiligung.

GFA-Kompetenz und Expertise

In Ländern, in welchen die GFA noch nicht institutionalisiert ist, fehlt es zu Beginn meist an ausreichender Expertise und Erfahrung. Es hat sich als wichtig erwiesen, diese auf allen Ebenen und in verschiedenen Sektoren zu stärken. Wichtig ist auch, dass die Entscheidungsträger, welche eine GFA in Auftrag geben und deren Ergebnisse nutzen, die nötigen Kenntnisse haben. Für die Sensibilisierung und die Schulung hat sich vielerorts eine «GFA-Support Unit», ein «Expertisezentrum» oder eine «Lead-Agentur» bewährt. Mit deren Unterstützung können auch GFA-Pilote initiiert und länderspezifische Anwendungserfahrungen gesammelt werden. Mechanismen zur Anschubfinanzierung (z. B. als Fonds) haben sich dabei als Anreiz bewährt.

Breitere Einbettung

Das Instrument der GFA lässt sich besser «verkaufen», wenn ein Verständnis für das Konzept der Gesundheitsdeterminanten geschaffen werden kann und wenn die GFA als wichtiges Element der strukturellen Gesundheitsförderung verstanden wird. «HiAP und GFA sind untrennbar miteinander verbunden; ohne Akzeptanz für HiAP kann GFA nicht etabliert werden. Umgekehrt stellt GFA ein zentrales Instrument für die konkrete Umsetzung von HiAP dar» [2]. Die GFA wird auch oft im Rahmen des «Healthy Cities»-Ansatzes angewandt, welcher von der Weltgesundheitsorganisation propagiert wird.

3.5 Integration in andere Impact-Assessment-Instrumente

Neben der GFA gibt es eine ganze Reihe weiterer Impact-Assessments bzw. -Evaluationen. Eine Aufstellung findet sich im Anhang 4.

Verschiedene Gründe haben dazu geführt, dass ein zunehmend integrierter Ansatz der Impact-Evaluationen verfolgt wird. Da die GFA vielerorts nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, kann es vorteilhaft sein, obligatorische Impact-Evaluationen als Vehikel für Gesundheitsfragen zu benutzen. Dabei kann zudem von langjährigen Anwendungserfahrungen profitiert werden. Andererseits stellen Fragen der Ressourceneffizienz einen Hauptgrund für vermehrte Integrationsbestrebungen dar. Ziele sind die Stärkung von Synergien und Einsparungen von Kosten und Zeit. Auch gilt es zu vermeiden, dass Behörden und Akteure mit immer neuen, sektoriellen und nacheinander laufenden Assessments strapaziert werden. Suboptimale Prozesse führen zu Duplikation und wenig abgestimmten Resultaten. Dies trug zu einer gewissen «Impact Assessment Fatigue» bei. Befürworter betonen, dass durch eine Integration die Marginalisierung der Gesundheit verringert und stärker Einfluss auf die politische Entscheidungsfindung genommen werden könne. Sie wissen zwar, dass die Integration in andere Assessments oft bedeutet, dass die Gesundheit weniger ausführlich behandelt werden kann, betonen aber, dass ein «begrenzt Assessment besser sei als gar keines» [2]. Zudem wird an den Schwächen

der Vergangenheit gearbeitet. Laut einer kürzlich publizierten Studie der WHO gibt es Anzeichen, dass die anderen Impact-Assessment-Instrumente gesundheitsrelevante Aspekte zunehmend ganzheitlich einschliessen [16].

Als Vehikel für die Integration wurden bisher vor allem folgende Instrumente benutzt:

- die *Umweltverträglichkeitsprüfung* (UVP) – seit längerem etabliert und in der Europäischen Union für gewisse Projekte verpflichtend,
- die *Strategische Umweltprüfung* (SUP) – seit wenigen Jahren gesetzlich in der EU verankert,
- das «*Integrated Impact Assessment*» (IIA), welches verschiedene Assessments (Umwelt- und soziale Aspekte) in einem Verfahren integriert und meist auf freiwilliger Basis durchgeführt wird,
- die sogenannte *Nachhaltigkeitsbeurteilung* (NHB),
- andere Instrumente, wie z.B. *Social Impact Assessment*.

Ausgewertete Umsetzungserfahrungen mit integrierten Ansätzen liegen seitens der Europäischen Kommission, aus Grossbritannien, Frankreich und Kanada vor. Neben den beabsichtigten Vorteilen haben sich bei den integrierten Ansätzen auch neue Herausforderungen ergeben ([2],[8],[17],[18],[19]):

- Die Verantwortlichen haben bei den integrierten Ansätzen mehr Spielraum bei der Entscheidung, ob und wie vertieft Gesundheitsfragen analysiert werden. Es wurde auch oft ein enges Gesundheitskonzept (Aspekte der Mortalität und Morbidität, Gesundheitsinfrastrukturen usw.) angewandt, welches nicht die ganze Breite der Gesundheit und ihrer Determinanten abdeckte.
- Integrierte Ansätze werden eher auf zentraler und weniger auf lokaler Ebene durchgeführt. Dies führt zu einer höheren Schwelle für die Bürgerbeteiligung.
- Eine Vier-Länder-Studie (Grossbritannien, Südafrika, Kanada und Australien) lässt keine klaren Schlüsse über eine bessere Kosteneffizienz von integrierten Ansätzen zu [8].
- Vielfach litten integrierte Ansätze daran, dass keine geeigneten Instrumente vorlagen, welche von verschiedenen Sektoren einfach angewandt

werden konnten, und dass es an den nötigen Kapazitäten und Erfahrungen fehlte. Es besteht auch die Gefahr, dass die Instrumente durch das Zusammenpacken verschiedenster sektoraler Anliegen zu komplex werden.

- In Fällen, in denen die intersektorale Zusammenarbeit noch wenig etabliert war, haben sich bei der Anwendung integrierter Ansätze oft Verständnisprobleme und Schwierigkeiten in der sektorübergreifenden Kooperation ergeben. Zudem spielten einige Sektoren (z. B. Wirtschaft) in den Prozessen eine dominantere Rolle und erhielten mehr Gewicht in den politischen Entscheidungsprozessen.

An all diesen Herausforderungen wird jedoch gearbeitet. Gemäss der neuesten WHO-Studie zum Thema sollte der Gesundheitssektor nicht durch Festhalten an einer eigenständigen Gesundheitsfolgenabschätzung zur «Fragmentierung» beitragen. Die Risiken der «Impact Assessment Fatigue» seien ernst zu nehmen. Die Autoren der Studie sehen die Zukunft eher in einer verbesserten Berücksichtigung der gesundheitsrelevanten Aspekte in bestehenden Impact-Assessment-Instrumenten und langfristig in den integrierten Impact-Assessments (IIA) [16].

4 Die GFA in der Schweiz, Stand 2014

4.1 Entwicklung des Instruments im nationalen Kontext

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Situation in den Kantonen. Eine kurze Betrachtung der nationalen Ebene ist an dieser Stelle jedoch angebracht und aufschlussreich.

Auf Bundesebene fand die GFA nach unseren Informationen erstmals 2002 in einem Dokument Erwähnung. Dieses wurde von der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (heute: Public Health Schweiz) mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst [20]. Es formulierte Empfehlungen zur Umsetzung des Rahmenkonzepts Gesundheit 21 der WHO auf Schweizer Ebene. Zu den Empfehlungen gehörte, dass «bis zum Jahr 2020 die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Gesetzesvorlagen bei Bund und Kantonen zur Regel werden solle».

Ebenfalls 2002 beauftragte das Zentralsekretariat der GDK eine «Groupe de réflexion» mit der Erarbeitung eines GFA-Argumentariums für die Gesundheitsdirektoren. Der 2003 veröffentlichte Bericht dieser Gruppe empfahl unter anderem die Einsetzung einer interkantonalen und institutionsübergreifenden Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Standard-GFA-Verfahrens für Politiker der öffentlichen Hand. Dieses sollte sich auf die Erfahrungen der Pionierkantone abstützen [21]. Die Arbeitsgruppe wurde jedoch nie eingesetzt.

2005 veröffentlichte das BAG ein «Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik» und erklärte darin: «Im Vordergrund steht aus Sicht des BAG die Entwicklung eines Instruments zur Beurteilung und Optimierung von politischen Vorhaben der Sektorpolitiken aus Sicht der multisektoralen Gesundheitspolitik.» [22]

Anwendung der GFA auf nationaler Ebene

2003 beteiligte sich die Schweiz im Rahmen des Pan-europäischen Programms für Verkehr, Gesundheit

und Umwelt der WHO und der UN-Wirtschaftskommission für Europa an einer transnationalen GFA über die Auswirkungen des Verkehrs auf die Gesundheit von Kindern [7].

Im Jahr 2006 beauftragte das BAG INFRAS mit der Durchführung von drei Studien im Hinblick auf die Formulierung von Strategieempfehlungen auf dem Gebiet der multisektoralen Gesundheit und der GFA [23],[24],[30].

In der Folge wurden zwei GFAs auf nationaler Ebene durchgeführt. Die eine war den Einflüssen der Agrarlandschaft auf die Gesundheit gewidmet und wurde 2012 im Auftrag des Schweizerischen Bauernverbands von equiterre durchgeführt. Ihre Ergebnisse wurden auf der Website des Vereins veröffentlicht. Die andere war eine interne GFA im Auftrag des BAG und diente der Formulierung von Denkanstössen für die Entwicklung der Initiative *actionsanté*. Diese GFA resultierte in einem nicht veröffentlichten Dokument.

Im Rahmen unserer Standortbestimmung gaben die Ansprechpartnerinnen im BAG an, das Amt arbeite gewöhnlich mit anderen Instrumenten, namentlich mit Evaluationen (ex-post) oder mit *Regulierungsfolgenabschätzungen* (RFA) (ex-ante).

Die GFA und das Projekt eines Präventionsgesetzes

Im Rahmen seines Auftrags für das BAG arbeitete INFRAS konkrete Instrumente für die Durchführung integrierter GFAs aus. Die integrierte Strategie wurde jedoch nicht weiterverfolgt, da zum damaligen Zeitpunkt die Arbeiten am Präventionsgesetz (PrävG) eingeleitet wurden und das BAG die Verankerung der GFA in dieses Gesetz anstrebte.

Der Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) wurde dem Parlament 2009 vorgelegt. Im Artikel 9 wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, festzulegen, bei welchen Vorhaben die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung oder bestimmter Personengruppen vertieft zu ermitteln seien. Während der Vernehmlassung war dieser Artikel namentlich von den Kantonen und Organisationen der öffentlichen Gesund-

heit positiv aufgenommen worden. Er wurde vom Nationalrat grossmehrheitlich unterstützt, nicht aber vom Ständerat. Im März 2010 veröffentlichte *economiesuisse* ein politisches Dossier zum Thema [25]. Darin äusserte der Verband der Schweizer Unternehmen seine Opposition gegen die Schaffung eines Instruments zur Gesundheitsfolgenabschätzung. Auf Drängen der Wirtschaftskreise, die in der GFA eine mögliche neue administrative Hürde ähnlich der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) sahen und die Behinderung von Projekten befürchteten, wurde der Artikel gestrichen. Dies in der Hoffnung, den übrigen Inhalt des Gesetzes zu retten. Die Befürchtungen von *economiesuisse* wurden erneut am Schweizerischen Kongress für Gesundheitsökonomie angesprochen, welcher 2011 dem Thema gewidmet war. Ein Referent warnte davor, die GFA dürfe nicht über alle anderen Sichtweisen dominieren [32]. 2012 wurde der Gesetzesentwurf schliesslich vom Ständerat knapp verworfen. Allerdings hätte selbst eine Annahme des Gesetzes mit dem Artikel 9 keine Verpflichtungen für die Kantone gebracht, denn der Artikel betraf nur die Bundesverwaltung.

Gegenwärtig verfügt die Schweiz auf nationaler Ebene über keine spezifische Gesetzesgrundlage für die GFA. Aus Sicht unserer Ansprechpersonen im BAG kann jedoch Artikel 141 Absatz 2 des Parlamentsgesetzes als gesetzliche Grundlage für die Durchführung von GFAs gesehen werden.

Wie weiter nach der Ablehnung des Präventionsgesetzes?

Im Januar 2013 verabschiedete der Bundesrat eine Gesamtschau mit dem Titel *Gesundheit2020*. Gemäss diesem Bericht wird «der Gesundheitszustand der Menschen in der Schweiz zu 60 Prozent von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt». Ferner heisst es darin: «Diese gesellschaftlichen und umweltbedingten Determinanten sollen auf Bundesebene durch eine intensivierete Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Departementen gezielt verbessert werden.» [26]

Nach der Ablehnung des PräVG wurde beschlossen, das Thema GFA nicht isoliert zu behandeln. Die Frage der Relevanz und des Einsatzes der GFA sollte

in die Arbeiten zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) einfließen. Die am Prozess beteiligten Stellen auf Bundes- und Kantonsebene sowie die NGOs wurden in dieser Hinsicht befragt. Unter anderem wurde nach dem Stellenwert gefragt, den die multisektorale Politik in der NCD-Strategie einnehmen sollte. Zudem wurde ermittelt, inwiefern die GFA als Instrument einer multisektoralen Politik in die Strategie einzubetten sei. Die Ergebnisse der Befragung lagen zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Berichts noch nicht vor.

Unsere Ansprechpartnerinnen im BAG sprachen sich klar für die Konzepte der multisektoralen Gesundheitspolitik und der Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) aus. Das Potenzial für die Anwendung der GFA auf Bundesebene schätzen sie zwar als gering ein. Sie geben sich aber offen für die Förderung von Instrumenten zur Gesundheitsbeurteilung im Rahmen der einschlägigen nationalen Strategien, beispielsweise in der NCD-Strategie. Voraussetzung sei, dass die Befragung ein Bedürfnis der Umsetzungspartner ergebe.

Gesundheitsförderung Schweiz

In den vergangenen Jahren unterstützte Gesundheitsförderung Schweiz die Entwicklung der GFA. In ihrer langfristigen Strategie 2008–2018 erwähnte die Stiftung, dass erste Erfahrungen mit Instrumenten zur Evaluation von Politiken im Tessin bestehen, und erklärte ihre Bereitschaft, diese zu evaluieren. Auch sollte die Möglichkeit einer schweizweiten Anwendung derartiger Instrumente geprüft werden [27]. Gesundheitsförderung Schweiz unterstützte zudem die Kantone beim Aufbau der GFA-Plattform und leistete einen substanziellen finanziellen Beitrag zu deren Entwicklung. Zudem beteiligte sich die Stiftung an der Organisation der internationalen Konferenz zur GFA, die 2013 in Genf stattfand.

Aus der GFA-Plattform wird der Schweizer Verein für Gesundheitsfolgenabschätzung

2005 schufen die Kantone Genf, Tessin und Jura zusammen mit der NGO *equiterre*⁶ die GFA-Plattform⁷ mit folgenden Zielsetzungen:

⁶ www.equiterre.ch

⁷ www.impactante.ch

- den lokalen Behörden ein Werkzeug zur Verfügung stellen, damit die Gesundheitsförderung im Hinblick einer nachhaltigen Entwicklung in die Entscheidungsprozesse integriert wird
- Erfahrungen und Kenntnisse aus anderen Schweizer Kantonen oder von nationalen und internationalen Partnern sammeln und auswerten
- die GFA in den Prioritäten der lokalen Behörden besser positionieren
- mit anderen bekannten Werkzeugen Synergien entwickeln, um auf verschiedenen institutionellen Ebenen Einfluss nehmen zu können

Zur Erreichung ihrer Ziele organisierte die Plattform 2006 in Lugano eine Konferenz sowie verschiedene Schulungen. 2010 veröffentlichte sie den ersten Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz in französischer und deutscher Sprache und gab dazu eine Informationsbroschüre für Entscheidungsträger heraus. Die Plattform arbeitete 2013 zusammen mit der Universität Genf auch an der Organisation der internationalen Konferenz mit. Seit 2011 führte equiterre im Auftrag des Vereins zwei GFAs durch (siehe Anhang 5).

2011 schuf die GFA-Plattform den Schweizer Verein für Gesundheitsfolgenabschätzung⁸ (Verein GFA). Der Verein zählte bei seiner Gründung 18 Mitglieder: fünf Gründungsmitglieder (JU, GE, TI, Gesundheitsförderung Schweiz und equiterre), fünf ordentliche Mitglieder (VD, FR, Public Health Schweiz, die Haute Ecole de Santé La Source und Liges de la Santé VD) sowie acht Mitglieder mit Beobachterstatus (unter anderem: NE, TG als einziger Deutschschweizer Kanton, die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX, der Tessiner Konsumentenverband und die Fondation Prévention et Santé). 2014 zählte der Verein GFA 14 Mitglieder, wovon fünf im Beobachterstatus. Mit Ausnahme des Wallis sind alle Kantone der lateinischen Schweiz Mitglied des Vereins GFA. Seit seiner Gründung 2011 verzeichnete der Verein GFA einen leichten Mitgliederrückgang. Dies zieht Schwierigkeiten auf mehreren Ebenen nach sich: weniger Einnahmen, geringeres Interesse an den Schulungen und schliesslich generell weniger En-

gagement und Ressourcen für das Funktionieren der Organisation. Ohne grundlegende Änderungen steht der Verein nach Einschätzung seines Vorstands vor einer ungewissen Zukunft.

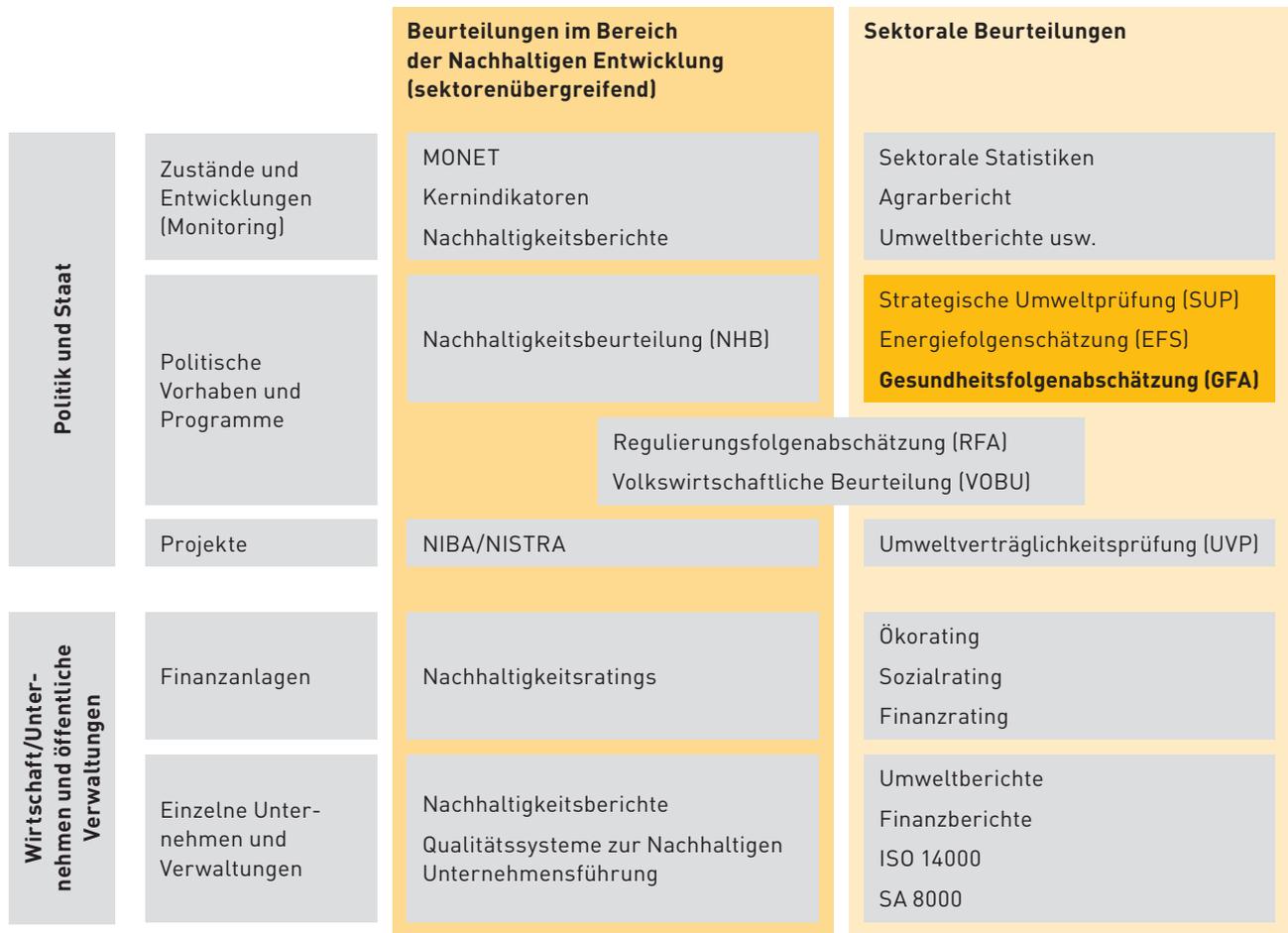
Integration in andere Impact-Assessment-Instrumente

Gegenwärtig herrscht in der Schweiz ein Nebeneinander von mehreren Evaluationsinstrumenten (Abbildung 3). Die wichtigsten Eigenschaften dieser verschiedenen Instrumente werden im Anhang 4 ausführlicher beschrieben. Kurz zusammengefasst:

- **Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP):** Die UVP liegt im Zuständigkeitsbereich des Bundesamts für Umwelt (BAFU) und ist als einziges Instrument auf Bundesebene gesetzlich verankert. Mit einer UVP wird geprüft, ob ein Vorhaben die gesetzlichen Umweltvorschriften einhält. Die Gesundheit der Bevölkerung wird dabei nicht systematisch berücksichtigt.
- **Strategische Umweltprüfung (SUP):** Die SUP liegt im Zuständigkeitsbereich des BAFU und verfügt über keine gesetzliche Basis auf Bundesebene. Sie kommt in den Kantonen Waadt und Genf zur Anwendung. Eine kantonale Reglementierung besteht nur im Kanton Genf. Bei der SUP ist der Umweltbegriff weiter gefasst und beinhaltet prinzipiell auch Gesundheitsfolgen. Aus den im Rahmen dieser Standortbestimmung erhaltenen Informationen geht jedoch hervor, dass bisher auf nationaler Ebene die Gesundheit in der Praxis der SUP nicht berücksichtigt wurde. Im Kanton Genf wurden drei GFAs zusammen mit SUPs durchgeführt (siehe Anhang 5). Derzeit führen das BAFU und das Bundesamt für Raumentwicklung (ARE) ein Projekt mit dem Ziel durch, Umweltschutz und Raumplanung durch eine Verknüpfung der Nachhaltigkeitsbeurteilung (NHB) mit der SUP besser zu koordinieren.
- **Regulierungsfolgenabschätzung (RFA):** Auf nationaler Ebene ist das SECO für dieses Instrument zuständig. Es dient der Untersuchung und Darstellung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen von staatlichen Regelungen und ist im Ge-

⁸ www.impactsante.ch

Abbildung 3: Einbettung der Nachhaltigkeitsbeurteilung, ARE 2008 [28], angepasst



setz über die Bundesversammlung (Artikel 141 Absatz 2) und in Artikel 170 der Bundesverfassung (Überprüfung der Wirksamkeit) verankert. Das Instrument enthält Komponenten, welche die Gesundheit der Bevölkerung betreffen. Es ist jedoch schwerpunktmässig auf die Wirtschaft und auf die Unternehmen ausgerichtet. Der Bundesrat folgte 2006 einem Vorstoss des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) und beschloss, pro Jahr eine Auswahl von maximal zehn Gesetzesprojekten detailliert auf ihre volkswirtschaftlichen Folgen hin prüfen zu lassen.

- **Nachhaltigkeitsbeurteilung (NHB):** Auf nationaler Ebene liegt dieses Instrument im Zuständigkeitsbereich des ARE. Es dient einer integrierten Prüfung der sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Aspekte eines Gesetzes oder eines Projekts. Eine gesetzliche Verankerung auf Bundesebene liegt nicht vor. Der vom ARE herausgegebene Leitfaden zur Nachhaltigkeitsbeurteilung weist auf die Gemeinsamkeiten zwischen der NHB und der GFA hin. Die Verfasser dieses Dokuments, das während der Vernehmlassung zum Präventionsgesetz entstand, halten fest: «Gemäss dem heutigen Stand der Diskussion könnte die GFA sowohl als eigenständiges Instrument als auch in Kombination mit der Nachhaltigkeitsbeurteilung zum Einsatz gelangen.» [28] In einem 2012 veröffentlichten Bericht über die NHB in der Schweiz ist zu lesen, dass Ende 2011 14 Kantone die NHB praktizierten; davon hatten fünf die NHB institutionalisiert (AG, BL, BE, FR und VD) [29]. Dabei gilt, dass die NHB bei Projekten, die der Neuen Regionalpolitik oder dem Wirtschaftsförderungsgesetz unterstellt sind, obligatorisch ist.

Abbildung 3 liefert einen Überblick über den Kontext, in dem die gegenwärtigen Impact-Assessment-Instrumente in der Schweiz zum Einsatz kommen. Es fällt auf, dass die GFA, die als intersektorales Instrument auf der Basis der Gesundheitsdeterminanten konzipiert ist, in dieser Darstellung den sektoralen Evaluationstools zugeordnet wird.

Diskussionen über die Frage der Integration

Wie erwähnt beauftragte das BAG 2006/2007 INFRAS mit der Klärung der Frage der Integration der GFA. Ausgehend von Fallstudien empfahl INFRAS, die GFA und die Nachhaltigkeitsbeurteilung miteinander zu verknüpfen: «Aufgrund der Erfahrungen in den Fallstudien erscheint eine Kopplung der Gesundheitsbeurteilung an die NHB sinnvoller als eine eigenständige Lösung.» Diese Empfehlung war an die Voraussetzung geknüpft, dass sich das Instrument NHB auf Bundesebene etablieren könne [30].

Auf diesen Standpunkt stellte sich 2010 auch Daniel Wachter, der damalige Leiter der Sektion Nachhaltige Entwicklung des ARE, in der November-Ausgabe der Zeitschrift Spectra [36]. In seiner Stellungnahme mahnte er zur Vorsicht angesichts der steigenden Zahl der sektoralen Evaluationen. Er befürchtete, diese Vielfalt werde generelle Ängste und Widerstände gegenüber prospektiven Evaluationen wecken. Er verwies auf das Beispiel der Europäischen Kommission, die ein integriertes Impact-Evaluations-Instrument entwickelte, das seiner Auffassung nach weitgehend der NHB entspricht. Er unterstrich, dass aus Sicht der nachhaltigen Entwicklung keine Einwände gegen die GFA geltend gemacht werden können, plädierte aber für eine Harmonisierung der Interventionsfelder, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und um den Erfahrungsaustausch zu fördern.

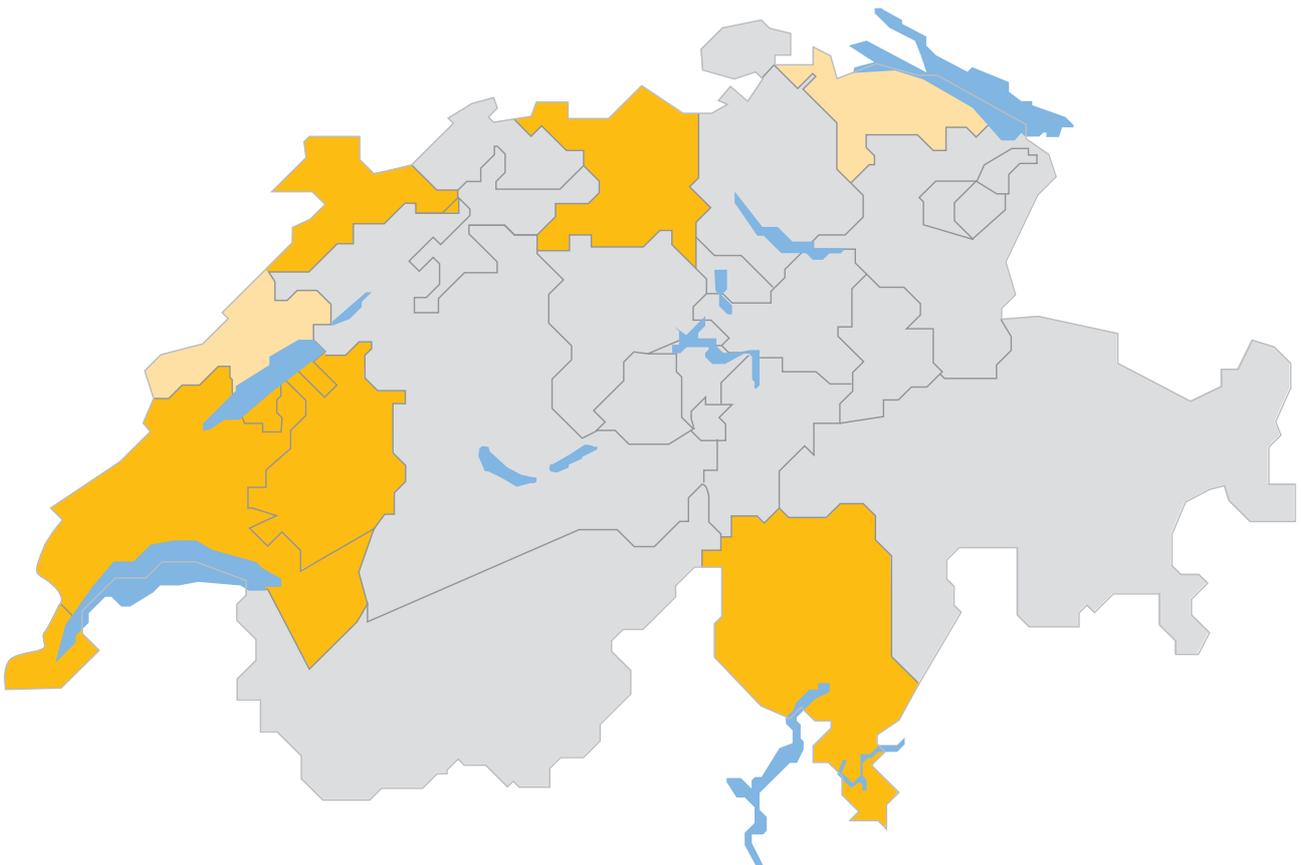
In seiner noch nicht veröffentlichten Doktorarbeit befasst sich Thierno Diallo, ein Spezialist auf dem Gebiet der GFA in der Schweiz, mit der Frage der Integration von GFA und SUP. Es wird interessant sein, zu erfahren, inwiefern seine Befunde die in diesem Kapitel erwähnten Empfehlungen bestätigen.

4.2 Überblick über die GFAs in den Kantonen

Die Anwendung der GFA auf kantonaler Ebene setzte zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein und konzentrierte sich hauptsächlich auf die drei Pionierkantone Tessin, Genf und Jura. Jeder dieser Kantone wählte dabei eine eigene Strategie, wie weiter unten beschrieben.

Anhang 5 enthält eine Zusammenstellung sämtlicher GFAs, die bis dato in den Kantonen realisiert wurden. Abbildung 4 zeigt deutlich, dass der Röstigraben auch im Bereich der GFA besteht: Fast alle GFA-Anwendungen fanden in der Romandie und im Tessin statt. Von den Deutschschweizer Kantonen sind lediglich Aargau und Thurgau im Bereich GFA aktiv. Aargau gab 2011 eine GFA in Auftrag. Thurgau ist Mitglied des Vereins GFA, verfügt aber bislang über keine konkrete GFA-Anwendungserfahrung.

Abbildung 4: GFA in der Schweiz: Die Kantone GE, JU, TI, VD und FR haben bereits GFA durchgeführt. NE und TG sind – wie auch die zuvor genannten Kantone – Mitglied des Vereins GFA. AG hat eine Fallstudie durchgeführt, ist aber nicht Mitglied des Vereins.



Zwischen 2001 und 2014 wurden 22 GFAs auf kantonaler Ebene durchgeführt. Davon wurden 20 auf der Website des Vereins GFA veröffentlicht. Auf die Kantone Genf (8), Jura (6) und Tessin (5) entfallen 86% der GFAs; die übrigen 14% verteilen sich auf die Kantone Waadt (1), Aargau (1) und Freiburg (1) (Abbildung 5).

Abbildung 6 zeigt, dass 13 (59%) der 22 GFAs sogenannte *schnelle GFAs* und 9 (41%) *umfassende GFAs* waren.

Abbildung 7 stellt die Verteilung der GFAs pro Jahr zwischen 2001 und 2014 dar. In den Jahren 2006 bis 2008 tritt eine Häufung auf. Ab 2009 ist ein Rückgang zu verzeichnen, mit einem Maximum von zwei GFAs im Jahr 2011.

Die meisten GFAs fanden in den Sektoren Gesundheitswesen (7) und Raumplanung (6) statt, gefolgt von Sozialwesen (3), Mobilität (2) und Wirtschaft (2). In den Bereichen Energie, Tourismus und Entwicklungshilfe fand je eine GFA statt (Abbildung 8).

Abbildung 7: Anzahl GFAs pro Jahr und Kanton, 2001–2014 (eigene Darstellung)

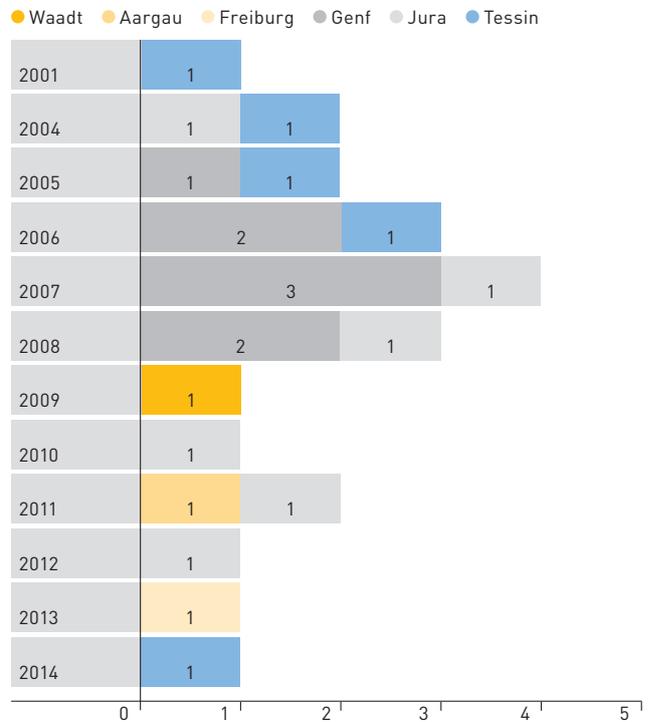


Abbildung 5: Anzahl GFAs pro Kanton, 2001–2014 (eigene Darstellung)

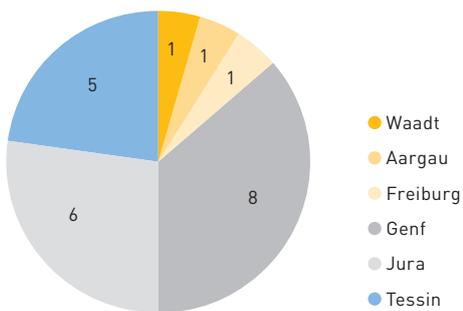


Abbildung 6: GFAs in den Kantonen nach Typ, 2001–2014 (eigene Darstellung)

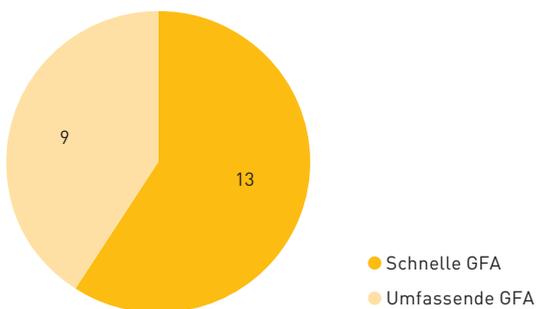
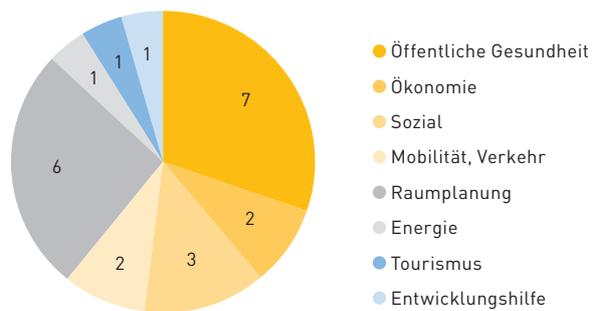


Abbildung 8: Anzahl GFAs nach Sektor, 2001–2014 (eigene Darstellung)



Nota bene: Die Gesamtzahl der GFAs beträgt hier 23, da eine GFA (Passivrauchen, GE) sowohl in der Kategorie des Gesundheitswesens als auch in der Volkswirtschaft verbucht wurde.

Gesetzliche Grundlagen

Genf und Freiburg sind die einzigen Kantone, in denen die GFA gesetzlich verankert ist.

Personelle und finanzielle Ressourcen

Sämtliche GFAs der Kantone im Zeitraum von 2001 bis 2014 wurden entweder von equiterre oder von der Unité EIS der Gesundheitsdirektion des Kantons Genf vorgenommen. Ausnahmen bilden eine GFA im Tessin, die von Studi Associati durchgeführt wurde, und drei interne GFAs, die vom kantonalen Amt für Gesundheitsförderung und -evaluation des Tessins realisiert wurden. Die Unité EIS wurde 2008 unter der Bezeichnung Groupe de recherche en environnement et santé (GRES) der Universität Genf angegliedert.

In den allermeisten Fällen handelte es sich bei den Auftrag- und Geldgebern der GFAs um kantonale Gesundheitsämter. In den Kantonen Jura und Freiburg wurden die GFAs aus dem Haushalt für nachhaltige Entwicklung finanziert, der aus Mitteln des Gesundheitswesens gespiesen wird. Aus den Befragungen im Rahmen der vorliegenden Standortbestimmung geht hervor, dass einzig die Kantone Jura und Freiburg über spezifische GFA-Budgetposten verfügen. In zahlreichen Kantonen fehlt ein Haushaltsposten für Evaluationen, aus dem eine GFA finanziert werden könnte.

Im Zeitraum von 2009 bis 2012 gewährte Gesundheitsförderung Schweiz Finanzierungsbeiträge für Institutionen und Kantone, die erstmals eine GFA durchführten. Freiburg hat als einziger Kanton von dieser Finanzierungshilfe Gebrauch gemacht.

Die folgende Beschreibung der Erfahrungen in den Kantonen stützt sich auf Informationen im Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz, die anhand von Interviews und Fokusgruppendifkussionen ergänzt wurden. Im Anhang 5 werden detaillierte Angaben zu den einzelnen GFAs in den Kantonen gemacht.

Tessin

Im Kanton Tessin fanden die ersten Überlegungen zur GFA im Zuge von Diskussionen um die Stärkung der Gesundheitsförderung und die Förderung der nachhaltigen Entwicklung statt. Die GFA fand als Instrument zur Orientierung der Politiken der öffentli-

chen Hand in den Legislaturplan 2004–2007 Eingang und sollte in die Entscheidungsverfahren auf kantonaler Ebene einfließen. Im Januar 2005 erging ein Regierungsratsbeschluss über die Durchführung einer Pilot-GFA. Ein Jahr später, im Januar 2006, erfolgte die Ernennung einer direktionsübergreifenden GFA-Kommission, die den Pilot vornehmen sollte. Die Kommission organisierte Ausbildungen über die Gesundheitsdeterminanten und über das Konzept der multisektoralen Gesundheit. Sie bestimmte die Auswahlkriterien für die zu prüfenden Massnahmen und hatte zur Aufgabe, Tools für die GFA-Anwendung zu entwickeln. Sie identifizierte rund zehn Massnahmen in verschiedenen Sektoren, die einer GFA unterzogen werden könnten.

Im Rahmen der Pilotphase von 2004 bis 2007 führte der Kanton Tessin vier GFAs durch. Die einzige umfassende GFA wurde 2005 eingeleitet und betraf die Verkehrsplanung für die Region Mendrisio. Sie wurde von der Regierung unterstützt und stiess nicht auf offenen Widerstand [1]. Allerdings wurde sie auf der Stufe der Abgrenzung (siehe Abbildung 1) eingestellt. Die eigentliche Bewertung und die Formulierung von Empfehlungen fanden nicht statt. Diese GFA wurde von der Tessiner Berater- und Städteplanungsfirma Studi Associati durchgeführt. Sie ist nach unserem Wissen die einzige GFA, die von diesem Büro geleitet wurde.

Bei den drei übrigen GFAs wurde die schnelle Variante gewählt. Es handelte sich um interne GFAs des Amtes für Gesundheitsförderung und -evaluation der Gesundheitsdirektion.

Über die GFA-Erfahrungen des Kantons liegt kein Bericht vor. Es kann jedoch aus den geführten Gesprächen geschlossen werden, dass das Ziel der Verankerung des Instruments der GFA in den Entscheidungsprozessen nicht effektiv erreicht wurde. Mittlerweile sind sowohl in der Kantonsregierung als auch auf Verwaltungsebene andere Personen für das betreffende Ressort zuständig, und die GFA-Kommission hat ihre Tätigkeit eingestellt.

Gegenwärtig ist eine von der Kantonsregierung beschlossene GFA in Arbeit. Sie betrifft ein Projekt, in welchem Schüler im letzten Jahr der obligatorischen Schulzeit für den Umgang mit Defibrillatoren sensibilisiert und geschult werden. Den Auftrag zur Anwendung dieser GFA erhielt GRES.

Genf

Im Kanton Genf begann die Auseinandersetzung mit der Thematik der Gesundheitsdeterminanten in den Neunzigerjahren. 1991 nahm der Regierungsrat eine Neuorientierung seiner Tätigkeit auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung in Angriff. 2003 entwickelte er dazu ein neues Konzept. Formell wurde die Einführung der GFA in der Genfer Verwaltung 2004 beschlossen. Damals wurde die vierte Phase des Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO lanciert. Genf wirkte bis 2008 an diesem Netzwerk mit. Ähnlich wie im Tessin wurden parallel dazu Überlegungen zum Verfahren und den Instrumenten für die GFA geführt. Es sollten Pilotversuche in Form von Fallstudien durchgeführt werden.

Das 2006 vom Grossen Rat verabschiedete neue Gesetz über das Gesundheitswesen verfügt in Artikel 4 Absatz 2: «Wenn ein Gesetzgebungsprojekt mit möglichen negativen Folgen für die Gesundheit verbunden ist, kann der Regierungsrat eine Evaluation seiner potenziellen Gesundheitsfolgen anordnen» (frei übersetzt). Die Einführung dieses Artikels war mit heftigen Diskussionen und Widerständen verbunden. Die Gegnerschaft des Artikels befürchtete die Einführung eines Instruments, das – ähnlich wie die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) – Bauvorhaben behindern könnte. Die damalige Gesundheitsdirektion musste einen erheblichen Informationsaufwand betreiben, um die Unterschiede zwischen GFA und UVP deutlich zu machen. Ursprünglich sah Artikel 4 bei möglichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit eine automatische Anwendung der GFA vor. Um die Streichung des Artikels zu verhindern, musste im Sinne eines Kompromisses die Entscheidung über die Anordnung einer GFA dem Grossen Rat überlassen werden [33]. Allerdings liegt bis dato keine Umsetzungsverordnung zu diesem Gesetz vor. Ferner wurde im Kanton Genf seit der Verabschiedung des Gesetzes 2006 kein einziger Gesetzesentwurf einer eigentlichen GFA unterzogen.

Genf ist mit acht GFAs, die zwischen 2005 und 2009 durchgeführt wurden, der Kanton, der das Instrument am häufigsten einsetzte. Vier GFAs waren vom Typ schnelle GFA in den Bereichen Gesundheitswesen, Mobilität und Entwicklungshilfe. In vier Fällen wurde eine umfassende GFA durchgeführt. Die erste

GFA fand 2005 statt und betraf die Einführung des Rauchverbots in öffentlichen Einrichtungen. Sie wurde im Verlauf der Grossratsdebatte über die kantonale Verfassungsinitiative «Fumée passive et santé» mehrmals zitiert. Die übrigen umfassenden GFAs betrafen Raumentwicklungsprojekte. Bemerkenswert ist, dass sie gemeinsam mit einer strategischen Umweltprüfung (SUP) vorgenommen wurden. Zum damaligen Zeitpunkt hatte Genf als einziger Kanton die SUP in seine Verfahren integriert.

Die drei schnellen GFAs wurden intern von der Unité EIS der Gesundheitsdirektion durchgeführt.

Ende 2007 wurde die Unité EIS an die Universität Genf verlegt und in Groupe de recherche en environnement et santé (GRES) umbenannt. Ziel dieser Umstellung war einerseits die Gewährleistung der GFA-Neutralität und andererseits der Aufbau einer Ausbildungstätigkeit.

Zwei GFAs wurden im Folgenden von der GRES realisiert. Mit den übrigen GFAs wurde equiterre beauftragt. Die Genfer Fallstudien leisteten einen wichtigen Beitrag an den Aufbau von Kenntnissen und Kompetenzen im Bereich GFA in der Schweiz.

Dennoch gilt die Feststellung, dass der Kanton Genf seit 2009 keine GFA mehr in Auftrag gegeben hat. Dies kann mit dem Transfer der Unité EIS von der Gesundheitsdirektion an die Universität Genf zusammenhängen. Personelle Veränderungen in der Gesundheitsdirektion führten dazu, dass die vorgesehene Strategie nicht umgesetzt werden konnte. Die neuen Verantwortlichen massen dem multisektoralen Gesundheitsansatz weniger Bedeutung bei. Die GRES setzte ihre GFA-Tätigkeit jedoch in Frankreich fort und führte dort zwei GFAs im Bereich des Städtebaus durch. Ausserdem machten Studierende und Doktoranden der Universität Genf GFAs im Rahmen von Forschungsarbeiten.

Im Juni 2014 setzte der Genfer Regierungsrat eine direktionsübergreifende Steuergruppe zur Revision des kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung ein. Der Steuergruppe gehören sechs Direktionen an. Sie erhielt den Auftrag, Impulse für ein multisektorales Vorgehen zu liefern. Somit ist eine Verbesserung der Voraussetzungen für die Gesundheitsfolgenabschätzung möglicherweise in Sicht. Konkrete Vorhaben liegen jedoch derzeit nicht vor.

Jura

Im Kanton Jura begannen die GFA-Arbeiten 2002 im Zusammenhang mit der Definition der kantonalen Strategie für nachhaltige Entwicklung Juragenda21. Die Mitarbeit von equiterre und die Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz führten dazu, dass die Gesundheitsförderung in der Juragenda21 einen bedeutenden Platz erhielt. Getragen wurde die Strategie gemeinsam von zwei Direktionen: Gesundheit, Sozialwesen und Humanressourcen sowie Umwelt und Infrastruktur. Möglich wurde diese Vorgehensweise dank des politischen Willens der beiden Direktionsvorsteher. Für die Finanzierung der Projekte stand eine gemeinsame Kasse zur Verfügung, in die beide Direktionen einzahlten.

2006 wurde durch einen Regierungsratsbeschluss eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Sie hatte den Auftrag, GFA-Verfahren vorzuschlagen und Instrumente zu erarbeiten. Die GFA sollte in den kantonalen Entscheidungsprozessen verankert und initial mit Pilotstudien erprobt werden. Das Projekt verlief in vier Phasen. Dabei führte equiterre im Auftrag von Juragenda21 drei GFAs durch. Die erste fand 2004 statt und betraf die Erschliessung einer Gewerbezone. Die zweite fand 2007 auf dem Gebiet der Städteplanung statt, und die dritte, 2008 durchgeführte GFA betraf die Gesundheitsfolgen eines Erschliessungsprojekts im Bereich des Fremdenverkehrs.

2008 empfahl die Arbeitsgruppe in ihrem Bericht, die GFA in einer oder zwei Direktionen zu verankern und GFAs nicht systematisch durchzuführen, sondern von Fall zu Fall. Ausserdem empfahl sie, je nach Gegenstand der GFA jeweils eine spezifische Begleitgruppe einzusetzen und der Gesundheitsdirektion die Zuständigkeit für die GFA zu übertragen. Die Regierung übernahm diese Empfehlungen. Seit 2008 wurden im Kanton Jura drei GFAs durchgeführt: 2010 wurde eine *schnelle* GFA bei einem Gesetzesentwurf für den Ausbau der Kinderbetreuung angewandt. Die Ergebnisse dieser GFA wurden nie veröffentlicht. 2011 folgte die Evaluierung eines Raumplanungsprojekts, das die Einrichtung von neuen Gewerbezone von kantonalem Interesse und die Beschleunigung von Verfahren vorsah. Die im Jahr 2012 durchgeführte GFA betraf die potenziellen Auswirkungen von Windanlagen auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Entscheidend für das Engagement des Kantons Jura im Bereich der GFA war der überzeugte Einsatz von Politikern und von Behördenvertretern, die das Konzept von Anfang an unterstützten. Das gemeinsam vom Gesundheits- und Umweltbereich getragene Programm für nachhaltige Entwicklung wirkte sich ebenfalls zugunsten des Instruments aus. Allerdings werden im Jura nach wie vor GFAs hauptsächlich durch das Ressort des Gesundheitswesens initiiert. Die verschiedenen Akteure, die bis anhin mitgewirkt haben, sind vom Nutzen der GFA überzeugt. Skeptischer sind sie bezüglich der Nutzerfreundlichkeit der angewandten Instrumente und dem erforderlichen Aufwand. Schliesslich sei erwähnt, dass die Weiterführung von Juragenda21 derzeit nicht gesichert ist. Zukünftige Vorhaben könnten entsprechend in Frage gestellt sein.

Freiburg

Der Kanton Freiburg hat 1999 als erster Schweizer Kanton die GFA in seinem Gesundheitsgesetz verankert. Artikel 3 Absatz 3 lautet: «Auf Verlangen der für den Gesundheitsbereich zuständigen Direktion kann der Staatsrat jeden Entwurf für ein Gesetz, ein Dekret oder einen Beschluss daraufhin untersuchen, ob er sich nachteilig auf die Gesundheit auswirkt, und gegebenenfalls einen Bericht über die Massnahmen hinzufügen, mit denen die Auswirkungen abgeschwächt werden sollten.»

Die kantonale Planung 2007–2011 sah die Erprobung des Instruments der GFA vor. Diese Absicht wurde in der Planung 2011–2015 erneuert. Die Strategie für nachhaltige Entwicklung 2012–2017 sieht die Durchführung von drei GFAs vor. 2013 vergab der Kanton Freiburg den ersten GFA-Auftrag. Diese GFA wurde von equiterre im Auftrag des Vereins GFA durchgeführt und betraf den Asylbereich. Weitere GFA-Ideen wurden von der Direktion für Gesundheit und Soziales geprüft, konnten aber nicht umgesetzt werden. Das Amt für Gesundheit erhielt grünes Licht für eine Vorstellung der GFA anlässlich einer Konferenz der Generalsekretariate der Direktionen, dies unter anderem mit dem Ziel, weitere GFA-Themen zu identifizieren.

Übrige Kantone

Die GFA kam auch in anderen Kantonen zur Anwendung. Beispielsweise beauftragte der **Kanton Waadt** die GRES 2009 mit der Durchführung einer schnellen GFA über das Verbot der Abgabe von Alkohol an Minderjährige. Der Kanton verfügt über keine gesetzliche Grundlage für die GFA. Der kantonale Bericht über die Gesundheitspolitik 2013–2017 verlangt die systematische Prüfung der Gesundheitsauswirkungen von Vorhaben, die die physische Umwelt verändern, sowie die Dokumentierung der Gesundheitsauswirkungen der wichtigsten Umwelt Risiken. Die GFA ist zwar in der Liste der Abkürzungen aufgeführt, wird aber im inhaltlichen Teil des Berichts nicht ausdrücklich thematisiert. Ausserdem werden intersektorale Formen der Zusammenarbeit angesprochen, jedoch ohne Bezugnahme auf die multisektorale Gesundheitspolitik. In einer vorläufigen Fassung des kantonalen Rahmenkonzepts für Gesundheitsförderung und Prävention wird die Absicht erwähnt, die GFA zu testen. Die Chancen, dass die GFA in die endgültige Fassung des Konzepts Eingang findet, stehen gut. Derzeit ist ein GFA-Projekt zum Thema Luftqualität im Gespräch, an dem die Dienststelle für nachhaltige Entwicklung sowie die Ämter für Gesundheit und Umwelt beteiligt sind.

2011 liess der **Kanton Aargau** eine schnelle GFA über die Organisation der Impfungen im Schulalter durchführen. Dabei wurden drei strategische Varianten anhand einer Literaturrecherche verglichen. Equiterre realisierte die Folgenabschätzung im Auftrag des Vereins GFA.

Neuenburg und Thurgau sind Mitglieder des Vereins GFA im Beobachterstatus. Beide Kantone haben bislang noch keine GFA vorgenommen.

Die Darstellung anhand der Landeskarte (Abbildung 4) zeigt, dass die Mehrzahl der Kantone noch keine Erfahrungen mit der Anwendung des GFA-Instruments gemacht haben. Dies betrifft insbesondere die Deutschschweizer Kantone.

Die elektronische Umfrage, die im Rahmen der vorliegenden Standortbestimmung durchgeführt wurde, lieferte interessante Erkenntnisse über den Wissensstand betreffend GFA und über die Bekanntheit des Vereins GFA. Befragt wurden Vertreter derjenigen Kantone, die bislang über keine GFA-Erfahrung

Abbildung 9: Antworten aus der elektronischen Befragung der Kantone ohne Anwendungserfahrung: Kenntnisse der GFA (eigene Darstellung)
Wie gut kennen Sie das Instrument der GFA?

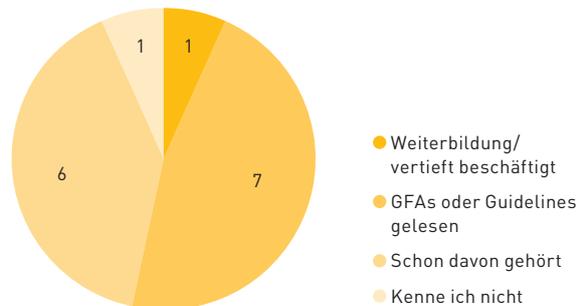


Abbildung 10: Antworten aus der elektronischen Befragung der Kantone ohne Anwendungserfahrung: Verein GFA (eigene Darstellung)
Haben Sie schon vom Schweizer Verein GFA gehört?

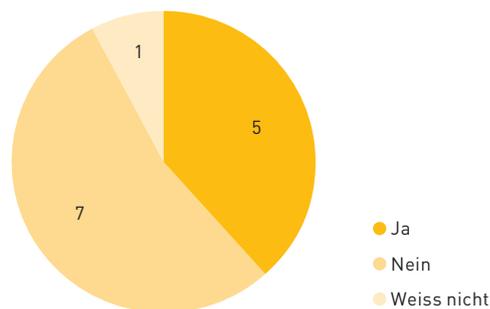
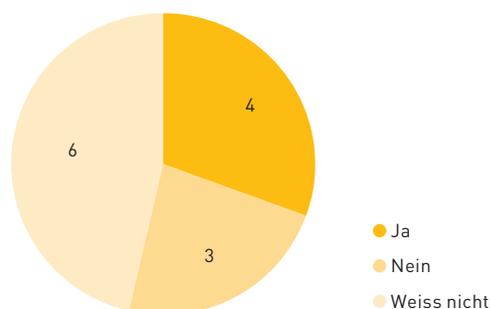


Abbildung 11: Antworten aus der elektronischen Befragung der Kantone ohne Anwendungserfahrung: GFA-Potenzial (eigene Darstellung)
Sehen Sie Potenzial in der Anwendung des Instruments GFA in Ihrem Kanton?



verfügen. Die elektronische Befragung ergab, dass nur eine von 14 befragten Personen⁹ nicht weiss, was eine GFA ist (Abbildung 9), wohingegen weniger als die Hälfte bereits vom Verein GFA gehört hatten (Abbildung 10). Bei den meisten Befragten handelte es sich notabene um Gesundheitsförderungsbeauftragte und somit um Personen, die mit der Thematik vertraut sind. Die Antworten sind folglich für andere Kategorien von kantonalen Beamten nicht repräsentativ.

Die Antworten auf die Frage nach der Einschätzung des Potenzials lassen auf eine gewisse Offenheit der Befragten im Hinblick auf die GFA schliessen (Abbildung 11). Berücksichtigt man zudem die grosse Anzahl Personen, die hinsichtlich dieses Potenzials unschlüssig sind, wird der Sensibilisierungsbedarf in diesen Kantonen deutlich.

4.3 Anwendungserfahrungen in den Kantonen

Mehrwert der GFA und Verwendung der Ergebnisse

Diese Standortbestimmung bestätigt den Mehrwert, welcher der GFA auf internationaler Ebene zugeschrieben wird, insbesondere für Prozesse und für die Qualität der politischen Entscheidungsfindung. Ob und wie sich die GFAs auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkten, wurde bislang in der Schweiz nicht ermittelt. Auch konnten keine Angaben über Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit gemacht werden. Die Standortbestimmung dokumentiert demzufolge den Mehrwert der GFA auf der Prozessebene. Über den Nutzen auf der Wirkungsebene Gesundheit und Chancengleichheit kann keine Aussage gemacht werden.

Die Gesprächspartner erwähnten in erster Linie, dass die Anwendung der GFA zur Förderung eines multisektoralen Gesundheitsansatzes beiträgt und hilft, die übrigen Sektoren für die Thematik der Gesundheitsdeterminanten zu sensibilisieren. In vielen Fällen trugen Erfahrungen im Rahmen einer GFA zur Stärkung der sektorübergreifenden Zusammen-

arbeit bei. Diese Befunde bestätigen die Ergebnisse in der Fachliteratur [1],[34]. Dabei gilt, dass die Wechselwirkung zwischen Ursache und Wirkung in beide Richtungen funktioniert: Kenntnisse über den multisektoralen Ansatz und die Gesundheitsdeterminanten können zusammen mit einer bereits gut funktionierenden sektorübergreifenden Zusammenarbeit auch zum Erfolg einer GFA beitragen.

Das Instrument der GFA wird als flexibles Tool geschätzt, welches Akteure und Entscheidungsträger darin unterstützen kann, die richtigen Fragen zu den Implikationen eines Projekts zu stellen. Objektive, wissenschaftlich abgestützte Argumente verhelfen den Prozessen zu mehr Legitimität. Zudem kann eine GFA dazu beitragen, eine ideologisch geführte Diskussion im Rahmen geplanter Projekte zu entschärfen (siehe z. B. GFA über Windanlagen im Kanton Jura). Die GFA bietet eine Entscheidungshilfe, um unter den evaluierten Optionen jene Strategien auszuwählen, die ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis bieten. Dieser Mehrwert, der im aktuellen Spar-kontext besonderes Potenzial hat, wurde von einem Teil der Befragten genannt. Beispielsweise förderte die GFA im Kanton Genf (Agglomerationsprojekt Frankreich/Waadt/Genf) ein nachweisliches Sparpotenzial von einer halben Milliarde Euro zutage [32]. Aus Sicht der Kantone hat es sich in der Vergangenheit bewährt, mit einer Pilotphase und Fallstudien zu beginnen, um den Mehrwert der GFA aufzuzeigen und um bei Politikern und in den Ämtern Akzeptanz für das Instrument zu schaffen.

Bislang wurde die Nutzung der Empfehlungen aus den GFAs und somit deren Einsatz in politischen Prozessen allerdings kaum dokumentiert. Aussagen zu diesem Thema finden sich lediglich in einem Artikel von Simos und Cantoreggi, der die Verwendung der GFA über das Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen während der verschiedenen Etappen des Gesetzgebungsprozesses im Kanton Genf behandelt [33]. Unsere Interviews und Fokusgruppensitzungen lieferten zusätzliche Informationen zur Umsetzung der Empfehlungen. Allerdings komplizieren personelle Wechsel die Ergebnisbewertung. Die ge-

⁹ Die Anzahl der Rückläufe je Kategorie beläuft sich nicht immer auf 14. Das lässt sich darauf zurückführen, dass mehrere Antworten angekreuzt werden konnten und dass es nicht Pflicht war, alle Fragen zu beantworten.

genwärtigen Ressortleiter kennen die Entstehungsgeschichte und die potenziellen Wirkungen der GFA oftmals nicht.

Als Beispiel für die Nutzung der Ergebnisse sei die GFA über die potenziellen Auswirkungen von Windanlagen auf die Gesundheit der Bevölkerung genannt, die 2012 im Jura durchgeführt wurde. Die Folgenabschätzung brachte nicht nur Antworten auf die Befürchtungen der Bevölkerung, sondern lieferte den Behörden auch Denkanstösse darüber, wie sie ihre Windenergiestrategie revidieren könnten, um bestimmte Widerstände zu überwinden. Ausserdem erwies sich die GFA als hilfreiches Instrument an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Dienststellen, die bis anhin zu diesem Thema nicht oder wenig zusammengearbeitet hatten. Die GFA konnte aufzeigen, dass die Nutzung von Windenergie ohne wesentliche Gesundheitsbeeinträchtigungen für die Bevölkerung möglich ist, wenn flankierende Massnahmen getroffen werden. Über diese GFA wurde eine Medienmitteilung verfasst. Die Arbeiten werden in den Richtplan und in die Energiestrategie 2023 einfließen.

Bei der GFA über die Altbausanierung im Kanton Jura waren die GFA-Schritte auf den Projektablauf abgestimmt. Dementsprechend konnten die Empfehlungen fortlaufend in den weiteren Entscheidungsprozess aufgenommen werden. Die Vertreterin des Ressorts Gesundheitsförderung war zudem Mitglied der Jury des Architekturwettbewerbs. Durch die GFA konnten Gemeinden und Architekten für Gesundheitsförderungsfragen sensibilisiert werden, namentlich für Fragen des Zugangs für Menschen mit Behinderung.

Die GFA im Kanton Freiburg mündete unter anderem in ein Projekt für die Förderung der Gesundheit von Asylbewerbern.

In einigen Fällen, beispielsweise im Kanton Aargau, flossen die GFA-Empfehlungen in ein Argumentarium ein, das dem Regierungsrat als Entscheidungsgrundlage unterbreitet wurde.

Die GFA-Empfehlungen kamen in Genf mehrmals im Zusammenhang mit Finanzierungsbeschlüssen zum Einsatz. In einem anderen Fall wurden die Empfehlungen in eine Kommunikationskampagne eingearbeitet. Bei den Folgenabschätzungen über Raumplanungsvorhaben im Kanton Genf lieferte die GFA

im Verlauf der jeweiligen Prozesse Grundlagen für ein Argumentarium. Einige dieser Argumente wurden in einem Themenheft veröffentlicht.

Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Umsetzung

Die Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit GFAs auftreten, sind im Gegensatz zu den positiven Ergebnissen und deren Nutzung gut dokumentiert und werden viel häufiger thematisiert. Zu den tatsächlich erlebten Herausforderungen kommen Gerüchte, die oft von Personen weitergetragen werden, die nie direkt an einer GFA beteiligt waren. Die im Kapitel 3 beschriebenen Schwierigkeiten treten zu einem grossen Teil auch in der Schweiz auf. Im vorliegenden Kapitel werden deshalb schwerpunktmässig die Probleme dargestellt, die im Verlauf unserer Befragung besonders häufig angesprochen wurden und offenbar schweizspezifische Eigenheiten aufweisen.

Mehrere Gesprächsteilnehmer unterstrichen, dass die Evaluationskultur in den Kantonen noch nicht ausreichend entwickelt ist. Oftmals werde eine Evaluation als Sanktion empfunden [33]. Dazu kommt bei einem Grossteil der Akteure im Gesundheitswesen ein Mangel an fundierten Kenntnissen über das Instrument der GFA. Der GFA-Methodologie wird nachgesagt, sie sei nicht klar umrissen. Die Flexibilität eines Instruments kann demnach zum Nachteil werden, wenn seine spezifischen Merkmale und die Abgrenzung gegenüber anderen Instrumenten nicht mehr erkennbar sind. Auch sind der Ansatz über die Gesundheitsdeterminanten und die intersektorale Dimension der Gesundheit ausserhalb des Gesundheitsbereichs noch wenig bekannt [1].

Die GFA wird als Prozess des Gesundheitssektors wahrgenommen. Andere Fachbereiche tun sich schwer, das Instrument anzunehmen. Die Vorstösse finden nicht immer Anklang und liessen manchmal den Vorwurf des «Gesundheitsimperialismus» aufkommen. Dass die Beteiligten – insbesondere jene aus anderen Sektoren – die GFA nicht ausreichend unterstützen und übernehmen, wird vor allem bei der Umsetzung der Empfehlungen zum Problem. Im Bereich der intersektoralen Zusammenarbeit gibt es in vielen Kantonen noch erheblichen Verbesserungsbedarf. Mehrere Auskunftspersonen bedauerten die Tatsache, dass die Systeme bis heute in ihrer sek-

torischen Logik verharren. Nicht selten wird die Befürchtung geäussert, eine GFA werde Vorhaben behindern oder stoppen. Zudem können erfahrungsgemäss dann Konflikte entstehen, wenn die Erwartungen der beteiligten Dienststellen nicht von Anfang an sorgfältig geklärt wurden. All dies wirkt sich zuungunsten der GFA aus. Initiativen des Gesundheitswesens, welche die Gesundheitsförderung und -prävention betreffen, haben angesichts des gegenwärtigen politischen Kontexts in der Schweiz einen schweren Stand. Das Fehlen einer federführenden Instanz sowie eines politischen Willens, zur Frage der GFA klar Position zu beziehen, äussert sich auch in der Tatsache, dass es für die GFA keine gesetzliche Grundlage auf nationaler Ebene gibt. Wie bei vielen anderen Fragen des Gesundheitswesens hat der Föderalismus das Entstehen eines schweizerweiten strategischen Ansatzes für die GFA nicht gefördert. In diesen Zusammenhang gehört auch die Tatsache, dass die Schweiz im Gegensatz zu ihren Nachbarstaaten nicht über ein nationales Gesunde-Städte-Netzwerk verfügt. Gegenwärtig ist La Chaux-de-Fonds als einzige Schweizer Stadt Mitglied des europäischen Gesunde-Städte-Netzwerks¹⁰ der WHO. Dieses stellt derzeit als einzige Initiative der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene den Bezug zur GFA her.

Die kantonalen Akteure bedauern, dass in den Haushalten nicht ausreichend Mittel zur Verfügung gestellt werden, um Erfahrungen mit der GFA zu sammeln. Einige Folgenabschätzungen wurden ausserdem aus politischen Gründen nicht zu Ende geführt. Ebenso wurden manchmal Ergebnisse nicht veröffentlicht.

Das Genfer Beispiel zeigt, dass «die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage bei Akteuren ausserhalb des Gesundheitssektors, die mit GFAs konfrontiert sind, viel zu deren Legitimierung beigetragen hat.»^[1] Dennoch stellt eine gesetzliche Verankerung keine Garantie für die tatsächliche Anwendung der GFA dar: Im Fall von Genf liegt keine Vollzugsverordnung vor, und im Fall von Freiburg vergingen zwischen der Verabschiedung des Gesetzes 1999 und der ersten GFA 2012 mehr als zehn Jahre.

Ein weiteres Problem besteht in der recht unsystematischen, punktuellen Anwendung der GFA. Oftmals ist der Entscheid von der persönlichen Motivation der jeweiligen Verantwortlichen abhängig. Aus Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen wird auch häufig die schnelle Variante der GFA vorgezogen, auch weil zum Teil befürchtet wird, dass Entscheidungsprozesse durch eine GFA verzögert werden könnten [1].

Die Partizipation der betroffenen Bevölkerungsgruppen gehört zu den grundlegenden Qualitätselementen, die der GFA ihren Wert verleihen. Problematisch ist demzufolge die Tatsache, dass bis anhin in den GFAs der Schweizer Kantone partizipative Komponenten gänzlich fehlten. Als Begründung werden Budgetrestriktionen, die politische Brisanz des Themas oder das Argument angeführt, die strategische Ebene der GFA eigne sich nicht für eine Öffentlichkeitsbeteiligung. Zudem wollten viele Kantone rasch zu einem Ergebnis kommen und deshalb eine schnelle «Desktop-GFA» durchführen. In einigen Fällen waren die Kantonsvertreter der Auffassung, sie seien selbst in der Lage, die Bevölkerung zu vertreten.

Eine Betrachtung der bisherigen GFAs zeigt, dass die Schweiz nur über eine ganz kleine Zahl ausgewiesener GFA-Experten verfügt. Abgesehen von den internen GFAs im Tessin sind GRES (Universität Genf) und equiterre die bisher einzigen Institutionen, die in der Schweiz GFAs durchgeführt haben. Die betreffenden Experten sind französischer und italienischer Muttersprache. Für die Verbreitung des Instruments in der Deutschschweiz ist dies nicht förderlich. Einige Gesprächspartner beklagen eine «Monopol-situation», die der Förderung des Instruments wenig zuträglich sei. Dass Sachverständige der Dienstleistungsinstitutionen gleichzeitig Vorstandsmitglied des Vereins GFA sind, birgt in den Augen einiger Befragter das Risiko von Interessenkonflikten.

Zum Problem der fehlenden externen Sachverständigen kommen personelle Wechsel in den Dienststellen sowie die wechselnde Zusammensetzung der Begleitgruppen hinzu. Zusammen mit der fehlenden Dokumentierung der Prozesse und Nutzung der

¹⁰ Das französische Netzwerk zählt 86, das deutsche Netzwerk 75, das österreichische Netzwerk 24 und das italienische Netzwerk 69 Mitglieder (gemäss den Angaben auf der im Oktober 2014 konsultierten Internetseite).

GFA-Ergebnisse und Empfehlungen führt diese hohe Fluktuation zu einem problematischen Verlust des institutionellen Gedächtnisses.

Die befragten Akteure finden es richtig, Gelegenheiten für die Einbettung der Gesundheitsfolgenabschätzung in andere Impact-Assessment-Instrumente zu ergreifen. Solche Möglichkeiten sehen sie vorwiegend im Umweltbereich. Es wird jedoch darauf verwiesen, dass die strategische Umweltprüfung (SUP) zurzeit nicht besser verankert sei als die GFA. Viele der Befragten verfügten allerdings nicht über ausreichende Kenntnisse der übrigen Impact-Assessment-Instrumente, um fundierte Vergleiche anstellen zu können. Einige arbeiten zudem lieber mit anderen Konzepten wie «Community Health», «One Health», dem Planungsmodell «Precede-Proceed» oder mit dem Spinnennetzdiagramm.

Im Rahmen der Standortbestimmung wurde auch die Frage gestellt, warum so viele Kantone noch nie eine GFA durchgeführt haben. Die Umfrage unter den Kantonen ergab, dass die meisten Befragten vom Instrument gehört haben, aber lediglich über oberflächliche Kenntnisse zur GFA verfügen. Zusätzlich zu den oben bereits angeführten Einwänden gegen die GFA wurden auch mangelnde Ressourcen, das Fehlen überzeugender Anwendungsbeispiele aus anderen Kantonen und die Angst vor bürokratischem Aufwand genannt. Insgesamt scheint die GFA in diesen Kantonen nicht eingehend diskutiert worden zu sein.

Lernerfahrungen

Die Analyse der Schweizer Fachliteratur und die Gespräche im Rahmen der vorliegenden Standortbestimmung erlauben die folgenden Schlüsse:

Lernerfahrung: Die GFA-Anwendungserfahrung beschränkt sich auf wenige Kantone.

Über Erfahrung mit der GFA verfügen gegenwärtig hauptsächlich vier Westschweizer Kantone und das Tessin. In der Deutschschweiz wurde das Instrument nicht in nennenswertem Umfang angewandt. Auf Bundesebene (BAG, andere Departemente usw.) und in der nationalen Politik konnte sich die GFA bisher nicht etablieren. Viel Zeit wurde mit der versuchten Verankerung ins Präventionsgesetz «verloren».

Lernerfahrung: Die optimale Verankerung der GFA bleibt zu klären.

Wie die Beispiele von Genf und Freiburg zeigen, stellt eine gesetzliche Verankerung auf kantonaler Ebene keine Garantie für den tatsächlichen Einsatz des GFA-Instruments dar. Aus Sicht der befragten Kantone ist eine systematische GFA-Anwendung zu umständlich und wenig sinnvoll. Alle Kantone gaben punktuellen Mandaten den Vorzug. Beide dieser Varianten haben Vor- und Nachteile. Während bei einer systematischen Anwendung die Gefahr besteht, aus der GFA eine Alibiübung zu machen, kann sie im anderen Fall nach Belieben der Entscheidungsträger und für politische Zwecke eingesetzt werden.

Lernerfahrung: Die GFA-Expertise ist ausserhalb der Romandie kaum entwickelt.

Dass sich die GFA-Expertise auf zwei Institutionen im französischsprachigen Raum – equiterre und GRES – konzentriert, ist problematisch und erschwert die schweizweite Verbreitung des Konzepts und insbesondere dessen Einführung in der Deutschschweiz. Die Verlagerung der Unité EIS an die Universität Genf ist vom Grundsatz her begrüssenswert, führte unter dem Strich aber zu einer Schwächung des Leads durch die Gesundheitsdirektion. In den letzten Jahren wurde die GFA im Kanton Genf kaum noch angewandt.

Um die GFA-Expertise in der Schweiz auszubauen, war die Ausbildung weiterer Fachkräfte vorgesehen. Die Nachfrage nach diesen vom Verein GFA organisierten Schulungen blieb bescheiden. Einige mussten aufgrund mangelnden Interesses annulliert werden.

Lernerfahrung: Die GFA muss fachgerecht angewandt werden.

Die fachlich korrekte Durchführung gemäss den Regeln der Methodologie ist zentral für die Qualität einer GFA. Gemäss vorliegender Studie wurden bei den meisten Folgenabschätzungen der Kantone nicht alle drei Kernkriterien einer GFA nach Gulis et al. erfüllt (siehe Kapitel 1.4). Darüber hinaus fand das Element der Partizipation in keiner einzigen GFA seinen Platz. Eine GFA sollte immer einem Bedürfnis des Gesundheitswesens, der Politik oder der Bevölkerung entsprechen. Opportunitäten sollten entsprechend genutzt werden.

Es fällt auf, dass einige Befragte keinen Zusammenhang zwischen dem Typ der GFA (schnell oder umfassend) und ihrer Wirkungsweise sahen. Ein wichtiges Anliegen der Befragten war, sich auf eine solide Methodologie abstützen zu können. Im Rahmen der vorliegenden Studie stimmten die befragten Personen darin überein, dass es ein «einfacher verständliches» Instrument brauche. Bisher habe man ein «allzu puristisches» Vorgehen angestrebt, das letztlich mehr Berührungsängste als Begeisterung weckte und die GFA oft zu einem schwerfälligen Prozess werden liess.

Lernerfahrung: Die Wahl des Instruments sollte durch die jeweilige Fragestellung bestimmt werden.

Mehrere Befragte betonten, die GFA sei ein zweckmässiges Instrument für die Umsetzung einer multi-sektoralen Gesundheitspolitik – sie sei jedoch ein Instrument unter mehreren. «Die GFA ist weder Religion noch Dogma. Sie ist eine Vorgehens- bzw. Denkweise.» Demzufolge müssen sich der Ansatz und das gewählte Instrument nach dem Projekt und nicht primär auf die Methodologie ausrichten. Mehrere Gesprächsteilnehmer meinten, es sei wichtig, primär die Gesundheitsdeterminanten und den multisektoralen Ansatz (Health in All Policies) in den Vordergrund zu stellen. Das Instrument der GFA solle daran angelehnt diskutiert werden.

Lernerfahrung: Die Alternative der integrierten Gesundheitsbeurteilung ist auf kantonaler Ebene nicht ausreichend bekannt.

Während die Einbettung von Gesundheitsaspekten in andere Impact-Assessment-Instrumente mithin eine Option darstellt, die international angewandt und auf nationaler Ebene diskutiert wurde, ergaben die Gespräche mit kantonalen Akteuren, dass heutzutage nur wenige von ihnen ausreichende Kenntnisse über die Palette der verfügbaren Analyseinstrumente und Vorgehensmöglichkeiten besitzen.

Lernerfahrung: Eine gute intersektorale Zusammenarbeit ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die GFA.

Wie auch anderswo ist die intersektorale Zusammenarbeit auch in der Schweiz nicht immer einfach. Um die übrigen Sektoren vermehrt für eine Diskussion über die multisektorale Dimension der Gesund-

heit zu gewinnen, braucht es nicht nur zusätzliche Bemühungen auf dem Gebiet der Sensibilisierung und Schulung. Es ist auch wichtig, in den anderen Direktionen die geeigneten Personen anzusprechen und deren Erwartungen von Beginn an zu klären und zu berücksichtigen. Werden diese Schritte vernachlässigt, können erfahrungsgemäss Frustrationen und sogar Konflikte im Verlauf des Prozesses entstehen, die das Miteinander behindern und dazu führen, dass nicht alle hinter den Befunden der GFA stehen. Nach den Erkenntnissen der vorliegenden Studie ist eine formelle, direktionsübergreifende Kommission für die GFA nicht zwingend notwendig. Hingegen wird das Bestehen von Begleitgruppen aus Vertretern der jeweils betroffenen Direktionen als entscheidender Erfolgsfaktor für das Gelingen einer GFA bezeichnet.

Die meisten Befragten betonten, dass das Potenzial der GFA vor allem in Sektoren ausserhalb des Gesundheitswesens hoch ist. Fest steht jedoch, dass Massnahmen im Gesundheitssektor – gefolgt von der Raumplanung – bis heute am häufigsten Gegenstand von GFAs wurden. Unsere Erhebung lieferte keine genauen Hinweise darauf, für welche Sektoren das Potenzial für die GFA am höchsten beurteilt wird. Sinnvoller als eine bestimmte sektorbezogene Strategie zu verfolgen wird es sein, Gelegenheiten für eine Zusammenarbeit dort zu ergreifen, wo die Gegebenheiten dies anbieten.

Lernerfahrung: Eine GFA endet nicht mit der Veröffentlichung des Berichts.

Die letzte Etappe der GFA (Begleitung und Evaluation) wird in der Schweiz und anderswo häufig vernachlässigt. Eine zielgruppenspezifische Kommunikation der Ergebnisse, z. B. in Form von Kurzberichten, und die Begleitung des politischen Prozesses im Zusammenhang mit der Umsetzung der Empfehlungen sind eminent wichtig, um das Potenzial des GFA-Instruments voll ausschöpfen zu können.

Lernerfahrung: Gute GFA-Beispiele aus den Kantonen müssen mehr Bekanntheit erlangen.

Vernetzung und Wissensmanagement gehören zu den Kernaufgaben des Vereins GFA. Auf dieser Ebene bleibt weiterhin viel zu tun. Die Sache der GFA

in der Schweiz kann nur voranschreiten, wenn Beispiele von gelungenen GFAs in anderen Kantonen bekannt sind und genutzt werden. Es sind entsprechende Ressourcen nötig, um die GFA-Prozesse besser zu dokumentieren und die Ergebnisse nutzbar zu machen.

Lernerfahrung: Der Schweizer Verein für Gesundheitsfolgenabschätzung befindet sich an einem Wendepunkt.

Die Vorstandsmitglieder betonen, dass die Ressourcen des Vereins zu wenig genutzt werden. Die anfängliche Dynamik sei abgeflaut. Vom Ziel der Einführung der GFA in der Deutschschweiz ist man nach wie vor weit entfernt. Die Standortbestimmung zeigt, dass nicht alle kantonalen Akteure den Verein GFA kennen und auch nicht alle einen Mehrwert des Vereins benennen konnten. Einige meinten, es brauche «nicht für jedes Instrument einen eigenen Verein».

Die vorliegende Standortbestimmung stellt keine Evaluation des Vereins GFA dar. Nach Aussagen der befragten Kantonsvertreter und des Vereinsvorstands befindet sich der Verein jedoch derzeit eindeutig in einer Situation, in der sich die Frage nach dem «Wie weiter?» stellt.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.1 Schlussfolgerungen

Vorbemerkung zur Relevanz der Ergebnisse der vorliegenden Standortbestimmung

Wie bereits im Kapitel Methodologie erwähnt, konnte nur eine beschränkte Zahl von Spezialisten zur vorliegenden Untersuchung befragt werden. Dabei handelte es sich vorwiegend um Personen aus dem Nutzerkreis der GFA und aus dem Bereich der Gesundheitsförderung. Trotz dieser Einschränkung konnte jedoch dank der hohen Teilnahmequote ein valider Einblick in die Sachlage gewonnen werden. Dies erlaubt es, wichtige Schlussfolgerungen im Hinblick auf Empfehlungen zu formulieren. Die Entscheidung über die Richtung, die bezüglich der zukünftigen Art der Gesundheitsbeurteilung¹¹ eingeschlagen ist, muss in Abstimmung mit den betroffenen Akteuren auf kantonaler und nationaler Ebene gefällt werden.

Schwierigkeiten und Lösungsansätze decken sich weitgehend mit den Erfahrungen des Auslands.

Die Schwierigkeiten, über die berichtet wurde, sind Ausdruck spezifischer Gegebenheiten in der Schweiz, decken sich aber letztlich auch weitgehend mit Erfahrungen, die im internationalen Kontext gemacht wurden. Stolpersteine und Rückschläge sollen also die «Community» nicht daran hindern, an der Fortentwicklung der Gesundheitsfolgenabschätzung zu arbeiten. Aus den praktischen Erfahrungen der Kantone und aus den erfolgreichen Lösungsansätzen anderer Länder (siehe Kapitel 3.4) lassen sich Strategien und Massnahmen ableiten, um die Gesundheitsbeurteilung in den Schweizer Kantonen als ein mögliches Instrument der multisektoralen Gesundheit zu fördern und dauerhaft zu verankern.

Das Potenzial der Gesundheitsbeurteilung ist in der Schweiz noch nicht voll ausgeschöpft.

Die Analyse der internationalen Fachliteratur zeigt, dass die GFA auf drei Ebenen einen Mehrwert bieten kann: (1) Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen, (2) Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, (3) Stärkung der gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse. Kantone, die über GFA-Erfahrung verfügen, sehen den Nutzen der GFA bisher hauptsächlich im letzten Bereich der Prozesse und der Entscheidungsfindung. Durch eine verbesserte Dokumentation könnte dieser Nutzen erhöht werden. Die Wirkungen der GFA auf die Gesundheit und die Chancengleichheit wurden bisher kaum erfasst.

Die Pilotphase kommt ans Ende.

In den vergangenen zehn Jahren wurden in den Schweizer Kantonen zahlreiche GFA-Pilotprojekte durchgeführt. Aus heutiger Sicht sind weitere Pilotversuche in «neuen» Kantonen und die Fortführung dieser anfänglich sinnvollen Dynamik aber nicht zweckmässig. Dazu haben die Kantone gegenwärtig auch kaum die notwendigen Mittel. Im Hinblick auf die Anwendung von Impact-Assessment-Instrumenten befindet sich die Schweiz an einem Wendepunkt. Es ist an der Zeit, Grundsatzentscheidungen über eine Reihe von strategisch wichtigen Fragen zu fällen.

Auf internationaler und auf Schweizer Ebene weist die Entwicklung in Richtung integrierter Ansätze, die eine Gesundheitsbeurteilung beinhalten.

Auf der Basis der verfügbaren Länder-Studien und der Evaluationen von multilateralen Organisationen, namentlich WHO und EU-Kommission, zeichnet sich im internationalen Kontext ein Konsens ab, wonach

¹¹ In diesem Kapitel wird anstelle von Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) teilweise der Begriff «Gesundheitsbeurteilung» verwendet (siehe Erklärung im Text).

die GFA ein nutzbringendes Instrument mit hohem Potenzial für die Gesundheitsförderung ist. Gleichzeitig geht der Trend in Richtung integrierter Ansätze anstelle von eigenständigen GFAs [16]. Eine ähnliche Tendenz ist laut den Studien, die vor einigen Jahren vom BAG in Auftrag gegeben wurden, auch auf der nationalen Ebene in der Schweiz festzustellen [23], [30]. Deshalb verwenden wir in diesem Kapitel den Begriff «Gesundheitsbeurteilung» anstelle des Begriffs GFA. Die Änderung der verwendeten Terminologie soll jedoch einer Entscheidung der Akteure über einen allfälligen Wechsel zu integrierten Ansätzen nicht vorgreifen. Der breiter gefasste Begriff «**Gesundheitsbeurteilung**» schliesst die klassische, eigenständige GFA genauso ein wie andere, stärker integrierte Ansätze.

Das Konzept der «multisektoralen Gesundheit» mit der Zusammenarbeit verschiedener Politikfelder für eine bessere und gerechtere Verteilung der Gesundheit in der Schweiz bleibt auch in Zukunft richtungsweisend. In der Öffentlichkeit und in der Politik, aber auch bei vielen Akteuren, ist dieses Konzept heute jedoch noch wenig bekannt.

5.2 Empfehlungen

Ausgehend von den Lernerfahrungen und Schlussfolgerungen dieser Standortbestimmung können im Hinblick auf eine bessere Institutionalisierung der Gesundheitsbeurteilung fünf prioritäre Empfehlungen abgegeben werden:

1. Einen gemeinsamen Ansatz auf kantonaler und nationaler Ebene anstreben

Nach über zwanzig Jahren Pilotanwendung in den Kantonen steht die GFA in der Schweiz heute an einem Wendepunkt. In der Folge dieser Standortbestimmung drängt sich eine Kursänderung auf. Ohne neuen Anlauf mit vereinten Kräften wird es den kantonalen Akteuren nicht gelingen, die Gesundheitsfolgenabschätzung als Instrument zu etablieren und deren Nutzen – auch für andere Sektoren – unter Beweis zu stellen. Grundsätzliche Offenheit für die Anliegen der Gesundheitsbeurteilung gibt es auch bei Akteuren auf Bundesebene. Es wird empfohlen, zukünftig auf kantonaler und nationaler Ebene eine

harmonisierte Strategie zu verfolgen, um die Abschätzung der gesundheitsbezogenen Auswirkungen von Gesetzen, Politiken, Strategien und Projekten institutionell zu etablieren (auch «Institutionalisierung» genannt). Eine gesetzliche Verankerung der Folgenabschätzung erscheint dazu nicht zwingend notwendig. Eine Pflichtvorgabe dürfte «Alibiübungen» zur Folge haben und eher Widerstand *gegen* als Bereitschaft *für* die Gesundheitsbeurteilung bewirken. Der Ansatz wird sich langfristig nur verankern lassen, wenn die Folgenabschätzung gezielt dort eingesetzt wird, wo sie nutzbringend anstehende Entscheidungsprozesse mitbeeinflussen kann, und wenn ihr Nutzen systematisch dokumentiert wird.

Die vorliegende Untersuchung betraf ausschliesslich GFA-Erfahrungen aus dem öffentlichen Sektor. Im Verlauf des strategischen Reflexionsprozesses, der durch die Akteure des öffentlichen Sektors in Gang gebracht werden sollte, wäre es auch sinnvoll, über das Potenzial einer Sensibilisierung und stärkeren Einbindung des Privatsektors nachzudenken. Eine Kursänderung setzt auf jeden Fall eine starke nationale Leadership voraus. Die Akteure sollten sich auf eine Instanz oder ein Gremium einigen, die bzw. das die Federführung in diesem Prozess übernehmen kann.

2. Das Konzept und die Instrumente gemeinsam festlegen

Angesichts der rasch wachsenden Zahl von Analyseinstrumenten, die sich gegenseitig konkurrenzieren (insbesondere im Bereich der nachhaltigen Entwicklung und der Umwelt), bräuchte es eine Diskussion über die zukünftige Rolle des GFA-Instruments und über die Möglichkeiten und Optionen, die Gesundheit in bestehende Impact-Assessments zu integrieren. Der Stellenwert der Gesundheitsbeurteilung im Hinblick auf die Gesundheitsziele 2020 ist zu klären. Es sollte geklärt werden, in welchen Fällen die Abschätzung der Gesundheitsfolgen weiterhin über das klassische Instrument der eigenständigen GFA, bzw. in welchen Fällen sie über die Integration der Gesundheitsaspekte in ganzheitlichere Analysen erfolgen soll. Bei Gesetzen und komplexen Programmen drängt sich auf der Ebene des Bundes, wohl aber auch der Kantone, eine integrierte, sektorübergreifende Folgenabschätzung auf. Für die Prüfung

einzelner geplanter Projekte (z.B. auf kantonaler oder kommunaler Ebene) kann sich auch weiterhin der klassische GFA-Ansatz anbieten. Die Entscheidung sollte sinnvollerweise situativ und basierend auf einem Leitfaden gefällt werden. Die entwickelten Instrumente sollten eine breite Anwendung erlauben. Speziell für Analysen, welche die Folgen einer Intervention für mehrere Bereiche (z.B. Gesundheit und Umwelt) abzuschätzen haben, sollten Listen mit möglichen Kriterien zur Verfügung stehen, aus denen dann je nach Fragestellung eine Auswahl getroffen werden kann. Die von INFRAS 2007 erarbeiteten Instrumente [24] bilden dafür eine gute Ausgangsbasis und könnten aufgegriffen und dem aktuellen Bedarf angepasst werden.

Mehrwert und Kosten-Nutzen-Verhältnis der Analysen müssen für den Schweizer Kontext besser ausgewiesen und als Argument genutzt werden.

Die Kernkomponente der Partizipation von Interessens- und Bevölkerungsgruppen soll thematisiert und gefördert werden. Begleitgruppen, die bisher aus Beauftragten aus den zuständigen Direktionen bestanden, sollen zukünftig für die Vertreter der Interessengruppen und der Bevölkerung geöffnet werden.

3. Die Koordination auf allen Ebenen beleben

Wie die vorliegende Standortbestimmung zeigt, kennen die Kantone die Ergebnisse von GFAs zu wenig, die in anderen Kantonen durchgeführt wurden. Für eine bessere Nutzung der Erkenntnisse aus den Gesundheitsbeurteilungen in anderen Kantonen muss der Austausch weiter intensiviert werden. Dies gilt insbesondere für die schnelle Form der GFA, die auf Literaturanalysen beruht und häufig nicht kantonspezifische Resultate ergibt. Wichtig ist auch die Förderung einer kantonsübergreifenden Reflexion. Im Hinblick auf einen strategischen Ansatz zur Institutionalisierung der Gesundheitsbeurteilung auf den verschiedenen Ebenen ist eine funktionierende nationale Koordination erforderlich. Die dafür Verantwortlichen sollten über das nötige Gewicht verfügen und die erforderlichen Mittel erhalten. Bisher lag diese Aufgabe in der Verantwortung des Vereins GFA. Seine Zielsetzungen bleiben aktueller denn je. Je nach Ansatz, den die Akteure für die Zukunft wählen, wäre aber zu überlegen, ob dieser Verein gut

platziert ist, über ausreichend Gewicht verfügt und sich gegebenenfalls auch auf integriertere Ansätze ausrichten könnte, um zukünftig eine effiziente nationale Koordination zu gewährleisten. Mögliche Interessenkonflikte, die aus der Doppelrolle von Vorstandsmitgliedern als Steuernde und Auftragnehmende entstehen können, müssen zwingend bereinigt werden. In jedem Fall werden zusätzliche Ressourcen für die Koordination, für die Vernetzung der Kantone und für deren fachliche Unterstützung nötig sein. Bis die anstehenden Beschlüsse gefasst sind, sollte der Verein vorderhand in einer minimalen Form bestehen bleiben (Website, Austausch über Tätigkeiten usw.).

4. Für den gewählten Ansatz werben und fachliche Expertise für dessen Anwendung in sämtlichen Sprachregionen der Schweiz aufbauen

Damit die Gesundheitsbeurteilung Auftrieb erhält, ist eine Sensibilisierung der Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit über die Massenmedien unverzichtbar. Als erster Schritt sollte das Verständnis für die «multisektorale Gesundheit» bzw. die «Gesundheitsdeterminanten» auf allen Ebenen gestärkt werden. Der mögliche Mehrwert der Gesundheitsbeurteilung sollte mit klaren Botschaften und vereinten Kräften kommuniziert werden. Dabei wird es wichtig sein, keine unrealistischen Erwartungen zu wecken.

Die Kompetenz für die Gesundheitsbeurteilung sollte deutlich verstärkt und breiter aufgestellt werden, auch unter den Gesundheitsexperten. Um die Multiplikation zu fördern, sollte der Expertise-Pool über equiterre und GRES hinaus erweitert werden. Dazu bieten sich aus unserer Sicht drei Strategien an: (1) Förderung von Weiterbildungskursen, um den Kreis der Schweizer Experten zu erweitern; (2) Schaffung eines «Marktes» dank einer gesteigerten Nachfrage nach Gesundheitsbeurteilungen (und damit automatisch Aufbau von Expertenkapazität, um dieser Nachfrage gerecht zu werden); (3) Beizug von Experten aus dem Ausland. Zum gegebenen Zeitpunkt sollte ein Verzeichnis der Büros und Institutionen erstellt werden, die über die nötigen Kompetenzen zur Durchführung der Analysen verfügen. Zudem wären Schulungen der auftraggebenden Dienststellen zu empfehlen. Deren Kompetenzen, Analysen in Auf-

trag zu geben und zu begleiten sowie die resultierenden Befunde zu nutzen, sollten gestärkt werden.

5. Folgemassnahmen sicherstellen und Nutzen aus der Gesundheitsbeurteilung ziehen

Die potenzielle Wirkung der Gesundheitsbeurteilung sollte zukünftig verstärkt werden. Die Schweiz kann dabei aus den in anderen Ländern gewonnenen Erkenntnissen lernen (siehe Kapitel 3). Damit die Folgenabschätzung als Entscheidungshilfe nützlich sein kann, sind ihre Ergebnisse rasch zu veröffentlichen. Gutes politisches und administratives Timing ist erfolgsentscheidend [1]. Dazu braucht es Kenntnisse über die formellen und informellen Entscheidungsmechanismen und Kommunikationswege in den betreffenden Direktionen. Die Dokumentation der Nutzung und der Wirkungen einer Gesundheitsbeurteilung ist wichtig, um dem Verlust an institutionellem Gedächtnis vorzubeugen und um den Nachweis des Mehrwerts einer solchen Analyse erbringen zu können. Objektive Informationen, zu denen auch ökonomische Eckdaten gehören, sind aktuell besonders gefragt. Heute dominieren Sparhaushalte und die schwankende Stimmung der Akteure zwischen Motivation und dem Gefühl der Frustration und Enttäuschung hinsichtlich der GFA. Wirkungsevaluationen wären ein wichtiges Mittel, um die Anwendung dieser Instrumente vermehrt auf eine Evidenzbasis zu stellen.

5.3 Weiteres Vorgehen

Um die Schlussfolgerungen und Empfehlungen des vorliegenden Berichts zu erörtern und offene Fragen zu klären, empfiehlt es sich, einen partizipativen Prozess ins Rollen zu bringen, in dem die interessierten Akteure die zukünftige Richtung gemeinsam entwickeln. Dieser Prozess könnte von Gesundheitsförderung Schweiz initiiert werden. In einem ersten Schritt empfehlen wir, im kleinen Kreis zukunftsgerichtete strategische Optionen auszuarbeiten. An diesem Schritt könnten neben Gesundheitsförderung Schweiz z. B. GDK, BAG, ausgewählte kantonale Verantwortliche und Experten des Vereins GFA beteiligt werden. Als Grundlage sollen dabei neben der vorliegenden Standortbestimmung auch die ver-

öffentlichten und unveröffentlichten Berichte dienen, die vom BAG in Auftrag gegeben wurden, sowie weitere Grundlagenpapiere wie etwa der kürzlich erschienene WHO-Bericht [16]. In dieser Phase wäre auch zu klären, wer den Lead für den weiteren Prozess auf nationaler Ebene übernehmen soll und kann. Alle interessierten und beteiligten Akteure – Kantone, Bund, Stiftungen und möglicherweise Privatwirtschaft – sollten aber gemeinsam die Verantwortung für den Prozess tragen.

Für all diese Aufgaben wird es auch zukünftig eine starke Koordinationsinstanz für die operative Ebene brauchen. In diesem Zusammenhang muss die Zukunft des Vereins GFA Gegenstand der Diskussionen sein.

Die Frage der Gesundheitsbeurteilung kann nicht losgelöst von anderen laufenden Prozessen betrachtet werden. Auf nationaler Ebene braucht es eine enge Abstimmung mit den Entwicklungsprozessen anderer Strategien (z. B. Nationale NCD-Strategie oder Strategie Nachhaltige Entwicklung des Bundesrats).

Die Richtung, die sich nach dieser ersten Etappe abzeichnet, könnte in einem nächsten Schritt einem erweiterten Kreis von Akteuren und interessierten Personen zur Konsultation vorgelegt werden.

Sobald die zukünftige Strategie feststeht, bedarf es einer Priorisierung der Aufgaben, die von den verschiedenen Akteuren auf nationaler und kantonaler Ebene sowie auf der Ebene der Organisationen wahrzunehmen sind. Die Rollen und Zuständigkeiten müssen definiert werden. Auch sollten im Hinblick auf die nächsten Jahre die notwendigen und die verfügbaren Ressourcen für die Gesundheitsbeurteilungen geklärt werden.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Standortbestimmung und den daraus resultierenden Diskussionen wird Gesundheitsförderung Schweiz über ihr weiteres Vorgehen bezüglich der Gesundheitsfolgenabschätzung entscheiden.

Anhang 1: Referenzliste und Liste von weiteren ausgewerteten Dokumenten

- [1] GFA Plattform und Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.), «Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz», 2010.
- [2] I. Horvath, S. Haas, C. Knaller und G. Sax, «Health Impact Assessment: Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich», Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit, ÖBIG, Wien, 2010.
- [3] E. Elliott and G. Williams, «Developing a civic intelligence: Local involvement in HIA», in *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 24, pp. 231–243, 2004.
- [4] National Research Council, «Improving Health in the United States»: The Role of Health Impact Assessment Committee on HIA», 2011.
- [5] G. Gulis and D. Zeegers Paget, «What is and what is not HIA», *Eur. J. Public Health*, vol. 24, no. 6, p. 875, 2014.
- [6] M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, and J. Figueras, «The Effectiveness of HIA», *European Observatory on Health Systems and Policies/WHO*, Copenhagen, 2007.
- [7] L. Saint-Pierre, M.-C. Lamarre, and J. Simos, «Health Impact Assessments (HIA): an intersectoral process for action on the social, economic and environmental determinants of health», *Glob. Health Promot.*, vol. 21, no. 1 Suppl, pp. 7–14, Mar. 2014.
- [8] A. Bond, J. Pope, A. Morrison-Saunders, F. Retief, and J. a. E. Gunn, «Impact assessment: Eroding benefits through streamlining?», *Environ. Impact Assess. Rev.*, vol. 45, pp. 46–53, Feb. 2014.
- [9] C. Chadderton, E. Elliott, N. Hacking, M. Shepherd, and G. Williams, «Health impact assessment in the UK planning system: the possibilities and limits of community engagement», *Health Promot. Int.*, vol. 28, no. 4, pp. 533–543, Dec. 2013.
- [10] L. Pursell and N. Kearns, «Impacts of an HIA on inter-agency and inter-sectoral partnerships and community participation: lessons from a local level HIA in the Republic of Ireland», *Health Promot. Int.*, vol. 28, no. 4, pp. 522–532, Dec. 2013.
- [11] G. Trédez, «L'évaluation d'impact sur la santé»: analyse et perspectives de développement dans le Nord-Pas-de-Calais», *Observatoire Régional Nord-Pas-de-Calais*, 2013.
- [12] F. Haigh, F. Baum, A. L. Dannenberg, M. F. Harris, B. Harris-Roxas, H. Keleher, L. Kemp, R. Morgan, H. N. G. Chok, J. Spickett, and E. Harris, «The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005–2009», *BMC Public Health*, vol. 13, p. 1188, Jan. 2013.
- [13] L. M. Gottlieb, J. E. Fielding, and P. A. Braveman, «Health impact assessment: necessary but not sufficient for healthy public policy», *Public Health Rep.*, vol. 127, no. 2, pp. 156–162, 2012.
- [14] B. Harris-Roxas, F. Viliani, A. Bond, B. Cave, M. Dival, P. Furu, P. Harris, M. Soeberg, A. Wernham, and M. Winkler, «Health impact assessment: the state of the art», *Impact Assess. Proj. Apprais.*, vol. 30, no. 1, pp. 43–52, Mar. 2012.
- [15] P. Harris, P. Sainsbury, and L. Kemp, «The fit between health impact assessment and public policy: practice meets theory», *Soc. Sci. Med.*, vol. 108, pp. 46–53, May 2014.
- [16] R. Fehr, F. Viliani, J. Nowacki, and M. Martuzii, «Health in impact assessments: Opportunities not to be missed», Nov. 2014.
- [17] A. Hoffmann, «Visages de l'étude d'impact en santé», *Santé conjugée*, no. 52, 2010.
- [18] J. Lee, N. Röbbel, and C. Dora, «Cross-country analysis of the institutionalization of health impact assessment», Geneva, 2013.
- [19] INSPQ, «6-Principaux défis et enjeux de l'EII», *Série sur l'évaluation d'impact intégrée*, Institut National de Santé Publique, Québec, 2014.

- [20] Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, «Gesundheitsziele für die Schweiz», 2002.
- [21] P. de Herdt, «Plädoyer für die Einführung einer institutionsübergreifenden, interkantonalen Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Standardverfahrens für eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) für die öffentliche Politik», Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, 24.2.2003/PH, 2003.
- [22] Bundesamt für Gesundheit (Hg.), «Leitbild für eine Multisektorale Gesundheitspolitik», September 2005.
- [23] M. Steinemann und T. von Stokar, «Überprüfung der Wirkungen von Vorhaben auf Gesundheit und Wohlbefinden im Rahmen der NHB – ein Leitfaden», BAG, 2007.
- [24] M. Steinemann, S. Stern und T. von Stokar, «Leitfaden zur Gesundheitsbeurteilung», BAG, 2007.
- [25] *economiesuisse*, «Ein neues Präventionsgesetz: Fluch oder Segen?», Dossierpolitik no. 5, 1. März 2010.
- [26] EDI, «Gesundheit2020, die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates», 2013.
- [27] Gesundheitsförderung Schweiz, «Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz», 2006.
- [28] ARE, «Nachhaltigkeitsbeurteilung – Leitfaden für Bundesstellen und weitere Interessierte», 2008.
- [29] ARE, «Nachhaltigkeitsbeurteilung von Projekten auf der Ebene der Kantone und Gemeinden – Bestandsaufnahme 2011 und Perspektiven», 2012.
- [30] S. Stern und T. von Stokar, «Verankerung der multisektoralen Gesundheitspolitik», BAG, 2006.
- [31] J. Lee, N. Röbbel, and C. Dora, «Analyse transnationale sur l'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé», Genève, 2013.
- [32] M. Holzner, «Die Gesundheitsfolgenabschätzung GFA: Gerade in der direkten Demokratie wertvoll», *Klinik und Heim*, no. 5, pp. 6–10, 2011.
- [33] J. Simos et N. Cantoreggi, «Les EIS à Genève (Suisse) et l'utilisation de leurs résultats dans le processus législatif: l'exemple de l'interdiction de fumer dans les lieux publics», *Télescope*, 2008.
- [34] J. Simos and N. Cantoreggi, «HIA in Switzerland», in *Health impact assessment: past achievement, current understanding and future challenges*, Kemm J., Ed. Oxford: Oxford University Press, pp. 177–184, 2013.
- [35] INSPQ, «1-Situation générale et clarification des concepts», *Série sur l'évaluation d'impact intégrée*, Institut National de Santé Publique, Québec, 2014.
- [36] D. Wachter, «Gesundheitsfolgenabschätzung: K(eine) Alternative zur Nachhaltigkeitsbeurteilung», *Spectra*, Nov. 2010.
- [37] INSPQ, «Situation générale et clarification des concepts», Québec, 2014.

Weitere Dokumente, welche im Rahmen der internationalen Literaturanalyse ausgewertet wurden

- B. Harris-Roxas and E. Harris, «Differing Forms, Differing Purposes: A Typology of Health Impact Assessment», *Environmental Impact Assessment Review*, Health Impact Assessment in the Asia Pacific, 31, no. 4 (July 2011): 396–403.
- E. Ison, «Health Impact Assessment in a Network of European Cities», *Journal of Urban Health* 90, no. 1 (October 1, 2013): 105–115.
- N. Noreen and L. Pursell, «Time for a Paradigm Change? Tracing the Institutionalisation of Health Impact Assessment in the Republic of Ireland across Health and Environmental Sectors», *Health Policy* 99, no. 2 (February 2011): 91–96.
- I. Knutsson and A. Linell, «Review Article: Health Impact Assessment Developments in Sweden», *Scandinavian Journal of Public Health* 38, no. 2 (March 1, 2010): 115–120.
- G. Krieger et al., «Barbarians at the Gate: Storming the Gothenburg Consensus», *The Lancet* 375, no. 9732 (June 25, 2010): 2129–2131.

- R. Morgan, «Health and Impact Assessment: Are We Seeing Closer Integration?», *Environmental Impact Assessment Review*, Health Impact Assessment in the Asia Pacific, 31, no. 4 (July 2011): 404–411.
- E. Sanz et al., «Pasos Hacia La Institucionalización de La Evaluación Del Impacto En Salud En España: La Percepción de Los Y Las Profesionales de Salud Pública», In *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 35:403–412, 2012. <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/15402>.
- S. Tarkowski and W. Ricciardi, «Health Impact Assessment in Europe – Current Dilemmas and Challenges», *The European Journal of Public Health* 22, no. 5 (October 1, 2012): 612.

Weitere Dokumente, welche im Rahmen der nationalen Literaturanalyse ausgewertet wurden

- N. Cantoreggi et al., «HIA in Switzerland: considerations concerning the experience of the Cantons of Geneva, Jura and Ticino», *Italian Journal of Public Health*, Volume 4, Number 3, 2007: 169–175.
- J. Simos et P. Arrizabalaga, «Utiliser les synergies entre évaluation environnementale stratégique (EES) et évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour promouvoir la prise en compte de l'environnement et de la santé dans les processus décisionnels publics», *Sozial Präventiv Medizin* 51 (2006): 1–4.
- J. Simos, «Introducing Health Impact Assessment (HIA) in Switzerland», *Sozial Präventiv Medizin* 51 (2006): 1–3.

Anhang 2: Liste der Befragten

Name/Vorname (alphabetisch geordnet)	Funktion	Kanton ¹²	Datum Befragung/ Gespräch
Fokusgruppeninterviews, Kategorie 1*			
Beuret Rosalie	Ancienne responsable agenda 21	JU	21.8.2014
Pétremand Nicolas	Chef de service de la santé publique		
Saas Vuilleumier Chloé	Directrice Fondation O2		
Schneider Raphaël	Chef du service des communes		
Delisle Manon	Déléguée développement durable rattachée au Secrétariat Général de la Direction de l'aménagement, de l'environnement et des constructions	FR	22.9.2014
Rywalski Annick	Déléguée promotion de la santé et prévention		
Zurich Patrice	Chef du service de la santé publique		
Einzelinterviews, Kategorie 2* und equiterre			
Beetschen Patrick	Chef de division Programme santé publique et prévention	VD	19.9.2014
Bouvier Gallachi Martine	Responsabile del Servizio Valutazione e Promozione Sanitaria	TI	1.9.2014
Carvajal Maria Inés	Stv. Kantonsärztin und Leiterin Sektion Gesundheitsförderung und Prävention	AG	15.10.2014
Haefliger Pascal	Chef de Secteur – Prévention et promotion de la santé, Direction générale de la santé	GE	29.8.2014
Larequi Tania	Responsable cantonale pour la promotion de la santé	VD	10.10.2014
Litzistorf Natacha	Directrice equiterre	–	13.10.2014
Simos Jean	Responsable du Groupe de recherche en environnement et santé (GRES), Institut des sciences de l'environnement de l'Université de Genève	GE	10.10.2014
Respondents elektronische Umfrage, Kategorie 3*			
Burkard Weber Claudia	Leiterin Fachstelle Gesundheitsförderung	LU	August/ September 2014
Christen Stefan	Leiter ZEPRA	SG	
Durrer Christine	Fachstellenleiterin, Gesundheitsförderung und Prävention	OW	
Egger Tresch Isabelle	Kantonale Beauftragte für Gesundheitsförderung	ZG	
Hübscher Stettler Judith	Beauftragte für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht	TG	
Fausch Reto	Leiter Gesundheitsförderung und Prävention	AR	
Karpf Christina	Leiterin Gesundheitsförderung und Prävention	BS	
Mariani Ummel Lysiane	Déléguée à la promotion de la santé	NE	
Menegale Sarah	Leiterin Luzerner Aktionsprogramm «Gesundes Körpergewicht», Gesundheitsförderung	LU	
Morard Gaspoz Emilie	Déléguée à la prévention	VS	
Renz Irène	Leiterin Gesundheitsförderung	BL	
Roost Christoph	Dienststellenleiter Sozialamt	SH	
Schweighauser Corina	Leiterin Gesundheitsförderung und Prävention	SO	
Vögtli Urs	Abteilungsleiter Gesundheit und Prävention	SZ	

* Für die Erklärung der Kategorien siehe Kapitel 2.3

¹² Für die Abkürzungen der Schweizer Kantone siehe: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/premiere_visite/03/03_02.html

Name/Vorname (alphabetisch geordnet)	Funktion		Datum Befragung/ Gespräch
Validierung			
von Greyerz Salome	Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien	BAG	4.11.2014
Koch Ursula	Co-Leiterin Abteilung Nationale Präventionsprogramme		
Bize Raphaël	Public Health Schweiz	Vorstand	31.10.2014
Litzistorf Natacha	Directrice equiterre	Verein GFA	15.12.2014
Radaelli Bertschi Arianne	Service de la Santé, Canton de Vaud		
Simos Jean	GRES		
Stöckli Hans	Präsident Verein GFA, Ständerat		
Thomas Mattig und Rudolf Zurkinden	Geschäftsleitung, Gesundheitsförderung Schweiz	GFCH	8.1.2015

Anhang 3: Erhebungsinstrumente

Frage	Respondent Kategorie ¹³
Validierung der Informationen über die GFAs in der Tabelle (Anhang 5)	1
Welche Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFAs) wurden in Ihrem Kanton bisher durchgeführt?	2
Ist das Instrument der GFA in Ihrem Kanton in politischen Instrumenten/Dokumenten verankert (Gesetze/Verordnungen, Policy-Dokumente, Strategien, prioritäre Programme usw.)?	1, 2, 3
Wer war(en) der(die) Auftraggeber?	1, 2
Wer finanzierte die GFA (Kosten)?	1, 2
Welche Erwartungen bestanden vor dem Assessment, welche wurden erfüllt?	1, 2
Welche Erkenntnisse brachte die Analyse?	1, 2
Wie wurden die Resultate der Analyse seither genutzt?	1, 2
Wie beurteilen Sie den Mehrwert des Instruments GFA?	1, 2
Welche Schwierigkeiten/Herausforderungen stellten sich im Umfeld (vor/während/nach) der GFA?	1, 2
Welche Lernerfahrungen wurden gemacht? Welche Empfehlungen resultieren daraus?	1, 2
Gibt es in Ihrem Kanton eine interdepartementale Kommission für Gesundheitsförderung? Wenn ja, Rolle (potenzielle Rolle) in Bezug auf die GFA?	1, 2
Mit welchen anderen Sektoren/Departementen wurde im Rahmen der GFAs zusammengearbeitet/diskutiert?	1, 2
Sehen Sie Potenzial, Elemente der GFA in bestehende/andere Assessment-Instrumente zu integrieren? (z. B. Umweltverträglichkeitsprüfung, strategische Umweltprüfung, Nachhaltigkeitsbeurteilung usw.)	1, 2, 3
Würden Sie wieder eine GFA durchführen bzw. anderen das Instrument empfehlen? (bitte erläutern)	1, 2
Wenn ja: Welche Unterstützung/Massnahmen braucht es aus Ihrer Sicht, um die Akzeptanz und Machbarkeit dieses Instruments in der Schweiz zu fördern?	1, 2, 3
Wenn ja: Welche Rolle könnte dabei der Schweizer Verein GFA spielen?	1, 2, 3
Gibt es Dokumente/Berichte zu den Erfahrungen bezüglich GFA in Ihrem Kanton, welche Sie uns für unsere Arbeit zur Verfügung stellen könnten?	1, 2, 3
Wie gut kennen Sie das Instrument GFA?	3
Wurde das Instrument in Ihrem Kanton bereits angewandt? Wenn ja, erläutern Sie bitte. Wenn nein: Können Sie uns dazu die Hintergründe schildern? Grund? Wurde die Anwendung bereits diskutiert? Wenn ja, in welchem Zusammenhang?	3
Haben Sie schon vom Schweizer Verein GFA gehört?	3
Gibt es in Ihrem Kanton andere Fachpersonen (auch in anderen Departementen), denen wir diesen Fragebogen auch schicken sollten?	1, 2, 3

¹³ (1) Kantonale Akteure, welche kürzlich eine GFA durchgeführt haben; (2) kantonale Akteure, welche vor längerer Zeit an einer GFA beteiligt waren; (3) Akteure aus Kantonen, in welchen die GFA noch nicht zur Anwendung gekommen ist

Anhang 4: Verschiedene Formen der Impact-Evaluation

Die folgende Tabelle entstammt dem Artikel «Situation générale et clarification des concepts», INSPQ 2014. Sie wird hier im französischen Original wiedergegeben.

Nom	Objets évalués	Impacts évalués	Compléments
Evaluation d'impact intégrée	Politiques, toute décision gouvernementale qui a des impacts significatifs au niveau économique, social et environnemental	Dimensions économiques, sociales (y compris la santé), environnementales	Cadre d'analyse qui intègre toutes les dimensions, conséquences recherchées et non recherchées; peu répandue
Evaluation d'impact réglementaire	Nouveaux règlements	Impacts sur les entreprises et l'activité économique	Approche systématique et intégrée dans les processus d'élaboration des politiques; répandue
Evaluation d'impact environnemental intégrée	Projets	Environnement, écosystèmes, ressources, qualité de vie des êtres vivants	Prend en compte les impacts sur la santé humaine et les impacts sociaux en plus des impacts environnementaux et leurs interactions. Impacts à court et à long termes; peu répandue
Evaluation environnementale stratégique	Politiques, programmes, stratégies	Dimensions sociales, économiques et sanitaires en lien avec l'environnement	Permet de considérer un projet particulier dans un cadre élargi de développement. Impacts à long terme; répandue
Evaluation de la durabilité	Décisions gouvernementales	Dimensions du développement durable (économique, social, environnemental) de manière intégrée	Approche intégrée pour une vision à long terme. Arbitrage entre les effets sur les trois dimensions; utilisée en Suisse
Evaluation d'impact sur la société	Projets	Impacts sur les aspects sociaux larges tels les inégalités, les droits humains, la culture, le patrimoine, etc.	Surtout dans le cadre des évaluations d'impacts environnementales de projets en milieu culturel sensible. Impacts à court et à long termes; peu répandue
Evaluation d'impact sur la santé	Politiques, projets	Déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et inégalités sociales de santé	Mise sur une approche intersectorielle. Impacts à court et à long terme; répandue

Quelle: [37]

Anhang 5: GFAs, die zwischen 2001 und 2014 in den Kantonen durchgeführt wurden

Aargau	Jahr (Veröffentlichung)	GFA-Typ	Bereich	Auftraggeber	Beauftragte	Verknüpfung mit anderen IA-Verfahren*	Begleitgruppe/Zusammensetzung
Literatur-Recherche und Argumentarium für die Organisation der Impfungen im Schulalter aus der GFA-Perspektive							
Ermittlung der potenziellen Vor- und Nachteile von drei Schulimpfungs-Systemen aus der GFA-Perspektive (Impfdienst in Zusammenarbeit mit Schulärzten, Schulärzte, Haus- und Kinderärzte).	2011	Schnelle GFA	Gesundheitswesen	Amt für Gesundheit des Kantons Aargau	equiterre für die GFA-Plattform**	Nein	Nein
Freiburg	Jahr (Veröffentlichung)	GFA-Typ	Bereich	Auftraggeber	Beauftragte	Verknüpfung mit anderen IA-Verfahren	Begleitgruppe/Zusammensetzung
Evaluation d'impact sur la santé dans le cadre de l'ouverture d'un foyer d'hébergement de requérants d'asile dans le canton de Fribourg							
Ermittlung der Auswirkungen eines geplanten Asylwerberzentrums auf die körperliche, geistige und soziale Gesundheit von Bevölkerung, Asylwerbern und Personal. Empfehlungen für eine bessere Berücksichtigung der Gesundheitsförderung bei der Eröffnung eines neuen Asylwerberzentrums sowie generell im Asylwesen im Kanton Freiburg.	2013	Umfassende GFA	Sozialwesen	Amt für Gesundheit und Sozialamt	equiterre im Auftrag von Verein GFA**	Nein	Ja/Vertreter von: Amt für Gesundheit, Sozialamt, equiterre
Genf	Jahr (Veröffentlichung)	GFA-Typ	Bereich	Auftraggeber	Beauftragte	Verknüpfung mit anderen IA-Verfahren	Begleitgruppe/Zusammensetzung
Passivrauchen							
Beurteilung der Gesundheitsfolgen eines allfälligen Rauchverbots in öffentlichen Einrichtungen (Cafés und Restaurants).	2005, Aktualisierung 2006	Umfassende GFA	Gesundheitswesen und Volkswirtschaft	Direction générale de la santé, DGS	equiterre	Nein	Ja ^a

(a) Société des cafetiers, restaurateurs et hôteliers de Genève, Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, Secrétariat général du département de justice et police, Association genevoise pour la prévention du tabagisme, Association Oxygénève

* Impact-Assessment-Verfahren

** Der Vertrag wurde von der GFA-Plattform/vom Verein GFA unterzeichnet. Mit der Durchführung wurde equiterre beauftragt.

Förderung des Elektrovlos						
Dokumentierung der potenziellen Gesundheitsfolgen der Förderung des E-Bike für die Genfer Bevölkerung.	2006	Schnelle GFA	Mobilität	Direction générale de la santé, DGS	equiterre, in Zusammenarbeit mit dem Verkehrs-Club der Schweiz (VCS)	Nein Nein
Périmètre d'Aménagement Coordonné Mon idée – communaux d'Ambilly (PAC MICA)						
Anwendung der GFA auf ein Raumplanungsprojekt in Abstimmung mit der strategischen Umweltprüfung (SUP).	2006	Umfassende GFA	Raumentwicklung	Direction générale de la santé, DGS	equiterre	Ja, im Rahmen der strategischen Umweltprüfung (SUP) Ja ^b
(b) Vertreter von: Département de l'environnement, de l'aménagement du territoire, de la santé und von equiterre						
Productivité et problématique des coûts et bénéfices de l'interdiction de fumer sur le lieu de travail						
Abschätzung des möglichen Produktivitätsverlusts im Falle der Einführung eines allgemeinen Rauchverbots in den Gebäuden der Genfer Kantonsverwaltung.	2007	Schnelle GFA	Gesundheitswesen (Gesundheit am Arbeitsplatz)	Direction générale de la santé, DGS	Interne GFA, erarbeitet durch: Unité EIS der DGS	Nein Nein
Les composés organiques volatiles (COV) dans les peintures et vernis						
Zusammenstellung der wichtigsten Informationen über die Gesundheitsfolgen von flüchtigen organischen Verbindungen (VOC) in Farben und Lacken, um den Bezug zwischen diesen Stoffen und dem Auftreten bestimmter Krankheiten im Hinblick auf die Gestaltung einer Sensibilisierungskampagne für die Bevölkerung (Pinceau Vert) wissenschaftlich fundiert darzustellen.	2007	Schnelle GFA	Gesundheitswesen	Direction générale de la santé, DGS	Interne GFA, erarbeitet durch: Unité EIS der DGS und Kantonsapotheke	Nein Nein
Projet d'agglomération franco-valdo-genevois						
Frühzeitige Berücksichtigung der Gesundheitsanliegen und -ziele (im weiten Sinne) bei der sozioökonomischen Entwicklung der Agglomeration. Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von vulnerablen Gruppen. Vorschlag von strategischen Optionen aus der Gesundheitsperspektive im Hinblick auf eine nachhaltige Entwicklung im Rahmen des Projekts.	2007	Umfassende GFA	Raumentwicklung	Direction générale de la santé, DGS	equiterre, unter Aufsicht der Unité EIS der Direction générale de la santé (Universität Genf)	Steuerungsgruppe des Agglomerationsprojekts

Evaluation d'impact sur la santé du PAC Bernex-Est							
Beratung des koordinierten Ortsplans Bernex-Ost (Perimètre d'Aménagement Coordonné, PAC) in den Bereichen Gesundheitsförderung und nachhaltige Entwicklung. Spezielle Berücksichtigung der Bedürfnisse der vulnerablen Bevölkerungsgruppen (Betagte, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Frauen, Kinder usw.). Evaluation des städteplanerischen Vorentwurfs und Empfehlungen für die weiteren Projektschritte (Erstellen eines Quartierplans).	2008	Umfassende GFA	Raumentwicklung	Regierungsrat, auf Ersuchen des Bürgermeisters von Confignon	GRES, Université de Genève und equiterre	Koordinierung mit der strategischen Umweltprüfung (SUP)	Nein ^c
<small>(c) Betroffene Akteure konnten konsultiert werden (Direction générale de l'Aménagement du territoire, Direction générale de la mobilité, Service de l'Etude d'impact sur l'environnement, beteiligte Architekten und Städteplaner)</small>							
Projet assainissement et valorisation des déchets ménagers au Burkina Faso							
Beurteilung der Gesundheitsfolgen des Projekts (Beseitigung und Verwertung von Haushaltsabfällen in Burkina Faso), das dem Amt für internationale Solidarität (SSI) vom Genfer Verein für die Unterstützung des Centre écologique Albert Schweitzer (ASCEAS-GE) unterbreitet wurde. Unterstützung des SSI bei der Beschlussfassung zum Finanzierungsge such und Korrekturmaßnahmen im Hinblick auf maximale positive bzw. minimale negative Gesundheitswirkungen des Projekts.	2008	Schnelle GFA	Entwicklungshilfe, Abfallbewirtschaftung	Service de la solidarité internationale de l'Etat de Genève (SSI)	Unité EIS de la Direction générale de la santé, an die Universität Genf ausgliedert	Nein	Nein
Projet zone d'activités régionales de Delémont (ZARD)							
Testung des GFA-Instruments an einem konkreten Projekt: Entwicklung eines auf Technologie ausgerichteten Wirtschaftsstandorts für Industriebetriebe und für Unternehmen mit hoher Wertschöpfung im Bereich der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien.	2004	Schnelle GFA	Raumentwicklung	Juragenda21* (Federführung Amt für Gesundheit)	equiterre	Nein	Nein

* Juragenda21 ist ein Prozess, der 2002 von verschiedenen Direktionen gemeinsam lanciert wurde: Département de l'Environnement et de l'Equipement, Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police. Seit 2013 ist er im Amt für Raumentwicklung (Service du développement territorial) verortet.

Méthodologie pour une réhabilitation de l'habitat ancien à Porrentruy en prenant compte de la promotion de la santé							
Ergänzung der Raumentwicklung um eine zusätzliche Komponente Gesundheitsförderung und Verbesserung zukünftiger Sanierungsprojekte mit Blick auf die Gesundheit und die nachhaltige Entwicklung.	2007	Umfassende GFA	Raumentwicklung	Juragenda21* (Federführung Amt für Gesundheit)	equiterre	Nein	Ja/ folgende Ämter: Gesundheit, Gewerbe, Raumplanung
Projet de valorisation des traces de dinosaures de Courtedoux							
Ergänzung der Tourismusstrategie des Kantons Jura um eine Komponente Gesundheitsförderung, besonders im Rahmen des Projekts zur Valorisierung der Dinosaurierspuren.	2008	Umfassende GFA	Fremdenverkehr	Juragenda21* (Federführung Amt für Gesundheit)	equiterre	Nein	Ja ^d
(d) Folgende Ämter: Gesundheit, Wirtschaft, Raumentwicklung, Erziehung und Bildung, Finanzen							
Evaluation d'impact sur la santé du «Projet de loi sur le soutien à la garde des enfants, Canton du Jura»							
Nicht veröffentlicht	2010	Schnelle GFA	Sozialwesen	Juragenda21* (Federführung Amt für Gesundheit)	equiterre	Nein	Keine Angaben
Zones d'activités d'intérêt cantonal et accélération des procédures							
Dokumentierung der potenziellen Gesundheitsfolgen (im weitesten Sinne) der Massnahme «Kantonaler Industriepark und Beschleunigung der Verfahren». Das Vorhaben bezweckte den Ausbau bestehender und die Ansiedlung neuer Unternehmen unter Nutzung der Vorteile des Kantons.	2011	Umfassende GFA	Raumentwicklung	Juragenda 21* (Amt für Raumentwicklung)	equiterre	Nein	Ja /Amt für Raumentwicklung, equiterre
Effets potentiels des éoliennes sur la santé de la population							
Gesundheitsfolgenabschätzung über die potenziellen Auswirkungen von Windanlagen auf die Gesundheit der Bevölkerung.	2012	Schnelle GFA	Energie	Juragenda21* (Federführung Amt für Gesundheit)	equiterre	Nein	Ja ^e
(e) Folgende Ämter: Gesundheit, Energie, Gemeinden, Umwelt, Raumentwicklung; kantonaler Energiebeauftragter; equiterre							

* Juragenda21 ist ein Prozess, der 2002 von verschiedenen Direktionen gemeinsam lanciert wurde: Département de l'Environnement et de l'Equipement, Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police. Seit 2013 ist er im Amt für Raumentwicklung (Service du développement territorial) verortet.

Tessin	Jahr (Veröffentlichung)	GFA-Typ	Bereich	Auftraggeber	Beauftragte	Verknüpfung mit anderen IA-Verfahren	Begleitgruppe/Zusammensetzung
Arbeitsgesetz «junge Arbeitnehmer»							
Gesundheitsfolgenabschätzung zur Revision von Artikel 29 des Arbeitsgesetzes.	2004	Schnelle GFA	Gesundheitswesen	Gesundheitsdirektion	Interne GFA	Nein	Nein
Gesetz über die Familienzulagen vom 11. Juni 1996							
Gesundheitsfolgenabschätzung zur ersten Revision des kantonalen Gesetzes über die Familienzulagen.	2001	Schnelle GFA	Gesundheitswesen	Gesundheitsdirektion	Interne GFA	Nein	Nein
Verkehrsplanung Mendrisiotto und Basso Cereso (PTM)							
Testung des GFA-Instruments ergänzend zu den Umweltanalysen des PTM sowie Entwicklung eines GFA-Konzepts im Bereich der Verkehrsplanung. Quantifizierung der notwendigen zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen für die Umsetzung einer optimalen GFA des PTM.	2005	Umfassende GFA (Verfahren auf Stufe «Abgrenzung» abgebrochen)	Verkehrswesen	Direktion für Raumordnung und Gesundheitsdirektion	Studi Associati SA	Ja, strategische Umweltprüfung (SUP)	Ja ^f
<i>(f) Vertreter von Amt für Raumordnung, Auftragnehmer; regionale Verkehrskommission Mendrisiotto, drei externe Experten</i>							
Schulzahnpflege							
Gesundheitsfolgenabschätzung zur Aufhebung der therapeutischen Behandlungsleistungen im Rahmen der kantonalen Schulzahnpflege.	2006	Schnelle GFA	Gesundheitswesen	Gesundheitsdirektion	Interne GFA	Nein	Nein
Gesundheitsfolgenabschätzung Schulung für die Handhabung von halbautomatischen Defibrillatoren und Herz-Reanimation an Schulen							
Folgenabschätzung bei den teilnehmenden Schülern. In Arbeit.	2014*	Umfassende GFA (Desk-top)	Gesundheitswesen	Gesundheitsdirektion	GRES	Ja, Kosten-Nutzen-Analyse	Ja ^g
<i>(g) Vertreter folgender Gremien: DSS (2 Personen), DECS (Erziehung) (1), Projektinitiant (Fondazione Ticino Cuore) (1), Schweizer Verein GFA (1)</i>							
Waadt							
Interdiction de la vente d'alcool aux mineurs							
Evaluation der potenziellen Folgen eines allfälligen Verbots der Alkoholabgabe an Minderjährige auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf die Gesundheitsdeterminanten.	2009 (Kurzfassung)	Schnelle GFA	Gesundheitswesen	Service de la santé publique	GRES, in Zusammenarbeit mit equiterre	Nein	Keine Angabe

* Veröffentlichung voraussichtlich Ende 2014

Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15, fax +41 21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch