



Leibniz Institute
for Prevention Research and
Epidemiology – BIPS

Umwelt und der „Health-in-all-Policies“-Ansatz – ein Überblick

Hajo Zeeb, Henk Hilderink, Sarah Forberger

DOI

10.1007/s00103-018-2733-z

Published in

Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz

Document version

Accepted manuscript

This is the author's final accepted version. There may be differences between this version and the published version. You are advised to consult the publisher's version if you wish to cite from it.

Online publication date

24 April 2018

Corresponding author

Hajo Zeeb

Citation

Zeeb H, Hilderink H, Forberger S. Umwelt und der „Health-in-all-Policies“-Ansatz – ein Überblick. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2018;61(6):729-36.

This version of the article has been accepted for publication, after peer review and is subject to Springer Nature's AM terms of use, but is not the version of record and does not reflect post-acceptance improvements, or any corrections. The version of record is available online at: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2733-z>.

Umwelt und der „Health in all Policies“ - Ansatz. Ein Überblick.

Zeeb, Hajo^{1,2}; Hilderink, Henk³; Forberger, Sarah¹

¹ Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Achterstrasse 30, 28359 Bremen, Deutschland

² Health Sciences Bremen, Universität Bremen

³ RIVM, National Institute for Public Health and the Environment, Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven, Niederlande

Wörterzahl: 26.061 Zeichen (ohne Leerzeichen) (Haupttext)

Tabellen: 2

Abbildung: 0

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Hajo Zeeb

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS,
Achterstrasse 30,
28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218 56 902; Email: zeeb@leibniz-bips.de

Zusammenfassung

Hintergrund

Ein Viertel der globalen Krankheitslast könnte durch Strategien zum Management umweltbedingter Risikofaktoren wie Luft- und Wasserverschmutzung und Lebensmittelverunreinigung, Verletzungen und Verkehrssicherheit vermieden werden. Viele die Gesundheit beeinflussende Entscheidungen werden außerhalb des Gesundheitssektors getroffen, so dass eine gemeinsame Betrachtung und Umsetzung von gesundheitlichen und Umweltbelangen in den relevanten Politiken immer bedeutsamer wird.

Material und Methoden

Mittels einer selektiven Literaturrecherche identifizierten wir wichtige Policy-Dokumente und ausgewählte Forschungsartikel, anhand derer wir die Grundlagen und aktuelle Diskussionen zum Health in all Policies – (HiAP) Ansatz darstellen und die Parallelen zu einem Environment in All Policies (EiAP) - Ansatz diskutieren.

Ergebnisse und Diskussion

Die Berücksichtigung und Stärkung des Themas Umwelt in HiAP und die Verknüpfung mit Gesundheit im EiAP-Ansatz erhöhen die Chancen auf Politiken mit beidseitig positiven Wirkungen, insbesondere angesichts der Bedeutung sozialer Faktoren für Gesundheit und Umwelt. Die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen bieten Ansatzpunkte einer gemeinsamen Strategie der Stärkung von Gesundheits- und Umweltbelangen. Umwelt- und Gesundheitsfolgenabschätzungen sind akzeptierte Vorgehensweisen in vielen Staaten. Die südaustralische Health in all Policies Strategie bietet einen gut dokumentierten institutionellen Ansatz für die Integration und Verknüpfung von Gesundheits- und Umweltaspekten. Die Beispiele können als gut etablierter Startpunkte für eine Definition von HiAP inklusive eines gleichberechtigten Einbezuges von Umweltaspekten genutzt werden. Barrieren auf diesem Weg liegen u.a. in den Eigeninteressen der beteiligten Sektoren.

Schlüsselwörter: Umwelt, Gesundheit, soziale Determinanten, nachhaltige Entwicklungsziele, Health in All Policies.

Abstract

Background

One quarter of the global deaths are due to modifiable environmental factors like air and water pollution, food contamination, injuries and road safety. Many decision influencing health are made outside the health sector. Due to the strong interconnection and intrinsic interdependence of health and environmental factors, joint intersectoral problem awareness and joint action are becoming more and more important.

Materials/methods

By means of a selective literature search we identified important policy documents and research articles as basis for the introduction and description of the Health in All Policies approach. Current debates will be illustrated and parallels with the Environment in All Policies approach discussed.

Results and Conclusions

A combination of environmental and health aspects and intersectoral cooperation and integration increase the chance for policies that benefit both health and environment, in particular as both are strongly influenced by social determinants. The UN Sustainable Development Goals provide a good starting point for a joint strategy comprising health and environmental aspects. Similarly, Health and Environmental Impact Assessments and institution-based Health in All Policies approaches with a strong integration of environmental aspects as implemented in South Australia can be seen as instruments and existing examples for the linkage of health and environmental issues. Barriers towards this goal relate e.g. to the selective interests of the various included sectors.

Keywords: environment, health, social determinants, sustainable development goals, health in all policies

Einleitung

Vermeidbare Risikofaktoren wie körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährungsstile, Alkoholmissbrauch und Rauchen zählen seit langem zu den bekannten Gesundheitsrisiken. Eine ähnlich bedeutsame Rolle für die Gesundheit von Bevölkerungen spielen umweltbedingte Risikofaktoren. Vor allem für nichtübertragbare Erkrankungen werden Faktoren wie Luftverschmutzung, passives Rauchen, Gefährdung durch Chemikalien, Strahlung, Lärm und berufliche Risiken verantwortlich gemacht [1]. Aktuelle Analysen zufolge könnte ein Viertel der globalen Krankheitslast durch einen besseren Umgang mit umweltbedingten Risikofaktoren wie Luft- und Wasserverschmutzung sowie Lebensmittelverunreinigung vermieden werden; Verletzungen und Verkehrssicherheit werden hierbei mit berücksichtigt [1-3]. Den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt prägen aber auch Aspekte wie Landnutzung, Bebauungspläne, Verkehrskonzepte und Verkehrsplanung, die z.B. einen erheblichen Einfluss auf körperliche Aktivität haben und so die Häufigkeit lebensstilbedingter Erkrankungen beeinflussen [4]. Entscheidungen in den Bereichen Stadtplanung, Transportwesen und Wohnungswirtschaft, die grundsätzlich Potenzial für positive gesundheitsbezogene Effekte haben, sind oftmals mit gesundheitlichen Belastungen, z.B. verstärktem Umweltlärm oder Luftverschmutzung, assoziiert [5]. Oftmals fehlt eine gleichberechtigte Betrachtung von Umwelt- und Gesundheitsaspekten bei Planungsprozessen und während der Umsetzung [6-8]. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) könnten bis zu 23% aller weltweiten Todesfälle durch gesündere Umweltbedingungen vermieden werden. Umwelt- und beruflicher Lärm, geringe Wasserqualität, fehlende sanitäre Einrichtungen, Radongas und andere Luftschadstoffe, , aber auch kontaminierte Gebäude (Benzol, Formaldehyd, Schimmel), Mülldeponien und mit Altlasten verunreinigte Standorte sind Beispiele für gesundheitsgefährdende Umwelteinflüsse in der EU und global [9, 10]. Für Deutschland liegen bisher keine umfassenden spezifischen Daten zur Abschätzung der umweltbedingten Krankheitslast vor. Eine Auswertung deutscher Daten der Studie zur Globalen Krankheitslast [11] sowie Analysen aus den Niederlanden [12] legen nahe, dass in beiden Staaten im Vergleich zum globalen Kontext vermutlich insgesamt etwas geringere Anteile auf umweltbedingte Risikofaktoren zurückgeführt werden können.

Vor allem in den entwickelten Staaten wird die umweltbedingte Krankheitslast durch nichtübertragbare Erkrankungen wie kardiovaskuläre und Krebserkrankungen bestimmt [1, 3]. Ökonomisches Wachstum und der damit verbundene Lebensstilwandel in Bezug auf Ernährung und Bewegung [13] zusammen mit universellen Trends wie einer alternden Bevölkerung oder Verstädterung fördern eine weitere Zunahme chronischer Erkrankungen. Weil hierbei vielfältige Entwicklungen und Faktoren gemeinsam wirken und Rahmenbedingungen unterschiedlicher Bereiche eine Rolle spielen, kann es einzelnen Politikbereichen, Ministerien und Sektoren nicht

gelingen, gesundheitliche Trends allein nachhaltig zu verändern [14]. Zudem wird Gesundheit stark durch soziale Faktoren determiniert [15]. Die Beeinflussung sozialer Determinanten, die oft eng mit wirtschaftlichen- und Umweltaspekten korrelieren, kann nur in Zusammenarbeit aller betroffener Politikbereiche gelingen. Sozial schwach Bevölkerungsgruppen sind von Umweltrisiken und –problemen vielfach stärker betroffen und verfügen oftmals nicht über die notwendigen Möglichkeiten (Bildung, Einkommen, Vermögen), diesen auszuweichen [16-18]. Daher liegt ein Schlüssel in der Entwicklung und Umsetzung einer Politik, die gesundheitliche Chancengleichheit anstrebt, die verschiedenen relevanten Politikbereiche wie Umwelt, Verkehr und Gesundheit einbezieht und die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Gesundheit der Bürger systematisch berücksichtigt [19].

Der vorliegende Artikel zum Health in All Policies (HiAP) Ansatz fokussiert vor allem die Bezüge zwischen Gesundheit und Umwelt, wobei beide Begriffe auf einem breiten Verständnis basieren, welches sowohl klassische Umweltaspekte wie Luft- und Wasserverschmutzung, Hygiene und Schadstoffe zugrunde legt als auch die Rolle von Raum- und Stadtplanung sowie kleinräumige Umwelt- und Lebensbedingungen berücksichtigt [20-22]. Nach einer kurzen Einführung den HiAP-Ansatzes werden exemplarisch einige Beispiele für die enge Interaktion von Gesundheit und Umwelt dargestellt, die mit Hilfe von HiAP-Ansätzen bearbeitet werden: (1) die nachhaltigen Entwicklungsziele (SDG) sowie die Ergebnisse der niederländischen Foresight-Studie, (2) mögliche Synergien von Health und Environmental Impact Assessments und (3) die Umsetzung des HiAP-Ansatzes in Südaustralien als Beispiel eines „whole-of-governance“ Ansatzes. Der Artikel schließt mit der Diskussion der Integration von Umweltaspekten in HiAP für zukunftsorientierte, umfassende Umwelt – und Gesundheitsplanung und einem Plädoyer für mehr intersektorale und gegenseitig verstärkende Zusammenarbeit. Mögliche Schwächen des Ansatzes werden in der Diskussion ebenfalls angesprochen.

Methodisches Vorgehen

Ausgehend von mehreren Basisdokumenten der WHO zum „Health in All Policies“-Ansatz [22-24], mehreren Arbeiten mit Fokus auf Südaustralien als prominentes Beispiel für eine Umsetzung von HiAP auf hoher politischer Ebene [19, 25, 26] sowie der Arbeit von Browne et al [27], der einen „Environment in All Policies“ Ansatz (EiAP) analog zu HiAP vertritt, wurden im Schneeballsystem weitere grundlegende Arbeiten zum HiAP und EiAP identifiziert. Datenbanken wie Pubmed, Web of Science und EBSCO wurden herangezogen, um Veröffentlichungen zur Darstellung der Konzepte und Beispiele zu neuen Entwicklungen und aktuellen Umsetzungsmöglichkeiten zu identifizieren und

anschließend zu analysieren. Auf dieser Basis sollen Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Verankerung von Umweltthematiken im HiAP-Ansatz exemplarisch aufgezeigt werden.

Der Health in All Policies (HiAP) Ansatz

Der HiAP Ansatz berücksichtigt systematisch gesundheitliche und gesundheitssystembezogene Auswirkungen von politischen Entscheidungen und stärkt den Aufbau und die Nutzung intersektoraler Synergien, um direkte oder indirekte negative Folgen staatlichen Handelns auf die Gesundheit der Bürger zu vermeiden[28].

Definition Health in All Policies laut Weltgesundheitsorganisation WHO:

„...an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity. A HiAP approach is founded on health-related rights and obligations. It emphasizes the consequences of public policies on health determinants, and aims to improve the accountability of policy-makers for health impacts at all levels of policy-making...“ [22]

HiAP konzentriert sich auf Politikgestaltung und ist daher vor allem mit der Entwicklung und Implementation von Gesetzen und Regularien, Normen, Standards, Strategien, Programmen und Entscheidungen über Ressourcenzuordnung und -nutzung befasst. Bis 2011 nutzen 16 Staaten auf nationaler oder föderaler Ebene HiAP Strategien: Südastralien, Brasilien, Kuba, England, Finnland, Iran, Malaysia, Neuseeland, Nordirland, Norwegen, Quebec (Kanada), Schottland, Sri Lanka, Schweden, Thailand und Wales [29]. Der Ansatz kann sowohl als „whole-of-governance“ Ansatz, der das gesamte politische Handeln durchdringt, genutzt werden, als auch als *ad hoc* Struktur innerhalb einzelner Projekte [19, 30-34].

HiAP nutzt einen weiten Begriff von Gesundheit, basierend auf der Annahme, dass wirtschaftliche, politische, soziale, psychologische und Umweltfaktoren die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. Public Policies werden in diesem Zusammenhang definiert als die Summe der inhaltlichen Entscheidungen des öffentlichen Sektors, seiner Regulierungsspielräume und –fähigkeiten [35].

Die Anfänge des HiAP-Ansatzes können, basierend auf dem salutogenetischen Modell, bis zur Alma Ata Erklärung zu Primary Health Care (1978) [36] und der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung (1986) [37] zurückverfolgt werden [23]. Beide Dokumente identifizierten intersektorales Handeln und gesundheitsfördernde Politik als zentrale Elemente für Gesundheitsförderung. Die Erreichung

gesundheitlicher Chancengleichheit und die Realisierung von Gesundheit wird als Menschenrecht definiert [38].

HiAP basiert auf dem Ansatz der guten Regierungsführung („good governance“) und soll verlässliche Strukturen ermöglichen, die Vertrauen schaffen und Transparenz sicherstellen (Box: 2).

Definition: Good Governance und whole-of-governance Ansatz (Box 2):

Good governance

Der Terminus „Good governance“ – gute Regierungsführung - umfasst die Art und Weise staatlichen Regierungs- und Verwaltungshandelns. Das Konzept des „good governance“ wird seit Anfang der 2000 Jahre vertreten und basiert auf den Hauptkriterien: Partizipation, Transparenz in Verwaltungs- und Regierungshandeln, Rechtssicherheit, Responsivität, Verantwortlichkeit und Leistungsfähigkeit [30, 31]. Die Rolle des Staates wird unter einem arbeitsteiligen Aspekt gesehen. Der Staat entwickelt unter Nutzung normativ bestimmter Steuerungsprinzipien Regierungshandeln für den strategischen Aufbau von Partnerschaften zwischen staatlichen und nicht staatlichen Akteuren [32, 33].

Whole-of-Governance Ansatz

Der whole-of-governance Ansatz umfasst Regierungshandeln auf unterschiedlicher Ebenen und Politikbereiche. Die in diesem Ansatz genutzten Aktivitäten umfasst lokales bis globalen staatlichen Handeln, über unterschiedliche Politikbereiche hinweg und in Kooperation mit Akteuren innerhalb und außerhalb des politischen Systems [19].

Kickbusch bezeichnete den HiAP-Ansatz, wie er z.B. in Südaustralien verwendet wird, als „whole-of-governance“ Konzept (Box: 2) [19]. Governance wird hierbei verstanden als das Schaffen von Bedingungen für geordnete Regulierungen und gemeinsames Handeln [39]. Strukturen oder Regelungsordnungen werden als Ergebnis eines Wechsel- und Zusammenspiels von Regierungs- und Nichtregierungsakteuren geschaffen, wobei Grenzen und Verantwortlichkeiten zwischen den Akteuren ausgehandelt werden [40].

Mögliche HiAP Strategien (Box: 3) [35]:

- Gesundheitszentriert: Gesundheitsziele sind die primären Ziele und Mittelpunkt jeglicher Aktivitäten (zum Beispiel Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums, Rechtsvorschriften zur Nutzung des Sicherheitsgurtes)
- Win-win: Ziel ist das Finden von Maßnahmen, von denen alle involvierten Parteien profitieren (zum Beispiel Anbieten von gesundem Mittagessen in Schulen zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, des Lernens und der Gesundheit)
- Kooperation: Betonung der systematischen Kooperation zwischen dem Gesundheits- und anderen Sektoren zum Vorteil für Ergebnisse des gesamten Regierungshandelns. Gesundheit wird als „Vehikel“ zur Unterstützung von Zielen innerhalb andere Bereiche genutzt und dabei durch systematische Einbeziehung in laufendene kooperative Beziehungen verstärkt.
- Schadensminimierung: Anstrengungen zur Minimierung möglicher negativer Gesundheitsfolgen (zum Beispiel Einschränkung des Verkaufs von Alkohol in spezifischen Gebieten/zu spezifischen Zeiten)

Die Strukturen müssen flexibel genug sein, sich den dynamischen Gegebenheiten des Politikbetriebes anzupassen. Ziel ist die Nutzung der besten Möglichkeiten für eine angemessene Berücksichtigung gesundheitsbezogener Fakten und Perspektiven im Kontext der aktuellen politischen Willensbildung und der vorhandenen Ressourcen [35]. Auf Grund der institutionenübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb des HiAP-Ansatzes sind das Finden und Etablieren eines gemeinsamen Verständnisses, gemeinsamer Ziele und Arbeitsmethoden unerlässlich, um Politikkohärenz zu erreichen (Box 3).

Als ideale Grundbedingungen zur Schaffung von Strukturen für eine intersektorale Zusammenarbeit werden genannt:

- Bekenntnis aller beteiligten Gruppen zur Zusammenarbeit,
- Nutzung von bereits vorhandenen Strukturen als Anknüpfungspunkte (Linkage),
- Vorhandensein von Kapazitäten (Ressourcen, Können/Fähigkeit, Wissen), um tätig zu werden,
- Aufbau vertrauensvoller Beziehungen als Basis für Kooperationen und gemeinsame Tätigkeiten,
- Konzipierung, Implementation und Evaluation geplanter Aktionen, sowie
- Berücksichtigung von Monitoring und langfristigen Ansätzen [24, 41].

Kickbusch und Buckett [19] weisen darauf hin, dass speziell im Gesundheitsbereich die Bereitschaft zur Zusammenarbeit auch von Seiten des Gesundheitssektors vorhanden sein muss.

HiAP-Strukturen sollten, um erfolgreich zu sein, von einem starken politischen Willen und entsprechender politischer Führung getragen werden, damit eine nachhaltige Umsetzung gewährleistet werden kann. Dies ist vor allem erforderlich, da Sektoren mit eigenen Agenden, Zielen, Prozessen und Budgets zusammenarbeiten und ihre eigenen Prioritäten nunmehr der Erreichung von gemeinsam vereinbarten Zielen im Zusammenhang mit Gesundheit unterordnen sollen. Zentrale, nahe der Regierung angesiedelte Strukturen können hier vorteilhaft sein, wenn sie eine ordnungsgemäße Implementation koordinieren, die Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteuren stärken und so Verantwortung übernehmen [34]. Für die Umsetzung des HiAP-Ansatzes können Staaten aus einem großen Instrumentenkasten wählen [35, 42] (Tab. 1).

----- Tabelle 1 -----

Gesundheit und Umwelt als komplexes interagierendes System

Sowohl Gesundheit als auch Umwelt werden durch Entscheidungen beeinflusst, die außerhalb ihrer originären Politikbereiche liegen. Beide Bereiche sind integral miteinander verwoben und unabdingbar für Wohlstand, Wachstum und Stabilität von Gesellschaften [5, 27, 43, 44]. Politiken, die für einen Bereich Sinn versprechen und erfolgreich sind, können aufgrund hochgradiger Interdependenzen negative Effekte in anderen Bereichen verursachen. Im Folgenden zeigen wir Beispiele für die enge Interaktion von Gesundheit und Umwelt auf und erläutern einige Möglichkeiten, die sich aus der Anwendung eines HiAP Ansatzes für die Integration beider Sektoren bietet. Dabei wird auch die langfristige Minderung negativer Effekte berücksichtigt.

Die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen und die Niederländische Foresight Studie

Auf internationaler Ebene sind die nachhaltigen Entwicklungsziele der UN (SDGs) ein gutes Beispiel für die Bedeutung eines HiAP-Ansatzes zur Integration gesundheitlicher und umweltbedingter Faktoren [10]. Damit ist gemeint, dass die Arbeit an einem Entwicklungsziel, etwa der Bildung (Ziel 4), eng mit der Erreichung weiterer Ziele z.B. im Bereich sauberes Wasser/sanitäre Einrichtungen/Hygiene verbunden ist, und dies direkte gesundheitliche Bedeutung hat. Vielfach spielen zudem soziale Aspekte wie Bildung und Arbeit für die Erreichung der gesundheitsbezogenen Ziele eine bedeutsame Rolle. Die 17 Ziele und 163 Unterziele können hier nicht einzeln unter Umwelt- und Gesundheitsaspekten diskutiert werden, viele Zusammenhänge erscheinen jedoch offensichtlich und legen das Zusammenwirken verschiedener Politikbereiche als Bedingung für eine Zielerreichung nahe.

Als für Deutschland besonders relevantes Beispiel für eine systematische Aufarbeitung von Umweltthemen für strategische Politikentscheidungen und die Nutzung eines HiAP-Ansatzes kann die aktuell durchgeführte „Dutch Public Health Foresight Study“ [45] gelten, die für die Niederlande die wichtigsten Umwelt-Zukunftstrends im Kontext der umfassenden Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden [46] identifiziert. Diese sind:

- Luftqualität: trotz erheblicher Fortschritte in den vergangenen Dekaden bestehen weiterhin Herausforderungen zum Beispiel bei den ultrafeinen Partikeln;
- Wasserqualität: trotz hoher Standards kommt es weiterhin zu Problemen mit zum Beispiel hohen Belastungen durch Medikamentenrückstände oder Nitraten aus der Landwirtschaft;

- Steigende Nutzung von Mikroplastik und Nanomaterialien, die sich in der Umwelt akkumulieren: es fehlt Wissen über Gesundheitseffekte;
- Intensive Tierhaltung erfordert Aufmerksamkeit und Monitoring, zum Beispiel aufgrund von Luft- und Wasserverschmutzung, Belästigung (Lärm, Geruch), Zoonosen, oder Q-Fieber;
- Klimawandel: trotz klar beschriebene Gesundheitsfolgen (Hitzestress, Allergien) bleiben bestehen Chancen für eine verbesserte Vorbereitung und Bewältigung besonders in Städten (zum Beispiel durch Grün- und Wasserflächen) ungenutzt;
- Nachhaltigkeitsaspekte: zum Beispiel: es fehlen ökonomische Modelle für nachhaltiges Wohnen unter Berücksichtigung möglicher Gesundheitsrisiken und – effekte;
- Verstärkte Einbindung der Bürger/innen in Entscheidungen über lokale Lebenswelten, einschließlich der Beteiligung an Forschung und Messungen etc. (Bürgerwissenschaft, citizen science)
- Zunahme der Bedeutung von Risikowahrnehmung.

Dem Bericht zufolge sind die genannten Bereiche durch eine reine sektorbezogene Bearbeitung nicht zufriedenstellend zu verbessern, da zum Beispiel die hohe Nitratbelastung von Trinkwasser aufgrund der intensiven Landwirtschaft nur in Kombination mit alternativen Anbaumethoden, geändertem Konsumverhalten sowie wirtschaftlichen Alternativen zum aktuell sehr hohen Exportanteil landwirtschaftlicher Produkte bearbeitet werden kann.

Ähnliche Beispiele sind Konzepte für eine gesteigerte aktive Mobilität (Laufen, Radfahren) in Kombination mit sicheren Verkehrswegen und einer reduzierten Luftverschmutzung (im Sinne einer nachhaltigen Mobilitätsplanung) oder energieneutrales, nachhaltiges Wohnen unter Berücksichtigung möglicher Gesundheitsrisiken z.B. durch Schimmel [45].

Impact Assessments Integration von Gesundheit- und Umweltaspekten für praktische Umsetzung

HiAP und Environment in All Policies (EiAP) Ansätze sehen in der Durchführung von Gesundheits- bzw. Umweltfolgenabschätzungen eine wichtige Grundlage für die Beratung von politischen Entscheidungsträgern und Stakeholdern, um wichtige Einflussgrößen von Gesundheit oder Umwelt bestimmen und adressieren zu können [47-49]. In dieser Überschneidung findet sich eine Möglichkeit für die Kombination beider Ansätze. Gemeinsame Strukturen können genutzt und gewinnbringend kombiniert werden. Dies ist vor allem im Hinblick auf das Problem der nicht-Trennbarkeit von Gesundheits- und Umweltfolgen in vielen Bereichen notwendig und sinnvoll. In einigen Staaten werden je nach Fokus bereits entweder Gesundheitsfolgenabschätzungen (Health Impact

Assessment, HIA) mit starkem Fokus auf Umweltaspekte oder Umweltfolgenabschätzungen (Environmental Impact Assessment, EIA) mit starkem Fokus auf Gesundheit in den Entscheidungsfindungsprozess z.B. für Infrastrukturentwicklungen eingebunden (zum Beispiel: Thailand, Laos, Brasilien) [50]. Shankardass et al. konnten zeigen, dass in Schweden vor allem in den Bereichen, die bereits Erfahrungen mit Environmental Impact Assessments (EIA) aufwiesen, HiAP-Ansätze besser integriert wurden [49].

Generell sind EIA in allen europäischen Staaten vorgeschrieben. In Art. 3(1) der Richtlinie 2014/52/EU, basierend auf 2011/92/EU wurde der Geltungsbereich des EIA erweitert. Die Umweltfolgenabschätzung muss nunmehr den Einfluss auf die Bevölkerung und deren Gesundheit prüfen. Dies impliziert einen weitgefassten Umweltbegriff und fordert ein EIA unter Berücksichtigung der Folgen für menschliche Gesundheit. Die Umsetzung dieser umfassenden Anforderung ist jedoch nicht ohne Probleme. So ließ sich für Italien zeigen, dass Gesundheitsaspekte in EIA bis 2014 nicht systematisch erhoben und berücksichtigt wurden [6]. Vor allem bei großen Infrastrukturprojekten mit mehreren Einzelprojekten spielten gesundheitliche Determinanten im EIA keine Rolle, so die Kritik, obwohl diese Projekte in vielen Punkten gesundheitliche Aspekte berührten.

Befürworter eines Environment in All Policies (EiAP) Ansatzes fordern daher zum einen die Einbindung umweltbedingter Aspekte in hochrangige strategische Entscheidungen anstatt auf kurzfristigem Projektniveau, zum anderen die Berücksichtigung von Umweltaspekten in den Agenden auch von Entscheidungsträgern, die sich normalerweise nicht mit Umweltfragen beschäftigen [51].

Die Parallelen zum HiAP-Ansatz liegen sehr nahe. Browne und Rutherford (2017) schlagen daher die Verankerung des EiAP-Ansatzes auf hoher politischer Ebene („major policy“) noch oberhalb des – eher technischen – Environmental Impact Assessments (EIA) vor, um umweltbedingte Konsequenzen von Entscheidungen frühzeitig abzuklären und Umweltbelange in Entscheidungen auf Kabinettsniveau einzubeziehen [27]. Sie argumentieren ähnlich wie das Konzept der „Environmental Policy Integration“ (EPI) zur Erreichung nachhaltiger Entwicklung [47]. Umweltbelange sollen in allen Phasen des Politikprozesses sektorübergreifend integriert werden und eine bedeutende Rolle spielen [52].

Südaustraliens HiAP-Ansatz

Ein besonderes Beispiel für die Umsetzung eines HiAP- Ansatzes unter konsequentem Einbezug des EiAP auf hoher politischer Ebene findet sich in Südaustralien. Hier wurde HiAP als ein politikübergreifender Ansatz zentral bei der Regierung verankert („whole-of-governance“ Konzept).

Der Ansatz verbindet ein strategisches Engagement zur Verbesserung der sozialen Determinanten der Gesundheit mit einer die unterschiedlichen Politikbereiche übergreifenden Struktur [19]. Südaustraliens HiAP-Ansatz ist gekoppelt an die Umsetzung der Ziele des South Australia Strategic Plan (SASP). Der SASP beinhaltet 100 Einzelziele mit einem hohen Anteil an Umweltzielen wie z.B. nachhaltige Wassernutzung, marine Biodiversität oder nachhaltiges Landmanagement. Hierfür werden zwei Grundpfeiler genutzt: 1) eine starke zentrale Koordinationsstruktur mit direkten Verantwortlichkeiten und 2) ein durchgängiger Einsatz der „health lens“ Analyse (einer speziellen Form des HIA¹) und anderer Public Health Techniken, mit denen jedes Ziel des SASP hinsichtlich seiner Schlüsselinteraktionen und Synergien mit anderen Zielen, Politiken und Strategien zur Verbesserung der Gesundheit und seiner Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung Südaustraliens analysiert wird ² [53].

Durch die Anbindung an den SASP als zentrales Rahmenkonzept der Regierungsarbeit wurde dem HiAP - Ansatz quasi ein Regierungsauftrag erteilt. HiAP profitiert von den bereits für den SASP vorhandenen Strukturen innerhalb der Regierung, die die Legitimität des Mandats weiter erhöhen. Ein Komitee auf Kabinettsniveau sowohl mit der Überwachung der Entwicklung, Implementation und Evaluation des HiAP als auch der Umsetzung der SASP betraut. So können weitere Synergien genutzt werden.

Neben den genannten Strukturen wird die Implementation des HiAP-Ansatzes durch klare Verantwortlichkeiten und ein Monitoringsystem unterstützt. Ein Memorandum zwischen dem Büro des Premierministers und des Kabinetts und dem Gesundheitsministerium dient als Basis für das gemeinsame Vorgehen. Es definiert die Rolle der einzelnen Ministerien, Verantwortlichkeiten, Governance, Reporting, Planungsverfahren und Evaluation. Diese hochrangigen Strukturen wurden auch geschaffen, um eine klare Ressourcenzuordnung zu ermöglichen. Innerhalb des Gesundheitsdepartments ist die HiAP Arbeitsgruppe als Vermittler und Moderator für die Umsetzung des HiAP Ansatzes und der Health lens Assessments zuständig [34]. Eine Übersicht der Strukturen und Arbeitsweisen des südaustralischen HiAP-Ansatzes findet sich in Tabelle 2 (Tab. 2).

Die zentrale Angliederung innerhalb der Regierungsstrukturen verdeutlicht, dass es nicht um die vorherrschenden Interessen des Gesundheitssektors, sondern um eine gemeinsame Arbeit zur Zielerreichung der SASP geht. Das klare Regierungsmandat und die Unterstützung durch zentrale

¹ Health lens Analysen können im Gegensatz zu den HIA bereits im Rahmen des Programm/Policy Entwicklungsprozesses beginnen und ermöglichen so eine abteilungsübergreifende Zusammenbearbeitung noch bevor ein Programm entwickelt wurde. [67].

² <http://saplan.org.au/priorities>; Zugriff: 30.11.2017.

Regierungsstrukturen sichern eine starke Basis für die Anwendung des HiAP-Ansatzes und für die damit verbundenen Folgenabschätzungen [19, 27].

----- Tabelle 2 -----

Fazit und Diskussion

Dieser Beitrag gibt eine Einführung in das HiAP-Konzept und zeigt, wie HiAP und umweltpolitische Themen gewinnbringend miteinander kombiniert werden können. Zugrunde liegt ein breites und langfristig orientiertes Politikverständnis, in dem Entscheidungen mit Blick auf Konsequenzen für Gesundheit und Umwelt getroffen werden. Die Berücksichtigung und Stärkung des Themas Umwelt in HiAP und die Einbindung von Gesundheit im EiAP erhöht die Chance auf Fortschritte für beide Bereiche [5]. Der Link Umwelt-Gesundheit könnte weiter gestärkt werden durch:

- Explizite Definition von Gesundheit in EIA und Umwelt in HIA, samt der jeweiligen zentralen Bedingungsfaktoren,
- Klare Regelung der Abläufe und Spezifikationen der Folgenabschätzungen, die eine systematische Berücksichtigung von Gesundheit oder Umwelt in den einzelnen Prozessen garantieren,
- Klare Regelungen der Verantwortlichkeiten und genaue Zuordnung von Ressourcen, um eine nachhaltige Berücksichtigung zu gewährleisten (good governance),
- Expertenpools zur Sicherung des Wissens und zur Durchführung der Impact Assessments (sowohl Gesundheits- als auch Umweltspezialisten)
- Etablierung von Monitoring und Berichtssystemen,
- Vorliegen klarer institutioneller Mandate.

Bisher gibt es allerdings nur wenig empirische Studien, die sich mit der Frage des Umsetzungserfolges von HiAP – als dem im Vergleich zu EiAP schon deutlich länger diskutierten Ansatz – beschäftigen. Erste Studien beziehen sich zumeist auf die Evaluation der letzten fünf Jahre des südaustralischen HiAP-Ansatzes [49, 54-56], auf Ergebnisse aus Kanada (Quebec) [57] oder Schweden [55]. Insbesondere die Frage, ob soziale Determinanten der Gesundheit durch HiAP - wie erhofft - erfolgreich positiv verändert werden können, muss derzeit noch als unbeantwortet gelten. Vorhandene Studien legen nahe, dass vor allem so genannte „Win-win“ - Strategien die Akzeptanz und Machbarkeit des HiAP-Ansatzes über Sektoren hinweg erhöhen [55, 56, 58, 59]. Win-win Strategien in diesem Bereich sollen Vorteile für alle Beteiligten ergeben und umfassen verschiedene Kernschritte. Dazu gehört die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache für ein verbessertes

Verständnis zwischen Akteuren und Sektoren. Hierbei wird berücksichtigt, dass jede Regierungsinstitution das zu bearbeitende Problem zu allererst auf Basis der eigenen Erfahrungen, Sprache und Aufgaben einordnet und definiert. Daher wird durch intensive Zusammenarbeit ein gemeinsames Verständnis für das Ziel und die in der kooperativen Arbeit genutzte Sprache entwickelt. Weiterhin werden gemeinsame sektorübergreifende Ziele definiert (z.B. wirtschaftliches Wachstum mit Fokus auf gesunde Arbeitnehmer). So wird das Thema Gesundheit weiter gefasst, in größere Zusammenhänge eingebunden und idealerweise eine größere Geschlossenheit bei der Verfolgung der gemeinsamen Ziele erreicht. Weitere Kernschritte betreffen die Aufnahme von Gesundheitsthemen in andere politischer Agenden (z.B. in Transport, Umwelt, Landwirtschaft) sowie die Nutzung wissenschaftlicher Verfahren zur Unterstützung von HiAP, wodurch die Glaubwürdigkeit von intersektoral entwickelten Politiken erhöht werden kann [55].

Für die engere Verbindung von Umwelt- und Gesundheitsthemen in politischen Entscheidungen macht die Nutzung von vorhandenen HiAP-Ansätzen unter günstigen Bedingungen den Aufbau neuer Strukturen nicht oder nur in geringem Maße notwendig. Neue Strukturen sind immer auch mit Diskussionen über Zuständigkeiten, Ressourcennutzung und politische Agenden verbunden, die zu Blockadehaltungen führen können [60-62]. In Europa könnten zudem Strukturen des „European Environment and Health Process“ genutzt werden, der bereits Ressourcen für Umweltthemen im Zusammenhang mit Gesundheit in der WHO - EURO Region bündelt [63, 64]. Dies geschieht jedoch bisher noch nicht umfassend.

Kritisch festzuhalten ist, dass sowohl HiAP als auch EiAP durch Aushandlungsprozesse zwischen divergierenden Positionen verschiedener Bereiche geprägt werden, die eine vorrangige Durchsetzung eigener Prioritäten, also etwa des Gesundheitssektors, zumeist nicht ermöglicht. Auch werden Interessen, die wenig öffentliche Resonanz erfahren, selten in politische Agenden aufgenommen. Bestehende Machtkonstellationen können der verstärkten Bedeutung von Umwelt und Gesundheit im politischen Alltag entgegenwirken. Das Beispiel Südaustraliens verdeutlicht zudem, dass sich externe Faktoren (ökonomische Krise) und der lange Zeitraum, der für die Änderung von einmal internalisierten Prozessen benötigt wird (Pfadabhängigkeit), negativ auf bereits Erreichtes auswirken können [54].

Da die skizzierten Impact-Analysen (EIA oder HIA) akzeptierte Vorgehen in vielen Staaten sind, kann dies als gut etablierter Startpunkt für eine Definition von HiAP samt eines expliziten Einbezuges von Umweltaspekten im Sinne eines EiAP genutzt werden[5]. Das erhöht die Chancen auf die Entwicklung eines kohärenten, Synergien nutzenden Politikansatzes für gemeinsame Ideen und Ziele [65]. Die Debatte um die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen kann ein Ausgangspunkt sein, da der enge Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit durch eine Verbindung lokaler und

internationaler Diskussionen zu wichtigen Entwicklungstrends und -zielen eine noch deutlichere Betonung erfährt. Beide Sektoren sollten „win-win“ – Situationen suchen, um bestmögliche Auswirkungen politischer Entscheidungen auf Umwelt und Gesundheit der Bevölkerung zu sichern, nachteilige Folgen transparent aufzuzeigen und zu minimieren.

Danksagung

Die Autoren danken Eileen Bröring für die Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, keine Interessenskonflikte zu haben.

Literaturverzeichnis

1. World Health Organization, *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors*. 2017, World Health Organization: Geneva.
2. Prüss-Üstün, A. and C. Corvalán, *Preventing disease through healthy environments*, in *Towards an estimate of the environmental burden of disease*. . 2006, World Health Organization: Geneva.
3. Prüss-Üstün, A., et al., *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. 2016: World Health Organization.
4. de Hartog, J.J., et al., *Do the Health Benefits of Cycling Outweigh the Risks?* *Environmental Health Perspectives*, 2010. **118**(8): p. 1109-1116.
5. Dora, C., M. Pfeiffer, and F. Racioppi, *Lessons from environment and health for HiAP*, in *Health in All Policies*, K. Leppo, et al., Editors. 2013, Ministry of Social Affairs and Health: Finland. p. 255-285.
6. Linzalone, N., et al., *Health Impact Assessment Practice and Potential for Integration within Environmental Impact and Strategic Environmental Assessments in Italy*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2014. **11**(12): p. 12683.
7. Mahboubi, P., M.W. Parkes, and H.M. Chan, *Challenges and Opportunities of Integrating Human Health into the Environmental Assessment Process: The Canadian Experience Contextualised to International Efforts*. *Journal of Environmental Assessment Policy and Management*, 2015. **17**(04): p. 1550034.
8. Perez, L., et al., *Chronic burden of near-roadway traffic pollution in 10 European cities (APHEKOM network)*. *European Respiratory Journal*, 2013: p. erj00311-2012.

9. Prüss-Üstün, A. and C. Corvalán, *How Much Disease Burden can be Prevented by Environmental Interventions?* *Epidemiology*, 2007. **18**(1): p. 167-178.
10. World Health Organization, *Environment and Health in Europe: status and perspectives*. . 2017, WHO: Copenhagen, Denmark.
11. Plass, D., et al., *Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland*. 2014.
12. Hoeymans, N., et al., *A healthier Netherlands: Key findings from the Dutch 2014 Public Health Status and Foresight Report*. 2014, National Institute for Public Health and the Environment: BA Bilthoven, NL.
13. Schlatzer, M., *Ernährungsgewohnheiten und ihre Auswirkungen auf die Ernährungssicherung künftiger Generationen*. *Journal für Generationengerechtigkeit*, 2013. **13**(1): p. 17-23.
14. Chan, M., *Foreword by the Director-General of WHO*, in *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*, K. Leppo, et al., Editors. 2013, Ministry of Social Affairs and Health: Finland.
15. World Health Organization, *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. 2008, Geneva: World Health Organization.
16. Bundesamt für Strahlenschutz (BfS), B.f.R.B., Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA), *Umweltgerechtigkeit – Umwelt, Gesundheit und soziale Lage* 2008.
17. Bolte, G., *Umweltgerechtigkeit–Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. *Das Gesundheitswesen*, 2005. **67**(03): p. 40.
18. Kraemer, K., *Umwelt und soziale Ungleichheit*. *Leviathan*, 2007. **35**(3): p. 348-372.
19. Kickbusch, I. and K. Buckett, *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. 2010: Health in All Policies Unit, SA Department of Health.
20. Voigtländer, S., A. Mielck, and O. Razum, *Die Bedeutung des kleinräumigen Kontexts für Gesundheit: Entwurf eines Erklärungsmodells*. *Das Gesundheitswesen*, 2012. **74**(11): p. 702-709.
21. Kroll, L.E., et al., *Möglichkeiten der Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren mit Small-Area-Estimation*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2017: p. 1-11.
22. World Health Organization, *WHO Working Definition prepared for the 8th Global Conference on Health Promotion*. 2013, WHO: Helsinki.
23. World Health Organization. *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. in *8th Global Conference on Health Promotion*. 2014. Helsinki, Finland: WHO.
24. World Health Organization, *Health in All Policies (HiAP) framework for country action*. *Health Promot Int*, 2014. **29** **Suppl 1**: p. i19-28.
25. Newman, L., et al., *Applying Health in All Policies to obesity in South Australia*. *Health Promotion International*, 2016. **31**(1): p. 44-58.
26. Leppo, K., et al., *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. 2013, Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
27. Browne, G.R. and I.D. Rutherford, *The case for “environment in all policies”: lessons from the “health in all policies” approach in public health*. *Environmental health perspectives*, 2017. **125**(2): p. 149.
28. Sihto, M., E. Ollila, and M. Koivusalo, *Principles and challenges of Health in All Policies*, in *Health in All Policies: prospects and potentials*, T. Stahl, et al., Editors. 2006, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies: Helsinki. p. 3-20.
29. Shankardass, K., et al., *Health in All Policies: A Snapshot for Ontario, Results of a Realist-Informed Scoping Review of the Literature*. 2011, Ontario; St Michael's.
30. Nuscheler, F., *Good governance: ein universelles Leitbild von Staatlichkeit und Entwicklung?* 2009, INEF Report
31. Hill, H., *Good Governance–Konzepte und Kontexte*. *Governance-Forschung. Vergewisserung über Stand und Entwicklungslinien*. , ed. G.F. Schuppert. 2005: Baden-Baden. 220-250.

32. Kovač, P. and G. Gajduschek, *Contemporary Governance Models and Practices in Central and Eastern Europe*. 2015: Bratislava: NISPAcee.
33. Katsamunská, P., *The Concept of Governance and Public Governance Theories*. *Economic Alternatives*, 2016(2): p. 133-141.
34. Kickbusch, I. and D. Gleicher, *Governance for health in the 21st century*. 2012: WHO Regional Office for Europe Copenhagen.
35. Ollila, E., F. Baum, and S. Pena, *Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book*, in *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*, K. Leppo, et al., Editors. 2013, Ministry of Social Affairs and Health: Finland. p. 3-23.
36. World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. in *International Conference on Primary Health Care*. 1978. Alma-Ata, USSR: WHO.
37. World Health Organization. *Ottawa charter for health promotion*. in *First International Health Promotion Conference*. 1986. Ottawa, Canada: WHO.
38. United Nation General Assembly, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 2015, United Nation: New York.
39. Stoker, G., *Governance as theory: five propositions*. *International social science journal*, 1998. **50**(155): p. 17-28.
40. Kooiman, J. and M. Van Vliet, *Governance and public management*, in *Managing public organisation*, K. Eliassen and J. Kooiman, Editors. 1993, London, Sage. p. 58-72.
41. Harris, E., et al., *Working together: intersectoral action for health*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1995.
42. St-Pierre, L., et al., *Governance tools and framework for Health in All Policies*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies, Quebec City, 2009.
43. Commissioner for Environmental Sustainability, *State of the Environment Report, Victoria, 2008; Fact Sheet 24*. 2008, Office of the Commissioner for Environmental Sustainability, Victorian Government: Melbourne, Australia.
44. de Leeuw, E., *Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action*. *Annual Review of Public Health*, 2017. **38**: p. 329-349.
45. RIVM, *Wider determinants of health, Dutch Public Health Foresight report*. 2017.
46. Dahlgren, G. and M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies, 1991.
47. Brundtland, G.H., *World commission on environment and development: Our common future*. 1987, World Commission for Environment and Development: Geneva.
48. Collins, J. and J.P. Koplan, *Health impact assessment: a step toward health in all policies*. *Jama*, 2009. **302**(3): p. 315-317.
49. Shankardass, K., et al., *Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies*. *Health Policy Plan*, 2015. **30**(4): p. 462-73.
50. Winkler, M.S., et al., *Untapped potential of health impact assessment*. *Bulletin of the World Health Organization*, 2013. **91**(4): p. 298-305.
51. Head, L., et al., *Climate change and Australia*. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Climate Change*, 2014. **5**(2): p. 175-197.
52. Lafferty, W. and E. Hovden, *Environmental policy integration: towards an analytical framework*. *Environmental politics*, 2003. **12**(3): p. 1-22.
53. Baum, F., et al., *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application*. *Health promotion international*, 2014. **29**(suppl_1): p. i130-i142.
54. van Eyk, H., et al., *Health in All Policies in South Australia—Did It Promote and Enact an Equity Perspective?* *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017. **14**(11): p. 1288.
55. Molnar, A., et al., *Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis*. *PLoS One*, 2016. **11**(2): p. e0147003.

56. Baum, F., et al., *Ideas, actors and institutions: lessons from South Australian Health in All Policies on what encourages other sectors' involvement*. BMC Public Health, 2017. **17**(1): p. 811.
57. Druet, C., et al., *Towards the integration of Health in All Policies: a Québec – South Australia comparison*, in *Implementing Health in All Policies Adelaide 2010*, I. Kickbusch and K. Buckett, Editors. 2010, Government of South Australia: Adelaide.
58. Howard, R. and S. Gunther, *Health in All Policies: An EU literature review 2006–2011 and interview with key stakeholders*. Equity Action, 2012.
59. Peters, B.G. and P. Zittoun, *Contemporary Approaches to Public Policy: Theories, Controversies and Perspectives*. 2016: Springer.
60. Haverland, M., *National Adaption to European Integration: The Importance of Institutional Veto Points*. Journal of Public Policy, 2000. **20**(1): p. 83-103.
61. Mastenbroek, E. and M. van Keulen, *Beyond the goodness of fit. A preference-based Account of Europeanization*, in *European Research Reloaded: Cooperation and Integration among Europeanized States*, R. Holzhaecker and M. Haverland, Editors. 2006, Springer. p. 19-42.
62. Tsebelis, G., *Veto players: How political institutions work*. 2002, Princeton University Press: Princeton.
63. Hervey, T. and B. Vanhercke, *Health care and the EU: the law and policy patchwork*, in *Health Systems Governance in Europe – The Role of European Union Law and Policy*, E. Mossialos, et al., Editors. 2010, Cambridge University Press: New York. p. 84-134.
64. Hervey, T., *Reflecting on 'Supporting health systems in Europe: added value of EU actions?'*. Health Economics, Policy and Law, 2015. **10**(04): p. 485-489.
65. Gomar, J.O.V., L.C. Stringer, and J. Paavola, *Regime complexes and national policy coherence: Experiences in the biodiversity cluster*. Global Governance, 2014. **20**(1): p. 119-145.

Abbildungslegenden und Abbildungen

keine

Tabellen mit Tabellenüberschriften

Tabelle 1: Mögliche Instrumente und Mechanismen zur Anwendung eines HiAP- Ansatzes

Instrumente	Mechanismen
Politische Handlungsentscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesetze, Bestimmungen - Protokolle, Vereinbarungen - Rechenschaftsmechanismen - Politische Rahmenbedingungen
Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> - Interministeriale Ausschüsse - Expertengremien - Unterstützende Arbeitsgruppen - Netzwerke - koordinierende Ministerien - Public Health Institute
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> - formale Konsultationen und Policy Dialoge - Vorbereitung von Regierungsprogrammen und Strategien - Public Health Policy Reporting Systeme
Werkzeuge	<ul style="list-style-type: none"> - Impact Assessments (Gesetze, Regularien, Policies, finanzielle Anreize etc. für Gesundheit, Gleichheitsaspekte, Umwelt, Gesellschaft) - finanzielle Ressourcen (Finanzielle Unterstützungsmechanismen für Partnerschaftsaktivitäten oder gemeinschaftliche Finanzierungen)

Tabelle 2: Kurzdarstellung des südaustralischen HiAP Ansatzes [57]

Themenbereiche	Südaustralischer HiAP Ansatz
Mandat	<ul style="list-style-type: none"> - 2008: Entscheidung des Exekutivkomitees der Südaustralischen Regierung zur systematischen Anwendung des HiAP health lens Ansatzes für alle SASP Ziele - Erteilung eines gesetzlichen Mandats wie im 2009 Public Health Gesetz angedacht
Governance	<ul style="list-style-type: none"> - Überwachung durch eine Gruppe hoher Regierungsbeamter außerhalb des Gesundheitsdepartments, die ebenfalls für die Umsetzung des SASP zuständig sind
Einbindung zentraler Regierungsinstitutionen	<ul style="list-style-type: none"> - Memorandum of Understanding zwischen dem Department of Health (DH) und dem Department of the Premier and Cabinet (DPC) - DPC übernimmt leitende Rolle der Koordination - DH stellt Mittel für die Arbeit an den Health lens Analysen zur Verfügung
Strukturen/Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - kleines Team innerhalb DH arbeitet in Zusammenarbeit mit weiteren Regierungsdepartments an den Health lens Analysen
Prozess und Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung von Health lens Analysen zu einem sehr frühen Entwicklungszeitpunkt von Policies/Programmen durch das DH - Nutzung von HIA Ansätzen, sowie anderen Analysetools - Beteiligung am Policy Formulierungsprozess so zeitig wie möglich - Sicherstellung der Aufnahme von Gesundheitsaspekten in den Entscheidungsfindungsprozess
Intersektorale Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Regierungsabteilungen im Rahmen gemeinsamer Analysen und Programmentwicklungen zur Maximierung der Gewinne für Gesundheit
Policy Fokus	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsdeterminanten

SASP - South Australia Strategic Plan; DH – Department of Health; DPC - Department of the Premier and Cabinet