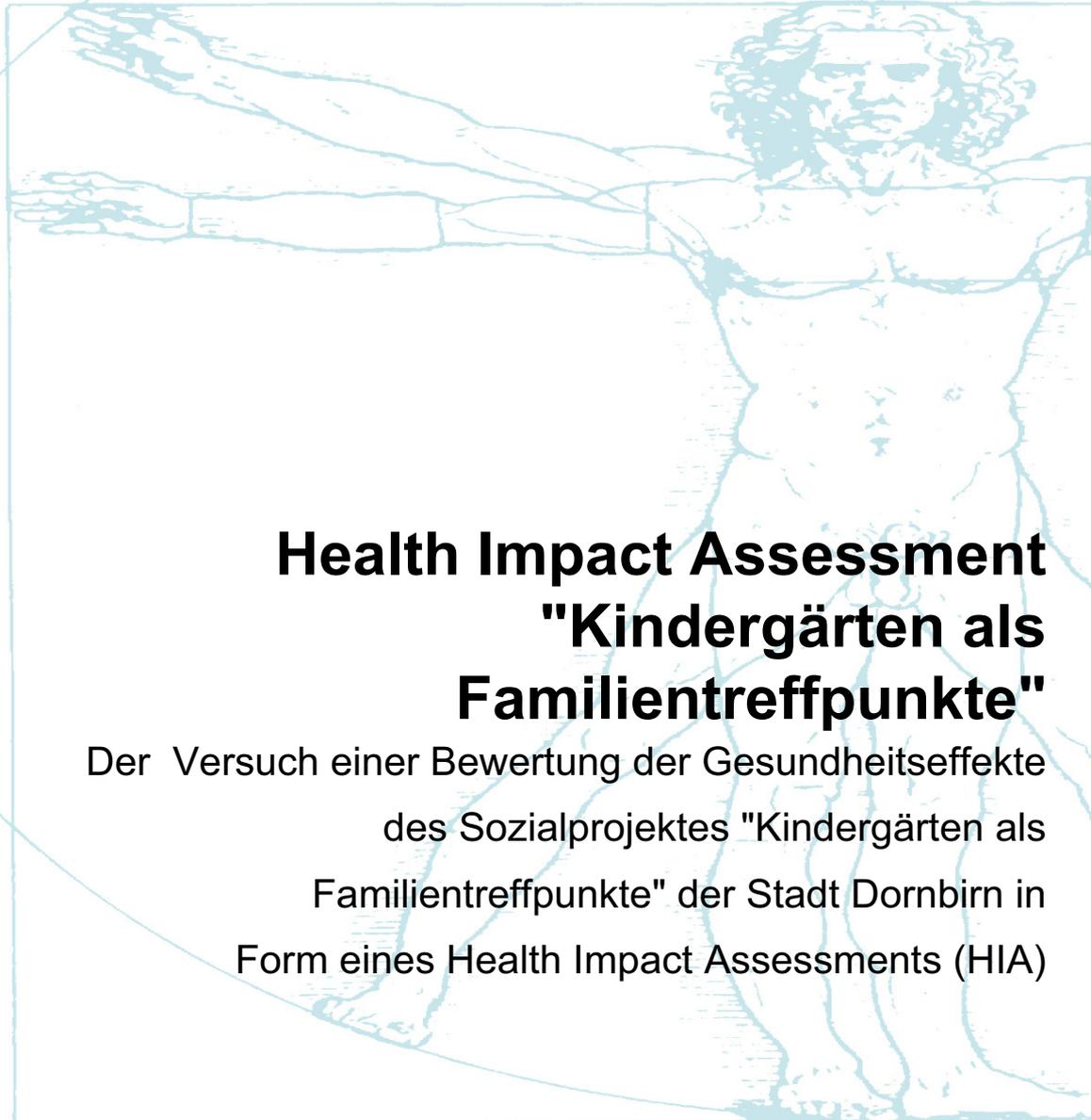


Dokumente

Gesundheitswissenschaften

Herausgegeben von
 Univ.- Prof. Dr.
 Josef Weidenholzer,
 Institut für Gesellschafts-
 und Sozialpolitik,
 Johannes Kepler
 Universität Linz in
 Zusammenarbeit mit
 der Oberösterreichischen
 Gebietskrankenkasse.

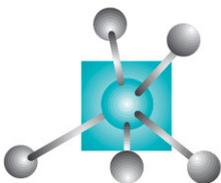


Health Impact Assessment "Kindergärten als Familientreffpunkte"

Der Versuch einer Bewertung der Gesundheitseffekte
 des Sozialprojektes "Kindergärten als
 Familientreffpunkte" der Stadt Dornbirn in
 Form eines Health Impact Assessments (HIA)

Harald Geiger

Linz, 2010



Das Kind ist Akteur seiner Entwicklung

Jean Piaget

Die unbelastete Familie als Ort der idealen Entwicklung von Kindern wird in der Realität sozioökonomischer Bedingungen abgelöst durch Einrichtungen der Kinderbetreuung. Inwieweit es gelingt, in diesen das Beste für Kinder bereit zu stellen, entscheidet mit über Gesundheitschancen einer ganzen Generation.

Abstrakt	5
Einleitung, Fragestellungen	6
Methodik	7
Teil 1: Determinanten von Gesundheit	9
1. Gesundheit: Dichotomie eines Zustandes	10
2. Gesundheitsbegriff	10
2.1 Gesundheit als soziale Dimension	10
<i>Exkurs I: Salutogenese</i>	11
2.2 Gesundheit und soziale Gemeinschaften	12
<i>Exkurs II: Neurobiologische Motivationssysteme</i>	12
2.3 Gesundheit und traditionelle Versorgungssysteme	13
<i>Exkurs III: Stresstheorie</i>	13
2.4 Messgrößen von Gesundheit	14
2.5 Kinderarmut und Gesundheit	15
3. Soziale Determinanten der Gesundheit	16
3.1 Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit	28
<i>Exkurs IV: Whitehall Studien</i>	20
3.2 Beeinflussung von Gesundheit: Ottawa Charta	21
3.3 Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz	23
<i>Exkurs V: Die WHO</i>	24
3.4 Gesundheit und ihr Platz in Organisationen	25
<i>Exkurs VI: Organisationstheorie</i>	26
4. Kindergärten als soziales System	27
4.1 Der Settings-Ansatz	27
4.2 Gesundheitsdeterminanten im Setting Kindergarten	28
4.2.1 Allgemeine Determinanten	28
4.2.2 Spezielle Determinante: Sozialkapital	30
4.2.3 Determinanten und ihre Interdependenz	32

Teil 2: Einführung in die Methodik des Health Impact Assessments (HIA)	34
1. Definition	34
2. Intention von HIA	35
<i>Exkurs VII: Politik – policy</i>	36
3. Konzepte und Methoden von HIA	37
3.1 Biomedizinischer und sozioökonomischer Ansatz	37
3.2 Wurzeln von HIA	38
3.3 HIA-„levels“	39
3.4 HIA-Phasen	41
<i>Exkurs VIII: Evidenz und HIA</i>	43
3.5 Abgrenzung von HIA zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	44
Teil 3: Projekt Kindergärten als Familientreffpunkte	49
1. Funktion und Aufgabe von Kindergärten	49
1.1 Kindergärten im historischen Kontext	49
1.2 Kindergärten als gegenwärtige Einrichtungen des Landes Vorarlberg	50
2. Kindergärten als Familientreffpunkte	52
2.1 Entstehungsgeschichte und Hintergründe	52
2.1.1 Familienleitbild der Stadt Dornbirn	52
2.1.2 Kinder in die Mitte	52
2.2 Projektziele und –inhalte	53
3. Kindergärten als Familientreffpunkte – eine soziale Innovation?	54
3.1 Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen	54
3.2 Early Excellence Centres	55
Teil 4: Anwendung des Instrumentes HIA auf die Intervention	58
1. Screening	58
2. Scoping	59
3. Identification	61
4. Daten- bzw. Informationssammlung	63
5. Assessment	63

Teil 5: HIA-Report	66
Inhaltsverzeichnis	69
1. Zusammenfassung	70
2. Empfehlungen	71
3. Hintergrund	72
4. Health Impact Assessment	75
4.1. Screening	76
4.2. Scoping	80
4.3. Appraisal	81
4.4. Evaluation	94
5. Diskussion	95
6. Zusammenfassung	100
7. Empfehlungen	102
8. Literatur	110
Teil 6: Diskussion	113
Teil 7: Abkürzungen und Begriffe	115
Teil 8: Literatur Teile 1 - 4	116
Anhang	120

Abstrakt

Hintergrund:

Gesundheit in ihrer sozialen Dimension wird durch zahlreiche Determinanten bestimmt, sowohl in positiver, d.h. gesundheitsfördernder, als auch in negativer Hinsicht. Jedes politische Vorhaben und besonders Interventionen in Bereichen des sozialen Zusammenlebens beeinflussen Gesundheit sowohl auf gesellschaftlicher als auch individueller Ebene. Ausgehend von der Idee „Health in All Policies“, d.h. Gesundheit als Querschnittsmaterie in allen politischen Entscheidungen zu berücksichtigen⁽¹⁾, hat sich Health Impact Assessment (HIA) als geeignetes Werkzeug zur Erfassung der positiven und negativen Gesundheitseffekte bewährt.⁽²⁾

Diese Arbeit liefert eine theoretische Einführung in die Methodik des HIA Ansatzes und ein Beispiel für dessen praktische Umsetzung. In einem so genannten „Mini“-HIA bzw. „Schreibtisch“(desk-based)-HIA soll das Vorhaben der Stadt Dornbirn in Vorarlberg, Kindergärten zu Familientreffpunkten zu erweitern, auf die dabei entstehenden Gesundheitseffekte geprüft werden.

Methodik:

Teil 1 der Arbeit beruht auf einer Literaturrecherche zu den für die Arbeit relevanten sozialen Determinanten von Gesundheit, Sozialkapital, sowie dem Einfluss des Settings Kindergarten auf die Gesundheit aller Beteiligten.

Teil 2 der Arbeit ist eine theoretische Einführung in das Thema HIA.

Teil 3 skizziert das Umfeld in dem das „Mini“-HIA durchgeführt wurde.

Teil 4 beschreibt die praktische Umsetzung des „Mini“-HIA anhand einer international anerkannten Leitlinie, dem Practical Guide für HIA der University of New South Wales, Australien.

Teil 5 ist ein eigenständiger Projektbericht zum durchgeführten „Mini“-HIA

Ergebnis:

- Auf der Angebotsebene sollten Module ausgearbeitet werden, die von den jeweiligen Kindergärten gebucht werden können, z.B. Vortragsreihen, regelmäßige Sprechstunden von Sozial-, Gesundheits- oder Jugendamt unter Schaffung integrierter Erziehungs- und Betreuungsangebote. In Folge evtl. Ausweitung der Module auf Freizeitgestaltung mit Kindern, Kinder und Medien, Ernährung von Kindern, Umgang mit Gesundheitsproblemen, u.v.a.
- Auf der Zugangsebene sollte der sprachliche und kulturelle Hintergrund von MigrantInnen sowie die spezielle Situation allein erziehender Mütter durch spezifisch konzipierte Teilnahmemöglichkeiten und Einladungen berücksichtigt werden.
- Auf der Kosten- und Ressourcenebene sollten für die teilnehmenden Kindergärten keine organisatorischen oder finanziellen Belastungen entstehen, besonderes Engagement soll entlohnt werden. Alle Beratungsangebote sollten kostenlos sein und der Kindergartenbeitrag sozial gestaffelt werden bzw. ganz wegfallen.
- Auf der Begleitungs- und Bildungsebene sollten laufend Reflexions- und Qualifikationsmöglichkeiten für alle Beteiligten angeboten werden.

Kindergärten zu Familientreffpunkten zu erweitern ist eine Chance, das Sozialkapital der Bevölkerung zu erhöhen. Besonders bei jungen Familien mit (noch) wenigen Sozialkontakten könnte diese Maßnahme die soziale Integration erleichtern. Aus dem Blickwinkel von Public Health als Multidisziplin der Gesundheitswissenschaften könnte bei Verantwortlichen auf kommunaler und politischer Ebene Verständnis für Ziele im Zusammenhang mit Gesundheit im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik erwachsen.

Einleitung

Die Stadt Dornbirn sieht in der Erweiterung von Kindergärten zu Familientreffpunkten grundsätzlich die Chance, das Sozialkapital der Bevölkerung zu erhöhen. Dieses Vorhaben soll besonders jungen Familien mit (noch) wenigen Sozialkontakten die soziale Integration erleichtern. In einem weiteren Ansatz sollen längerfristig Möglichkeiten für informelle und formelle Elternbildung geschaffen werden. Auf den ersten Blick scheint dieses Vorhaben wenig Bezug zum Thema Gesundheit zu haben. **Ziel dieser Arbeit ist**, diesen Zusammenhang näher zu erforschen. Dabei sollen folgende **Fragestellungen (Forschungsfragen)** beantwortet werden:

1. Welche positiven und negativen Gesundheitseffekte sind bei dem Vorhaben der Stadt Dornbirn zu erwarten?
2. Sind diese positiven und negativen Gesundheitseffekte gerecht verteilt?
3. Welche Empfehlungen lassen sich nach Durchführung eines Health Impact Assessments (HIA) für die Stadt Dornbirn ableiten?

Politische Entscheidungen werden oftmals vor dem Hintergrund ideologischer oder parteiinterner Sachzwänge getroffen. Die eigentliche Tragweite der Entscheidungen wird dann erst zeitlich versetzt bewusst und Korrekturen sind nur unter großen Anstrengungen oder gar nicht mehr möglich.

Aus dieser Sichtweise macht es Sinn, die Folgen einer Entscheidung so weit als möglich im Voraus abzuschätzen. Dies spielt besonders dann eine Rolle, wenn dadurch Dinge beeinflusst werden, deren Auswirkungen sich erst viel später zeigen. Dies gilt in hohem Maße für Gesundheit – sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Jede politische Entscheidung, die das Zusammenleben von Menschen betrifft, hat das Potential gesundheitsrelevanter Beeinflussung. Die eintretenden Effekte ergeben sich aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Determinanten, über deren Existenz und gegenseitige Interdependenz aus verschiedenen Gründen, die eng mit unserem historischen Verständnis von Medizin und Krankheit zusammenhängen, Unklarheit herrscht. Im Folgenden sollen diese Zusammenhänge aufgezeigt werden. Darüber hinaus wird eine Methodik vorgestellt und angewendet, die es erlaubt, evidenzbasierte Einschätzungen des Ausmaßes gesundheitlicher Auswirkungen vorzunehmen.

Methodik

Teil 1 beruht auf einer Literaturrecherche zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und Sozialkapital, basierend auf folgenden Fragestellungen:

- Bedeutung des sozialen Zusammenhalts für die Gesundheit
- Zusammenhang zwischen der sozialen Situation und der Gesundheit
- Einfluss von Kindergärten auf die Gesundheit
- Gesundheitliche Belastungen von Kindergartenpädagoginnen

Die Suchstrategie umfasste die Suche unter den Begriffen

- Social determinants of health
- Social connectedness
- Health inequalities
- Enhance social network
- Children day care centres and health
- Health Impact Assessment
- Kindertagesstätten und Gesundheit
- Sozialkapital
- Sozialkapital und Gesundheit

in den Datenbanken DIMDI, SOWIPORT, PUBMED, MEDLINE, COCHRANE DATABASE, GOOGLE SCHOLAR sowie HIA assoziierten Websites wie HIA CONNECT, HIA COMMUNITY Wiki, WHO.

Teil 2 ist eine reine Literaturarbeit zum Thema HIA.

Teil 3 beruht auf Unterlagen, die von der Stadt Dornbirn zur Verfügung gestellt wurden bzw. aus persönlichen Gesprächen mit den Verantwortlichen der Familienabteilung. Zu Kindergärten generell erfolgte wiederum eine Literaturrecherche bzw. wurde auf im Internet veröffentlichte Gesetzestexte zum Vorarlberger Kindergartenwesen zugegriffen.

Teil 4 wurde unter Anwendung von Materialien, die sich als Practical Guide der University of New South Wales bzw. in den Unterlagen als Anhang finden, systematisch erarbeitet. Die statistischen Daten stammen von der Landesstelle für Statistik der Vorarlberger Landesregierung.

Teil 5 wurde als eigenständiger Bericht in formaler Anlehnung an das reale *Health Impact Assessment on the draft Hastings District Council Graffiti Vandalism Strategy* von Ana Apatu and Maree Rohleder des Hawke's Bay District Health Board, October 2008, New Zealand erstellt. Dabei wurden auch Aussagen aus Interviews verwendet, die mit einer involvierten Kindergartenleiterin, einer türkischen Mutter, der zuständigen Stadträtin von Dornbirn sowie dem Leiter des Fachbereiches Jugend und Familie des Landes Vorarlberg geführt wurden.

Eine spezielle Literatursuche für diesen Teil erfolgte unter dem Gesichtspunkt, ob es Beweise gibt, dass durch a) Modifikation des Angebotes der Familientreffpunkte Veränderungen möglich sind, b) Berücksichtigung der Zugangswege zum Angebot für bestimmte Gruppen zusätzliche Effekte möglich sind, c) Beachtung der Kosten- und Ressourcenseite Auswirkungen beeinflusst werden können und d) eine intensive Begleitung des Vorhabens und zusätzlicher Schaffung von Bildungsangeboten weitere Effekte erzielt werden können.

Teil 1: Determinanten von Gesundheit

1 Gesundheit: Dichotomie eines Zustandes

Gesund zu sein bzw. sich gesund zu fühlen bedeutet für jeden vermutlich etwas ganz individuelles und ist eng mit der persönlichen Lebenssituation verbunden. Ein junger Afrikaner, der versucht sein Überleben durch Arbeit in einer illegalen Goldmine zu sichern, wird darüber anders denken als ein New Yorker Investmentbanker gleichen Alters, obwohl letzterer angesichts des jüngsten Zusammenbruchs der Kapitalmärkte nicht mehr ganz so weit von den Problemen des Überlebens unter widrigen Umständen entfernt ist. Wieso aber rauchen 45 % der Männer mit Haupt- oder Volksschulabschluss während dies nur 25 % der männlichen Abiturienten tun? Oder wieso sind Kinder von Angehörigen der sozialen Unterschicht viel häufiger übergewichtig bzw. adipös? ⁽³⁾ S.33 Es ist eine Tatsache, dass sowohl die Erkrankungen als auch ihre Ursachen in den sozial benachteiligten Gruppen der Bevölkerung sehr viel häufiger auftreten als in den Mittel- und Oberschichten. Mit dem höheren Bildungsstandard dieser Schichten ist gesamthaft gesehen aber auch eine verlängerte Lebenserwartung verbunden. ^(4, 5) Wenn Bildung und Gesundheit in Beziehung stehen, so folgt daraus, dass Gesundheit auch etwas mit früher Bildungserfahrung zu tun haben muss. Aufgrund unserer Gewohnheit, in traditionell biomedizinischen und damit „pathogenen“ Mustern zu denken, ist es einfacher, Krankheit zu definieren und vielleicht auch einfacher zu beschreiben wie sie entsteht – jeder hat da Erfahrungen und Wissen. *Aber was ist nun eigentlich die Gesundheit, dieses geheimnisvolle Etwas, das wir alle kennen, weil es so wunderbar ist, gesund zu sein?* ⁽⁶⁾

Annette Franck schreibt in ihrer Dissertation über den Gesundheitsbegriff des Jedermann *dass Gesundheit erst dann ins Bewusstsein rückt, wenn sie fehlt* ⁽⁷⁾ – damit ist man sich aber auch der „Auslöser“ weniger bewusst. Während wir *gesund sind, haben wir eine Krankheit.*

Auch wenn es sehr interessant wäre, dieser umgangssprachlichen Begrifflichkeit von Gesundheit und Krankheit weiter nachzuspüren, würde dies den Rahmen der Darstellung sprengen. Wichtig für das Verständnis ist aber, sich „offizielle“ Definitionen zu dieser Frage anzuschauen.

2 Gesundheitsbegriff

Leben und Überleben war in der Geschichte der Menschheit über viele Jahrtausende vor allem an körperliche Leistungsfähigkeit gebunden. Nur wer sich körperlich verteidigen, den Umwelteinflüssen trotzen und hart arbeiten konnte, durfte mit einer besseren Lebenserwartung rechnen. Besonders an der Kindersterblichkeit zeigt sich der dramatische Zusammenhang mit Lebensumständen. Während um 1900 in Österreich pro 1000 lebend geborener Kinder 275 starben, sind dies 100 Jahre später gerade noch fünf. ⁽⁸⁾ Im 5.Jh.v.Chr. war es Hippokrates, der den Zustand der Gesundheit auch aus den Lebensbedingungen heraus erklärte: *„Umgang mit Licht, Luft und Umwelt, der rechtmäßige Gebrauch von Speise, Trank und Bewegung, die Anfüllung und Ausleerung sowie die Gemütsbewegungen.“* ⁽⁹⁾

2.1. Gesundheit als soziale Dimension

Die WHO-Definition von 1946(!) lautet: *„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“.* ⁽¹⁰⁾ Damit wird Gesundheit als mehrdimensionales Phänomen verstanden und reicht über den *Zustand der Abwesenheit von Krankheit* hinaus. Die Neuerung dieses Begriffes bestand in der Ausweitung auf die **soziale Dimension**. Kritisch kann angemerkt werden, dass zwar ein idealer Sollzustand beschrieben wird, dessen Erreichbarkeit aber unklar bleibt. Definitionsgemäß wären damit auch jene Menschen krank oder zumindest nicht gesund, die im Rahmen normaler Alterserscheinungen in ihrer Leistungsfähigkeit und im Wohlbefinden eingeschränkt sind. Dies entzieht sich wiederum eindeutiger Objektivierbarkeit und unterliegt mehr subjektiver Bewertung. Nach Sigmund Freud ist *„Gesundheit... die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können“* ⁽¹¹⁾ und dies geschieht in den unmittelbaren Lebensbereichen der Menschen. Gesundheit wird dabei in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der sozialen und physischen Lebenswelt geprägt, erneuert und verändert. Gesundheit ist somit eher ein **dynamischer** als ein statischer, pathogener Begriff. Am überzeugendsten erscheint eine Vorstellung von Gesundheit als Kompetenz oder Befähigung zu einer aktiven Lebensbewältigung, eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird (Badura und Hehlmann, 2003)

Im Hinblick auf die Frage nach dem auf Gesundheit zielenden Handeln auf individueller und gesellschaftlicher Ebene lässt sich ein pathogenetischer (Krankheit vermeiden) von einem salutogenetischen Ansatz (Gesundheit erhalten) differenzieren. Bezogen auf das Gesundheitssystem bedeutet dies, ob der Schwerpunkt der Investitionen weiterhin auf Krankheitsvermeidung bzw. -behandlung oder einer umfassenden Prävention liegen soll. Gesundheitserziehung würde bei dieser Betrachtungsweise entweder die Vermeidung bzw. Abwehr von Gesundheitsrisiken oder die Stärkung der Gesundheit in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht bedeuten. Nach Giest ist mit der letzteren Auffassung ein aktiver Gesundheitsbegriff verbunden, der insbesondere im Hinblick auf die vorherrschende passive Gesundheitshaltung von Kindern im Rahmen von Gesundheitserziehung Berücksichtigung finden sollte. ⁽¹²⁾ Im Zusammenhang mit dem hier behandelten Thema stellt sich die grundsätzliche Frage nach zusätzlichem Gesundheitspotential im Rahmen des Konzeptes Kindergärten als Familientreffpunkte, wie Gesundheitserziehung im Kindergarten gestaltet werden kann, um einen Nutzen im gesundheitlichen Sinn für die Akteure, besonders die Kinder, zu erzeugen.

Exkurs I: **Salutogenese**

Anstoß zur Entwicklung eines neuen, interdisziplinären Gesundheitsbegriffes hat der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) mit seinem Konzept der **Salutogenese** gegeben. In seiner Betrachtungsweise des Lebens als Fluss, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, stellte er die Frage, was den Menschen darin zum guten Schwimmer macht. Die Hauptthese von *Antonovsky* ist, dass das so genannte Kohärenzgefühl als Kern der Frage „Wie entsteht Gesundheit?“ gesehen werden muss. *„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“* ⁽¹³⁾ S.36

2.2. Gesundheit und soziale Gemeinschaften

Welche Rolle soziale Gemeinschaft und gelingende Beziehungen für das Wohlbefinden als Teilaspekt der Gesundheit spielen, lässt sich nach Joachim Bauer schon daran erkennen, dass es spezielle körpereigene Motivationssysteme gibt, die aus neuerer neurobiologischer Sicht in erster Linie auf soziale Resonanz und Kooperation ansprechen. Das Ziel der Motivationssysteme im Sinne eines „social brain“ ist die gelingende Beziehung mit anderen Individuen in allen Formen des sozialen Zusammenwirkens. ⁽¹⁴⁾S.33-34 Die Erfahrung, als Eltern mit seinen Problemen und Wünschen wahrgenommen zu werden, Hilfe und Anregungen zu erhalten, Dinge mitgestalten zu können, dürfte in diesem Sinne zu einer Stimulation und zum „Hochfahren“ der Motivationssysteme führen, was sich nachhaltig auf Lebensmotivation und damit Gesundheit allgemein auswirken kann.

Exkurs II: Neurobiologische Motivationssysteme

Verantwortlich für diese neurobiologische Reaktion sind bestimmte Strukturen im Gehirn, die untereinander verschaltet und durch verschiedene Botenstoffe verbunden sind. Neben Dopamin spielen körpereigene opiatähnliche Wirkstoffe (sog. Endorphine) und Oxytocin eine wichtige Rolle. Ihre Ausschüttung bzw. „Abschaltung“ konnte in verschiedenen Studien in Zusammenhang mit Zuwendung im Rahmen sozialer Interaktionen bzw. dem Vorenthalten solcher nachgewiesen werden. Besonders bei Kindern lässt sich diese Abhängigkeit der Motivation von für sie bedeutsamen Bezugspersonen gut beobachten. Bauer geht in seinem Buch noch auf einen weiteren, im Zusammenhang mit Gesundheit interessanten Aspekt ein. So beeinflusst Dopamin auch die muskuläre Bewegungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft und man kann über mögliche gegenseitige Wechselwirkungen dieser Systeme spekulieren: körperliche Aktivität führt zu gesteigertem Wohlbefinden und ist ein wesentlicher Aspekt gesundheitsfördernder WHO-Konzepte. Welcher Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und den körpereigenen Motivationssystemen besteht, ist ein weiterer hochinteressanter Gesichtspunkt, dem ebenfalls bei Bauer nachgegangen werden kann.

2.3 Gesundheit und traditionelle Versorgungssysteme

Analysen haben gezeigt, dass die traditionellen Gesundheitssysteme mit ihrem Schwerpunkt der kurativen Medizin nur eine relativ kleine Rolle in der Beeinflussung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene spielen. Die Bedeutung von sozioökonomischen, kulturellen Umständen, Wohnungs- und Arbeitssituation, sozialen und kommunalen Einflüssen und Gerechtigkeit in der Einkommensverteilung als Einflussgrößen der Gesundheit ist in etlichen Untersuchungen betont worden.⁽¹⁵⁾ Wie sich der Zusammenhang mit diesen Determinanten erklären lässt, versuchen zahlreiche Modelle auf den Grund zu gehen. *„It is striking, however, that the concepts ‚disease‘, ‚illness‘ and ‚health‘ attract very little interest from clinicians or from medical scientists, and are mainly discussed by philoposphers, scoial scientists and public health officials.“*⁽¹⁶⁾ Auch wenn das „traditionelle“ Medizinsystem erst langsam Zugang zu einer gesundheitsorientierten Sichtweise findet, schreibt Wilkinson mahndend, dass der geringe Einfluss medizinischer Versorgung auf die Volksgesundheit kein Grund ist, diese als unwirksam abzutun. *„Eine Sanitätstruppe bei der Armee kann unschätzbare Arbeit bei Verwundungen am Schlachtfeld leisten und wird dennoch nie eine bestimmende Determinante für die Zahl der Opfer in einer Schlacht sein. Bei der Gesundheit der Zivilbevölkerung sind die sozialen und wirtschaftlichen Umstände, unter denen wir leben, das ‚Schlachtfeld‘.“*⁽¹⁷⁾

Exkurs III: **Stresstheorie**

Dr. Harry Burns, Chief Medical Officer of Health for Scotland, ging in seiner Rede anlässlich eines Meetings im Oktober 2008 in St.Julian's, Malta, auf die molekularen Aspekte dieser beobachtbaren Zusammenhänge zwischen (schlechten) sozialen Lebensumständen und (vermehrten) Todesursachen ein. Die höheren Stresshormonlevel, die sich bei sozio-ökonomisch schlechten Lebensbedingungen, auch schon bei Kindern, nachweisen lassen, resultieren in einer Fettmobilisation, die wiederum zu erhöhten Entzündungsantworten des Körpers führen. Je schlechter die Lebensbedingungen der Person waren, umso höher war der Wert für das C-reaktive Protein (CRP), einem Entzündungsmarker. Dieser erhöhte sich noch weiter, wenn die Person rauchte und adipös war. In dieser Untersuchung an 5000 Männern aus West-Schottland zeigte sich, dass adipöse Raucher aus schlechten Wohngebieten 8fach höhere CRP-Werte als schlanke, gut situierte Nichtraucher hatten. Das Risiko für Männer mit hohen Werten einen Herzinfarkt zu erleiden war 3fach erhöht, ebenso die Chance, einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln.

Auch in der Bindungstheorie finden sich ähnliche Zusammenhänge. Kinder aus chaotischen Familien zeigen abweichende neuronale Entwicklungsmuster, die zu vermehrter Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Teenagerschwangerschaften, Drogenproblemen und metabolischen Veränderungen und damit letztlich zu schlechter physischer und psychischer Gesundheit führen.⁽¹⁸⁾

2.4 Messgrößen für Gesundheit

Wenn im vorangegangenen Kapitel festgestellt wurde, dass Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum darstellen, wobei sich Individuen oder Gruppen zwischen den jeweiligen Polen bewegen, lässt sich die Frage nach der **Messbarkeit** des Phänomens Gesundheit stellen. In Anbetracht des komplexen, nicht direkt oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand messbaren Sachverhaltes werden dazu allgemein Kenngrößen definiert, die als Indikatoren oder Gesundheitsindizes Anwendung finden. Sie weisen dabei eine enge Abhängigkeit zu den wechselnden Modellvorstellungen und daraus resultierenden Gesundheitskonzepten auf. Schwartz et al unterteilen diese Indikatoren je nach Verwendungszweck in solche, die den gesundheitlichen Status des Individuums bzw. einer Gruppe beschreiben, z.B. Mortalität, Morbidität, Invalidität. Andere nehmen Bezug auf den sozialen Status einer Gemeinschaft, z.B. als Zahl der unter Risiko („at risk“) stehenden Personen, Zahl der Erkrankten, Zahl der Neuerkrankungen (Prävalenz bzw. Inzidenz). Die dritte Gruppe dieser Indikatoren sollen Richtung, Arbeitsweise und Wirksamkeit der Gesundheitsdienste beschreiben, z.B. Zahl behandelter Krankheitsepisoden, Arzt-Patientenkontakte, Krankenhausaufenthalte etc. ^{(19) S.27} Auf der Ebene des Individuums oder von Gruppen werden als klassische Messgrößen für den Gesundheitsstatus **Mortalitäts-(Sterbe-) bzw. Morbiditäts-(Krankheits-)raten** genommen. Implizite Probleme dieser Messgrößen sind das zugrunde liegende Konzept „negativer Gesundheit“, die starke Reduzierung auf Ja- / Nein-Entscheidungen über das Vorliegen einer Erkrankung und die Abhängigkeit vom professionellen Arzt-System.

Aus dem Gesagten wird klar, dass für eine Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen des Projektes der Umwandlung von Kindergärten in Familientreffpunkte auf diese Art der Messgrößen nicht zurückgegriffen werden kann. Geeigneter wären sog. **subjektive Gesundheitsindikatoren**, die Gesundheitskonzepte und Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes erfassen, wie z.B. das EGFP-Item*. Da

diese Einschätzungen weder vor Beginn des Projektes erhoben wurden, noch daran gedacht ist, solche im Anschluss durchzuführen, kann in den zu ermittelnden Effekten und Auswirkungen dieses Projektes unter diesem Aspekt nicht auf „solides“ Datenmaterial zurückgegriffen werden.

(*EGFP steht für „excellent, good, fair, poor“ als mögliche Antwort auf die Frage nach der globalen Gesundheit) ⁽³⁾ S.21

2.5 Kinderarmut und Gesundheit

Es ist eine beunruhigende Tatsache, dass Kinder in zunehmendem Ausmaß in besonderer Weise durch soziale Benachteiligung und Armut in gesundheitliche Problemlagen kommen. Rosenbrock et al stellen in ihrem Papier zur Prävention und Gesundheitsförderung fest, dass „...die Folgen, die Armut für die Bildungs- und Gesundheitschancen dieser Kinder, aber auch für ihre soziale Chancen auf ein erfülltes Leben in dieser Gesellschaft hat, zu wenig betrachtet...“ werden. ⁽²⁰⁾ S.16

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen 17 von 24 OECD-Staaten stieg die Armutsrate und Sozialhilfequote in Bezug auf die Bevölkerungsgruppen in den letzten Jahren überdurchschnittlich an, so dass der Begriff der „**Infantilisierung der Armut**“ ⁽²¹⁾ gerechtfertigt scheint. „Arm“ bezieht sich dabei nicht nur auf materielle Dinge, sondern beinhaltet auch Mangel an unterstützenden Netzwerken für soziale Integration, Vorenthalten von für die Entwicklung von Sozialkompetenz wichtigen Sozialbeziehungen, fehlende Bildungsmöglichkeit für intellektuelle und kulturelle Entwicklung und Erleben von Vernachlässigung und Gewalt. ⁽²²⁾ In diesem Zusammenhang besonders interessant ist die allgemeine *Unterrepräsentanz bildungsferner Milieus* im vorschulischen Bereich ⁽²³⁾, die sich fortsetzt auf Inanspruchnahme Eltern- / Familien bezogener sozialer Dienste, Früherkennungsuntersuchungen bei Kinder- und Jugendärzten, Leistungen wie Schuldnerberatung sowie Nutzung von Jugendamts-, Erziehungs- und Eheberatungs- und Familienbildungsangeboten. ⁽²⁰⁾ S.18 Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich große Chancen von Kindergärten als Familientreffpunkte unter der Annahme ausmachen, dass es damit gelingen könnte, gerade die Bevölkerungsgruppe anzusprechen, die aufgrund ihrer sozialen Situation den Zugang zu Beratungsangeboten schwer findet. Der Kindergarten stellt einen **neutralen Begegnungsraum** dar, der primär nicht kategorisierend oder stigmatisierend ist. Hinweise des generellen Nutzens einer Kindertagesbetreuung, zumindest für benachteiligte Gruppen in den USA, gibt ein

systematischer Review der Cochrane Database. Ausgehend von einem randomisierten bzw. quasi-randomisierten Evaluationsdesign ließen sich acht Studien finden, die alle einen Nutzen für die Kinder in Bezug auf Entwicklung, Schulerfolg und Erwachsenenleben nachwiesen. *„Long-term follow up demonstrates increased employment, lower teenage pregnancy rates, higher socio-economic status and decreased criminal behaviour. There are positive effects on mother's education, employment and interaction with children.“* ⁽²⁴⁾ Warum der Besuch eines Kindergartens bei der erkennbaren herausragenden Bedeutung, gerade von benachteiligten Kindern für ihre weitere Entwicklung, im Gegensatz zum Schulbesuch derzeit noch kostenpflichtig ist, wäre einen Exkurs in die Sozialpolitik wert, würde aber an dieser Stelle zu weit führen.

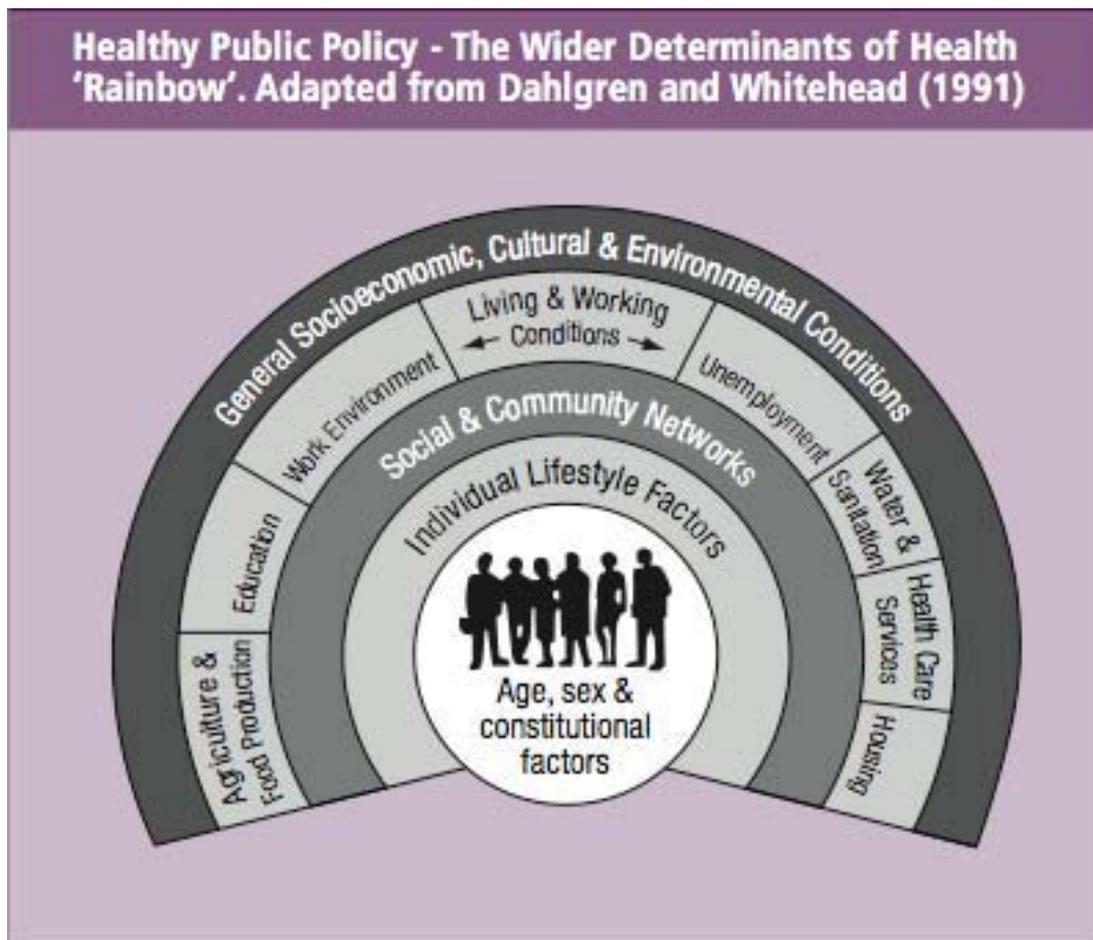
3 Soziale Determinanten der Gesundheit

Was bildet den Hintergrund für die Annahme, dass Projekte im sozialen Umfeld überhaupt einen Einfluss auf Gesundheit haben?

In diesem Kapitel soll die Frage beantwortet werden, wodurch Gesundheit auf gesellschaftlicher Ebene beeinflusst wird und wie das geschieht. Wie dem auf gesetzlicher Ebene begegnet werden kann, ist ebenfalls Gegenstand der Betrachtung. Die Ursachen für ungleiche Verteilung von Gesundheit innerhalb von Gesellschaften werden beleuchtet. Dabei werden Kindergärten auch systemtheoretisch bzw. als „Organisation“ betrachtet.

Ausgehend von einem breiteren, holistischen Gesundheitsverständnis spielen zahlreiche, z.T. stark interagierende Faktoren eine wesentliche Rolle für Gesundheit und deren ungleiche Verteilung: Einkommen und Armut, Wohnungsumfeld, Arbeitsmöglichkeiten, Umwelt, Verkehr, Bildung, Zugang zu öffentlichen Diensten. Dargestellt wird dieser Zusammenhang im sog. Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991).

Abbildung 1: Determinantenmodell Dahlgren und Whitehead ⁽²⁵⁾



(Quelle: Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007. 6.)

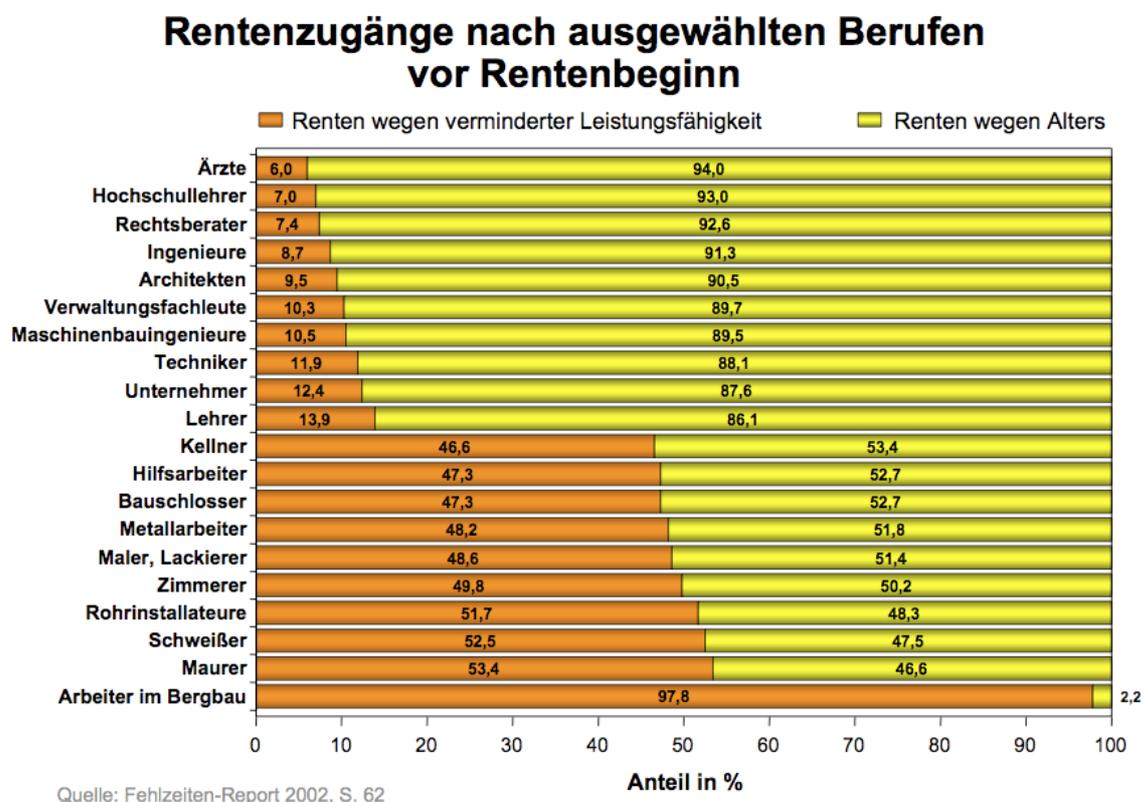
Erkennbar wird daran noch einmal, wie Gesundheit durch Sektoren beeinflusst wird, die nach engem Verständnis nicht dem Gesundheitssektor zugerechnet werden: Wirtschaft, Wohnbau, Verkehr, Bildung, Kultur, kommunales Umfeld und Behörde etc.

Jeder dieser Bereiche beeinflusst Gesundheit auf der Ebene der Bevölkerung, entweder direkt, z.B. durch Abgase oder Lärm, oder indirekt durch Auswirkungen auf den lokalen Arbeitsmarkt, Zugang zu Nahversorgungseinrichtungen oder Veränderung von öffentlichen Räumen. Jedes Projekt oder Programm, jede geplante politische Maßnahme ist daher von einer Auswirkung in gesundheitlicher Sicht begleitet.

3.1 Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit

Die Commission on Social Determinants of Health der WHO macht in ihrem Abschlußbericht 2008 ⁽²⁶⁾ klare Aussagen. Gesundheit und **sozioökonomischer Status** sind eng miteinander verbunden, für diesen Zusammenhang gibt es mittlerweile genügend Evidenz – je niedriger dieser Status ist, desto schlechter ist die Gesundheit. ^(5, 15, 27) Erkennbar wird dies z.B. daran, welche Angehörige aus welchen Berufsgruppen vorzeitig wegen verminderter Leistungsfähigkeit in Berentung gehen.

Abbildung 2: Rentenzugänge in Abhängigkeit zum Beruf



© Prof. Dr. Bernhard Badura • Universität Bielefeld • Fakultät für Gesundheitswissenschaften

(Quelle: Fehlzeiten-Report, 2002. 62: Vortrag v. Bernhard Badura im Rahmen des Universitätslehrganges Public Health 2008-2010, Medizinische Universität Graz)

Die Autoren des WHO-Berichtes halten schon in der Einleitung fest: „*Social justice is a matter of life and death. It affects the way people live, their consequent chance of illness, and their risk of premature death.*“ und weiter „*..social injustice is killing people on a grand scale.*“ Geht man von einer gewohnten, traditionellen Sichtweise von Gesundheit aus, so ist klar, dass es gewisse Faktoren gibt, die mit einer größeren Erkrankungswahrscheinlichkeit einhergehen. So gibt es genetisch bedingte

Erkrankungen, die sich auf die Nachkommen weitervererben und je nach Kombination der veränderten mütterlichen oder väterlichen Gene bzw. deren Art zur Erkrankung, Überträgerstatus oder auch nicht betroffenem Kind führen. ⁽²⁸⁾ Neben diesen Erbfaktoren spielt das Geschlecht und das Alter eine Rolle in der Entstehung von Krankheiten und auch der individuelle Lebensstil erscheint einleuchtend. Jemand, der viel raucht, sich nicht bewegt und noch übermäßig isst, wird die gesundheitlichen Konsequenzen rascher zu spüren bekommen, als jemand, der bewusst auf eine gesunde Lebensführung achtet. Die Tatsache der ungerechten Verteilung von Gesundheit bzw. der Chance, gesunde Lebensweisen zu verwirklichen, lässt sich unschwer im Vergleich armer und reicher Länder nachvollziehen – der Großteil z.B. der armen Bevölkerung in Ländern Afrikas hat allein aufgrund der Lebensumstände eine schlechtere Gesundheit, was sich in der geringeren Lebenserwartung niederschlägt.

Tabelle 1: Länder mit der niedrigsten und höchsten Lebenserwartung

Die Länder mit der

der niedrigsten Lebenserwartung (in Jahren) *			der höchsten Lebenserwartung (in Jahren) *		
1	Mosambik	34	10	Israel	79
2	Lesotho	37	9	Costa Rica	79
3	Botswana	37	8	Singapur	79
4	Malawi	39	7	Frankreich	79
5	Ruanda	40	6	Australien	80
6	Angola	40	5	Island	80
7	Sambia	41	4	Schweden	80
8	Simbabwe	41	3	Schweiz	80
9	Äthiopien	42	2	Italien	80
10	Elfenbeinküste	43	1	Japan	81

* Durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen nach den heutigen Sterberaten/ Quelle: DSW-Datenreport "Weltbevölkerung 2003", Hannover 2003

© Prof. Dr. Bernhard Badura • Universität Bielefeld • Fakultät für Gesundheitswissenschaften

(Quelle: Vortrag v. Bernhard Badura im Rahmen des Universitätslehrganges Public Health 2008-2010, Medizinische Universität Graz)

Aber nicht nur zwischen Ländern, auch innerhalb eines Landes gibt es innerhalb dessen Bevölkerung ähnliche Beobachtungen. Dabei handelt es sich nicht um ein natürliches Phänomen, die Gründe dafür liegen vielmehr in einer **ungleichen Verteilung** von Macht, Einkommen, Gütern und Dienstleistungen und den damit

verbundenen Lebensumständen. Der Zugang zu den Gesundheitsdiensten, Schulen und Ausbildungsmöglichkeiten spielt ebenso eine Rolle wie Arbeitsbedingungen, Erholungsmöglichkeiten, Wohnungssituation und Lebensumfeld in der sozialen Gemeinschaft innerhalb des Dorfes oder der Stadt bzw. des Bezirkes. Nach Dür zählt die soziale Lage zu den bedeutendsten Einflussgrößen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen (Spencer 2000, Taylor et al 2000, Richter & Hurrelmann 2006) ⁽³⁾ S.31

Gerade das frühzeitig differenzierende Schulsystem in Österreich „...vererbt den sozialen Status und verschleiert die soziale Auslese über den Glauben an Aufstieg durch Bildung. [...] Nicht die Beachtung und Förderung der vielfältigen Stärken, Begabungen, Interessen der Lernenden sind in unserem Schul- und Bildungssystem zentral, sondern ihre Schwächen, Unkenntnisse, Unfähigkeiten, Behinderungen sind für die Bewertung bestimmend und für Gruppierung und Auslese maßgeblich. Die Lehr- und Lern- Inhalte sind auf diese Selektions-Funktion dem 'Mängelwesen Mensch' entsprechend abgestimmt.“ ⁽²⁹⁾

Gesundheitsabträgliche Belastungen resultieren aus einer „toxischen Mischung“ ungenügender sozialpolitischer Gesetzgebung und -programmen, unfairen wirtschaftlichen Gegebenheiten und schlechter (Bildungs-)Politik. Diese strukturellen Bedingungen in Kombination mit den daraus resultierenden alltäglichen Lebensbedingungen sind hauptverantwortlich für die ungleiche Gesundheitsverteilung intra- und international.

Exkurs IV: **Whitehall Studien**

Die Whitehall- Studien I und II haben eine besondere Bedeutung in der Darstellung von Mortalität und Morbidität im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Ab 1967 (Whitehall I) und 1985 (Whitehall II) wurde und wird je eine große Kohorte (I n=18133 Männer, II n=6900 Männer, 3414 Frauen) britischer Staatsbeamter in Bezug auf ihre Morbidität und Mortalität und dem Zusammenhang mit ihrem beruflichen Status untersucht. In der Whitehall I Studie wurden vier Statusgruppen gebildet, in der sich nach 25 Beobachtungsjahren im Vergleich der untersten zur obersten Gruppe im Alter von 40 bis 64 Jahren eine 3,12-mal höhere Mortalität ergab. Ab 65 Jahren war sie nur noch 1,84-mal höher. (Marmot 1996) In der untersten Gruppe fanden sich allerdings statusabhängig hohe Zusammenhänge mit risikobereiterem Gesundheitsverhalten wie Tabakkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel. (Marmot 1991) Bei der Whitehall II Studie erfolgte die Einteilung in sieben Statusgruppen, bislang ohne Mortalitätsauswertung. Im Hinblick auf Morbidität zeigte sich eine geringfügige Zunahme der Differenz zwischen höchster und niedrigster

Berufsklasse, insbesondere bei der Prävalenz von Herz- Kreislaufkrankungen. Interessant ist, dass in den drei höchsten Berufsklassen bei den meisten Morbiditätsmerkmalen keine Unterschiede bestanden. So war beispielsweise der prozentuale Anteil an chronischen Erkrankungen in den Klassen 1 – 3 mit 29,9 %, 30,4 % und 30,1 % nahezu gleich, ebenso wie das Vorhandensein von mit Medikamenten behandeltem Bluthochdruck mit 2,1 % in allen drei Klassen (jeweils bei Männern). Vor der Whitehall Studie ging man davon aus, dass ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit nur bei einem Einkommen unterhalb des Existenzminimums bestünde, darüber nur gering ausgeprägt sei. Dies konnte durch die Whitehall Studie widerlegt werden und führte zu einer starken Zunahme der Forschungsarbeiten über dieses Thema. (Adler, Ostrove 1999) ⁽³⁰⁾

3.2 Beeinflussung von Gesundheit: Ottawa Charta

Aus dem Gesagten wird klar, dass diesen Aussagen ein grundsätzlich **anderer Gesundheitsbegriff** zugrunde liegt, der Gesundheit nicht mehr eindimensional als Abwesenheit von Krankheit sieht. Schon sehr lange sieht die WHO sehr idealistisch Gesundheit als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“*. ⁽¹⁰⁾

Die aus dieser Sicht bestehenden Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheit durch Gesundheitsförderung, wie sie heute verstanden wird, hat ihren Ursprung in der sog. **Ottawa Charta** von 1986, in der die Bedeutung der grundlegenden Lebensbedingungen und Ressourcen als Voraussetzungen für Gesundheit, Frieden, Behausung, Erziehung, Nahrung und Einkommen betont wird.

Fünf sich wechselseitig beeinflussende Aktionsebenen werden als Strategie der Gesundheitsförderung genannt:

- Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

Anhand dieser Punkte wird deutlich, dass Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in vielen Bereichen des sozialen Lebens angesiedelt sind und in viele Sektoren hineinreichen.

Relevante Verbesserungen in der Gesundheit der Bevölkerung lassen sich damit eher durch Interventionen in nicht-klassischen Gesundheitsbereichen erzielen, als in solchen, mit denen das bestehende Gesundheitswesen üblicherweise befasst ist. Die

Erkenntnis, dass nahezu jedes Feld menschlicher Aktivität Gesundheit in irgendeiner Weise betrifft, lässt den Schluss zu, dass die meisten öffentlichen oder politischen Entscheidungen das Potential zur positiven oder negativen Gesundheitsbeeinflussung haben. Diese Erkenntnis würde auf der strategischen Ebene die Umorientierung von einer öffentlichen Gesundheitspolitik (public health policy) zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (healthy public policy) erfordern mit der Folge, dass politische Entscheidungen ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken und Gesundheit als Kriterium in die unterschiedlichen politischen Sektoren eingeführt wird. Eine der Hauptempfehlungen der WHO-Kommission zur Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensumstände lautet *improve daily living conditions* ⁽²⁶⁾ und betont die Bedeutung einer **gedeihlichen frühkindlichen Entwicklung** in sozialer/emotionaler und sprachlich/kognitiver Hinsicht. Hier kommt den Kindergärten als Betreuungseinrichtungen von Kleinkindern eine besondere Bedeutung zu. Bei Eltern mit fremdsprachlich - migrantischem Hintergrund kann es zu sprachlicher Deprivation des bzw. der Kinder kommen, die zu einer sekundären Sprachentwicklungsstörung führt. ⁽³¹⁾ 20 % der 15-Jährigen sind nach acht Jahren Schule funktionelle Analphabeten, die nicht Sinn erfassend lesen können. ⁽³⁾ S.19 Dies hat entscheidende Auswirkungen auf spätere Chancen im Leben im Hinblick auf Entwicklung von Fertigkeiten, Ausbildung und Beruf und damit auf Gesundheit. Der Anteil an Kindern mit nicht-deutscher Muttersprache in den sonderpädagogischen Zentren Vorarlbergs betrug 2007 34 %. ⁽³²⁾ In Anbetracht der hohen Abhängigkeit des Bildungserwerbs von sprachlichen Fähigkeiten kann man die Frage stellen, ob diese Kinder zu Recht in diesem System ausgegliedert oder die Leidtragenden einer verfehlten Bildungspolitik sind.

Die Ottawa-Charta betrachtet „healthy public policy“ als einen Kernansatz für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. ⁽³³⁾ Health Impact Assessment (HIA) stellt als Methode einen möglichen Rahmen zur Verfügung, in dem die positiven oder abträglichen gesundheitlichen Auswirkungen politisch-öffentlicher Entscheidungen abgeschätzt werden können.

3.3 Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz – GPG

Einen aktuellen Bezug zur Gesundheitspolitik in Österreich im Sinne der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik erhält die Arbeit durch den informellen Einblick in einen Bundesgesetzentwurf zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention (GPG), der die Unterstützung von Maßnahmen und Initiativen der Träger von Gesundheitsförderung und Prävention durch den Einsatz struktureller und finanzieller Mittel regeln soll. In diesem wird unter **Folgenabschätzung und -bewertung normsetzender Maßnahmen** festgehalten: *Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat jeden Entwurf eines Bundesgesetzes, einer Verordnung sowie einer Maßnahme grundsätzlicher Art, von dem wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheit zu erwarten sind, gemeinsam mit dem/der jeweils zuständigen Bundesminister/in einem den internationalen wissenschaftlichen Standards entsprechenden Health Impact Assessment (HIA) zu unterziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend unterstützt nach Maßgabe der vorhandenen Mittel solche Prüfungsverfahren bezüglich der von Ländern und anderen normsetzenden Körperschaften geplanten Maßnahmen. Nähere Bestimmungen hierzu können durch Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend festgelegt werden.*

Mit diesem Gesetz käme Österreich zumindest theoretisch der Strategie der EU und WHO nach, HIA zur Gesundheitsförderung auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene zu implementieren. In den Erläuterungen zum Gesetzentwurf wird angeführt: *Zur nachhaltigen Sicherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger bedarf es einer über den Gesundheitssektor hinausgehenden österreichischen Gesamtstrategie, welche alle Politikfelder einbezieht („Health in All Policies“). Die Folgenabschätzung und -bewertung normsetzender Maßnahmen, von denen Auswirkungen auf die Gesundheit zu erwarten sind, im Rahmen eines den internationalen wissenschaftlichen Standards entsprechenden Health Impact Assessment soll die bereits zunehmende Berücksichtigung sozialer Gesundheitsdeterminanten und die Verwendung eines umfassenden Gesundheitsbegriffes unterstützen und folglich dazu beitragen, die Ungleichheit der Verteilung von Gesundheitschancen in der österreichischen Gesellschaft zu minimieren. Somit stellt diese innovative Aufgabe einen wesentlichen, zukunftsorientierten Schritt in Richtung „Health in All Policies“ dar.*

Exkurs V: Die WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Sie ist gewissermaßen das „Gesundheitsministerium“ der Vereinten Nationen. Über diese 1948 gegründete Organisation tauschen Vertreter der Gesundheitsberufe aus über 180 Ländern ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus. Ihr Bestreben zielt darauf ab, allen Menschen der Welt ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen (WHO-EURO, 2002).

Mit den WHO - Gesundheitskonferenzen wurden und werden Antworten auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung gesucht.

Beginnend mit der Deklaration von Alma Ata (UdSSR) 1978, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, beschäftigen sich die in unregelmäßigen Abständen stattfindenden Konferenzen vorrangig mit Erfordernissen in den Industrieländern, darüber hinaus werden Probleme aller anderen Regionen erörtert. Die Alma Ata nachfolgenden Konferenzen beschäftigen sich in immer stärker werdendem Maße mit den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und dem Public Health - Ansatz. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung betont die Bedeutung der Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben, lernen und arbeiten. In diesem Zusammenhang wurde die Verlagerung der Betonung von „medizinischen Problemen der Gesundheit“ hin zu „Menschen mit Gesundheitsproblemen in Settings“ als künftige Praxis der Gesundheitsförderung geprägt (Bari, Conrad, 1999, WHO - Euro, 1986).

Die in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung festgeschriebenen Strategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung erweitern den damals schon bekannten Ansatz der Verhältnisprävention (Franzkowiak, Sabo, 1998, Grossmann, Scala, 1994, WHO - Euro, 1986).⁽³⁴⁾

3.4 Gesundheit und ihr Platz in Organisationen

Grossmann und Scala schreiben sinngemäß, dass zwar alle Institutionen – wie Organisationen der Krankenversorgung, Betriebe, Schulen, Kindergärten – einflussreiche Umwelten für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Klienten schaffen, aber die Ziele und Aufgaben dieser Organisationen primär einer anderen Logik als jener der Gesundheitsförderung folgen. Das heißt, *Organisationen schaffen die Bedingungen für Gesundheit, aber Gesundheit ist meist nicht ihr Geschäft.* ⁽³⁵⁾

Zu Gesundheitsbelastungen des Personals in Kinderbetreuungseinrichtungen gibt es nur wenig Literatur. Slack-Smith et al haben in einer Studie vergleichend qualitative Daten von „care givers“ im eigenen häuslichen Umfeld („Tagesmütter“) und Betreuungseinrichtungen in Westaustralien erhoben. ⁽³⁶⁾ Eine der Hauptursachen für Krankenstand waren demnach infektiöse Erkrankungen, besonders zu Beginn der Betreuungstätigkeit, wenn das Immunsystem mit einer Vielzahl neuer Erreger konfrontiert wurde. Generell wurde beklagt, dass viele Eltern ihre Kinder trotz bestehender Erkrankung in der Einrichtung abgeben. Unter den angestellten Betreuern waren mehr Raucher (22 % vs. 8 %) als bei den häuslichen Betreuern - ein Umstand, der nicht ohne gesundheitliche Relevanz sowohl für die Betreuer als auch die Kinder ist. Die Hauptbedenken hinsichtlich Gesundheit waren in dieser Studie Stress, Infektionserkrankungen und Hebetrauma, wobei diese Belastungen häufiger von den Angestellten angegeben wurden. Inwieweit die Arbeit mit Kindern als Stress empfunden wurde, hing neben der persönlichen Einstellung auch von den Rahmenbedingungen der Einrichtung ab, d.h. wie die Unterstützung durch die Kollegen bzw. die Leitung und der Kontakt zu den Eltern wahrgenommen wurde.

Exkurs Vi: **Organisationstheorie**

Vielen Organisationen, wie z.B. auch Kindergärten, und ihrem „Funktionieren“ liegt eine traditionelle Anschauung zugrunde, die im Sinne der „trivialen Maschine“ von Foerster einen linearen Zusammenhang von Input und Output annimmt. Diese mechanistische Sichtweise von Organisationen ist auch unter dem Begriff des „Taylorismus“ bekannt. Der **Taylorismus** oder das Scientific Management (dt. *wissenschaftliche Betriebsführung* oder *w. Geschäftsführung*) geht zurück auf den US-Amerikaner Frederick Winslow Taylor (1856–1915). Taylor glaubte daran, Management, Arbeit und Unternehmen mit einer rein wissenschaftlichen Herangehensweise (*Scientific Management*) optimieren zu können, damit soziale Probleme lösen und „Wohlstand für Alle“ erreichen zu können. ⁽³⁷⁾ Heute ist klar, dass ein soziales System keine Trivialmaschine ist. Es reagiert auf Interventionen von außen in Abhängigkeit von den internen Mustern und jeweiligen Zuständen des Systems. Zustände ändern sich mit jeder Operation und hängen von der Vergangenheit des Systems ab. Dieses Konzept beinhaltet aber auch, dass eine Organisation von keinem Punkt aus, egal ob außer- oder innerhalb, verändert oder kontrolliert werden kann. Das bedeutet, dass Veränderungen von der Organisation selbst hervorgebracht werden müssen. Damit ist einerseits die Beeinflussungsmöglichkeit durch „Experten“ gering, andererseits eröffnen sich dadurch aber auch Chancen, durch Respektieren der Entwicklungsbedingungen von Menschen und sozialen Systemen Angebote in Augenhöhe mit den Adressaten zu machen.

Für Organisationen, die dazu tendieren, ihre Mitarbeiter zu reglementieren und einzuschränken, bedeutet dies durch schlechtes Arbeitsklima hohe Reibungsverluste zu erzeugen, die vorhandenes Potential von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ungenutzt lässt. Im Extremfall führt das zu einem Zustand „innerer Kündigung“ - Mitarbeiter kündigen ihr „inneres Vertragsverhältnis“ mit dem Unternehmen, ohne dass dies ihr „äußeres Arbeitsverhalten“ erkennbar beeinflusst. *„Dienst nach Vorschrift“ ist keine Arbeitsverweigerung, wohl aber eine Weigerung, die eigenen Leistungspotenziale voll in den Arbeitsalltag einzubringen.* ⁽³⁸⁾ Dieser Aspekt spielt im dargestellten Zusammenhang eine Rolle im Hinblick darauf, wie weit partizipative Ansätze in der Planung auf Ebene der Mitarbeiter, d.h. der Pädagoginnen, beachtet wurden oder nicht.

4 Kindergärten als soziales System

In diesem Kapitel wird der Frage der Evidenz der gesundheitlichen Beeinflussungsmöglichkeit im Bereich von Kindergärten nachgegangen. Der Fokus wird auf das Setting Kindergarten gelegt, der Begriff Setting erläutert. Welche sozialen Determinanten der Gesundheit lassen sich in Bezug auf Kindergärten adressieren und welche Abhängigkeit voneinander zeigen sie?

Im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ in der europäischen Region wird konstatiert *„Kindergärten und ähnliche Kinderbetreuungseinrichtungen eignen sich hervorragend für die Vermittlung grundlegender gesundheitlicher Werte und für die Entwicklung sozialer Kompetenzen; auch andere Werte wie z. B. Chancengleichheit, Solidarität und Menschenwürde sind dort erfahrbar und lehrbar.“* ⁽³⁹⁾ S.43 Dieses „Modell“ einer gesunden physischen und sozialen Umwelt kann Kinder unterstützen, die Fertigkeiten zu entwickeln, die zur sozialen Interaktion erforderlich sind. In vielen Familien ist die Berufstätigkeit beider Eltern existentielle Realität, so dass Kinder schon ab frühen Lebensjahren Lebenszeit in Kinderbetreuungseinrichtungen verbringen. Damit wird der Kindergarten zum sozialen Raum oder „Setting“, der gesundheitsrelevante Beeinflussungen zulässt.

4.1 Der Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz gilt als **Schlüsselstrategie** der Gesundheitsförderung. Setting bezeichnet dabei einen sozialen Raum, in dem Menschen leben, arbeiten, lernen und spielen – dies geschieht in der Wohnumgebung, im Stadtteil, im Betrieb, Kindergarten, in der Schule oder in Freizeiteinrichtungen. Der im Setting lebende Mensch wird dabei nicht isoliert gesehen, sondern immer in Verbindung stehend, wobei Organisationsstruktur und soziales Gefüge seine Gesundheit beeinflussen. Der alltägliche Lebensraum stellt den Ort dar, an dem gesundheitliche Risiken aufgrund der physischen und sozialen Gegebenheiten entstehen, aber auch gleichzeitig gesundheitsfördernde Potentiale existieren. Durch Interventionen sollen Gesundheitsbelastungen sowie Anreize zu gesundheitsbelastendem Verhalten gesenkt und Gesundheitsressourcen gestärkt werden. Die zu fordernde Priorität für Partizipation resultiert aus den Erkenntnissen der Psychologie und Pädagogik, *„...dass Menschen [..insbesondere solche mit geringer formaler Bildung..] im Hinblick auf Wissen wie Verhalten umso erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das*

Lernangebot an ihren Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende praktisch ausprobieren und selbst entwickeln können.“ ⁽²⁰⁾ Interventionen, die so durch unmittelbare Einbeziehung der Betroffenen als Bewohner, Beschäftigte, Lernende, Spielende strukturelle und sozialklimatische Veränderungen bewirken, üben positive Effekte auf die Gesundheitsentwicklung aus. Dies geschieht über Stärkung und Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen: Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Information, Bildung, Handlungswissen, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze und Erholung. Besonders vorteilhaft ist, dass mit diesem Ansatz der Zugang zu benachteiligten Gruppen auf nicht diskriminierende Weise erleichtert wird. Aus dem Gesagten wird deutlich, dass der Kindergarten an sich schon eine Fülle an verschiedenen adressierbaren Gesundheitsdeterminanten bietet, die durch die Umwandlung in Familientreffpunkten besonders auch unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit eine zusätzliche Erweiterung erfahren.

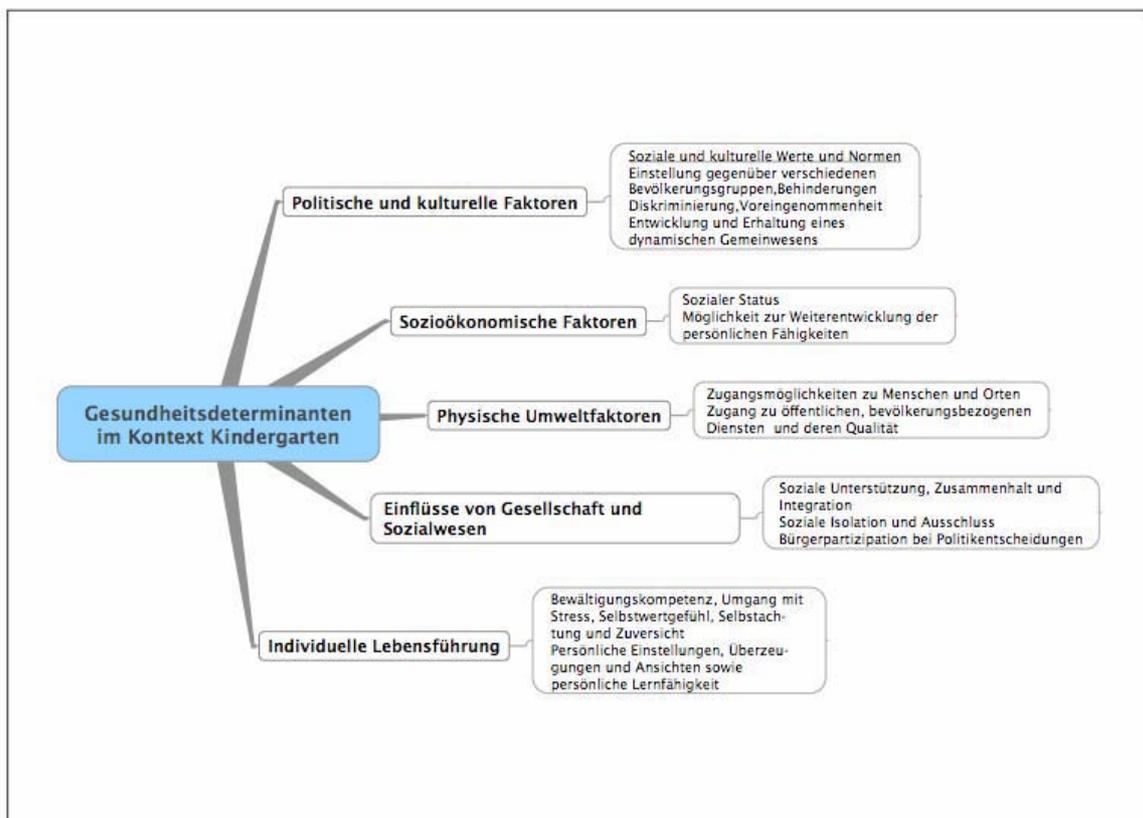
4.2 Gesundheitsdeterminanten im Setting Kindergarten

4.2.1. Allgemeine Determinanten

Die im Konzept „Kindergarten als Familientreffpunkte“ adressierbaren Gesundheitsdeterminanten, die bei der Durchführung eines HIA von Belang sein können, lassen sich grundsätzlich verschiedenen Kategorien zuordnen. Auf der Ebene **politischer und kultureller** Faktoren sind dies soziale und kulturelle Werte und Normen, wie sie in Einstellungen gegenüber verschiedenen Bevölkerungsgruppen, in Haltungen zu Behinderungen, Voreingenommenheit und Diskriminierung zum Ausdruck kommen. Die Entwicklung und Erhaltung eines dynamischen, positiven Gemeinwesens zählt ebenfalls in diese Kategorie. In die Gruppe der **sozioökonomischen** Faktoren gehören der soziale Status und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten. Bei den **physischen Umweltfaktoren** bzw. Lebens- und Arbeitsbedingungen sind Zugangsmöglichkeiten zu Menschen und Orten sowie öffentlichen, bevölkerungsbezogenen Diensten und deren Qualität relevant. Auch die Belastung durch Krankheitserreger, Führungsstil und Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten sind von Bedeutung. Unter dem Begriff **Einflüsse von Gesellschaft und Sozialwesen** sind die spezifischen Gesundheitsdeterminanten soziale Unterstützung, Zusammenhalt und Integration bzw. soziale Isolation und Ausschluss von Bedeutung, ebenso wie

Bürgerpartizipation bei Politikentscheidungen. Als letzte Kategorie finden sich bei den Faktoren **individueller Lebensführung** persönliche Verhaltensweisen wie Bewältigungskompetenz, Umgang mit Stress, Selbstwertgefühl, Selbstachtung und Zuversicht neben persönlichen Einstellungen, Überzeugungen und Ansichten sowie persönlicher Lernfähigkeit. All diese Determinanten, die im Anschluss noch einmal in übersichtlicher Form dargestellt werden, beeinflussen in unterschiedlichem Ausmaß Gesundheit von Betroffenen eines auf den ersten Blick banal anmutenden Vorhabens.

Abbildung 3: Gesundheitsdeterminanten im Kontext Kindergarten



4.2.2. Spezielle Determinante: Sozialkapital

Die Frage der gesundheitlichen Auswirkungen lässt sich nicht ohne eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem Begriff des **Sozialkapitals** beantworten. In engem Zusammenhang mit diesem Begriff stehen Sozialwissenschaftler wie *Coleman*, *Bourdieu* und *Putnam*, die dazu eigene Definitionen erstellt haben. Ohne zu weit in begriffliche Diskussionen abzugleiten, beschreibt das Sozialkapital ganz generell *diejenigen sozialen Strukturen, welche den darin befindlichen Mitgliedern die Teilnahme daran erleichtern*. Eine Form von sozialem Kapital ist z.B. das Ausmaß gegenseitigen Vertrauens, das in einer sozialen Struktur herrscht. Von der Natur her ist Sozialkapital ein öffentliches, soziales bzw. kollektives Gut, womit es sich z.B. von sozialen Netzwerken, deren Wert mehr auf individueller Ebene gemessen wird, unterscheidet. Die Vorteile von Gesellschaften, die über ein hohes Sozialkapital verfügen, sind auf unterschiedliche Weise untersucht: Familien- und Verhaltensprobleme von Jugendlichen (z.B. Vorbeugung von Delinquenz und Förderung erfolgreicher Entwicklung von Kindern, Parcel and Menaghan 1993), Schulwesen und Bildung (Coleman 1988), Kriminalität (Sampson et al 1997) sowie Public Health (Kawachi et al 1997, 1999).^{(40) S.177}

Der Zusammenhang von Sozialkapital und Public Health im Sinne von allgemeiner Gesundheit der Bevölkerung wurde besonders von Kawachi mittels Indikatoren für Sozialkapital in Beziehung zu Mortalitätsraten der einzelnen US-Bundesstaaten untersucht. Dabei fand sich, um bei gegenseitigem Vertrauen zu bleiben, bei niedrigen Werten für soziales Vertrauen eine Korrelation mit höheren Raten für die Haupttodesursachen, inklusive Herz-Kreislaufkrankungen, bösartige Tumoren, cerebrovasculäre Erkrankungen, unabsichtliche Verletzungen sowie Kindersterblichkeit. Die Beziehung zwischen geringem Sozialkapital und schlechter eigener Gesundheitseinschätzung wiederum ließ sich auf individuelle Risikofaktoren zurückführen (geringes Einkommen, geringe Bildung, Rauchen, Adipositas u.a.). Auf welche Weise Sozialkapital Einfluss auf Gesundheit nimmt, soll in Anbetracht des Konzeptes des interessierenden nachbarschaftlichen Zusammenhaltes noch kurz beleuchtet werden. Dies kann auf drei Arten erfolgen: 1) Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens, 2) Beeinflussung des Zugangs zu öffentlichen Diensten und Einrichtungen sowie 3) durch psychosoziale Prozesse^{(40) S.184}

- Gesundheitsverhalten

Sozialkapital kann das Gesundheitsverhalten von nachbarschaftlichen Gemeinschaften durch schnellere Verbreitung von Gesundheitsinformationen oder Übernahme von gesundheitlichen Verhaltensnormen bzw. stärkerer Kontrolle über gesundheitsabträgliches Verhalten beeinflussen.

- Zugang zu öffentlichen Diensten und Einrichtungen

Guter nachbarschaftlicher Zusammenhalt kann verhindern, dass öffentliche Mittel für Sozialeinrichtungen gekürzt werden oder z.B. Bauvorhaben verhindern, die zu Lasten von Erholungsflächen und damit Gesundheit gehen.

- Psychosoziale Prozesse

Sozialkapital kann die Gesundheit von Individuen durch gegenseitigen Respekt und Unterstützung (Hebung des Selbstvertrauens) beeinflussen. Dies erklärt z.B. auch die Beobachtung, dass sozial isolierte Individuen in Gemeinschaften mit starkem Zusammenhalt weniger gesundheitliche Folgen erleiden als solche, die in einer Umgebung mit geringem Zusammenhalt leben.

Vertrauen spendende Umgebungen erzeugen ihrerseits vertrauenswürdige Bürger.

Hier findet sich ein starker Bezug zu Erfahrungen von Kindern in den Arbeiten von Jane Jacobs *The Death and Life of Great American Cities*. Darin schreibt sie, dass Kinder, die in einer Nachbarschaft mit reichem Sozialkapital leben, rasch lernen, dass *„...people must take a modicum (Mindestmaß) of public responsibility für each other even if they have no ties to each other. [...] ..this is a lesson nobody learns by being told. It is learned from the experience of having other people without ties or kinship or close friendship or formal responsibility to you take a modicum of public responsibility for you.“*⁽⁴⁰⁾ S.185

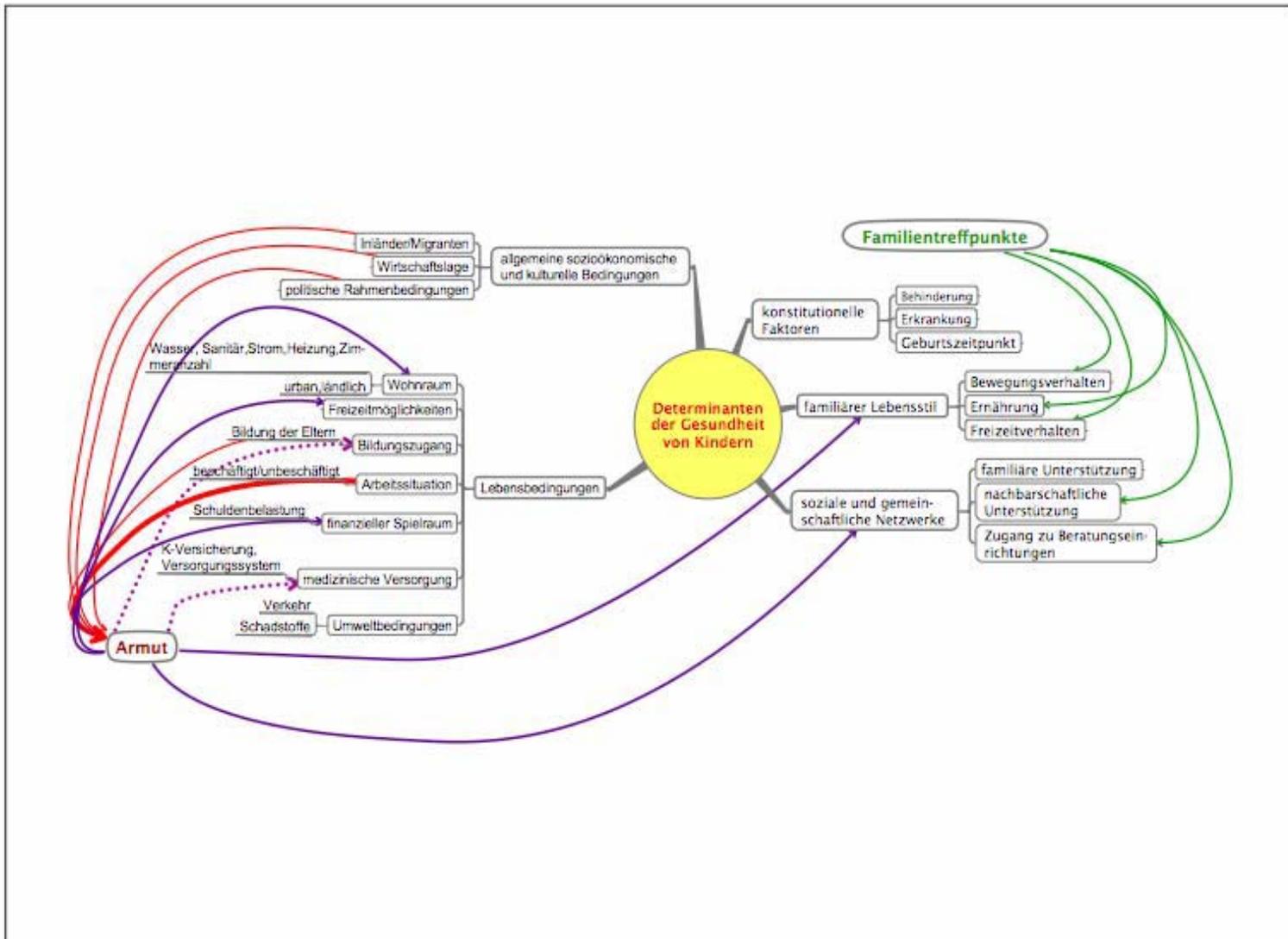
Laut einer Sozialkapitalstudie des Instituts BOAS (Büro für die Organisation angewandter Sozialforschung) aus 2007 im Kontext des OECD-Programms „Measuring Social Capital“ unter der wissenschaftlichen Leitung des OECD-Beauftragten für Sozialkapital (Gehmacher et al.) verfügt Dornbirn über starke Gemeinschaftskräfte und gehört in die Spitzengruppe österreichischer Gemeinden was Gesundheit, Wohlbefinden und den sozialen Zusammenhalt in Familie und Freundeskreis (auf der Mikro-Ebene von Sozialkapital) betrifft.⁽⁴¹⁾

4.2.3. Determinanten und ihre Interdependenz

Auf einer höheren Ebene wird mit diesem Projekt besonders eine der fünf Aktionsebenen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung angesprochen: **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen**. Dabei wird das Konzept indirekt auch dem modernen Anspruch an Gesundheitsförderung gerecht, indem es nicht primär auf traditionelle Instrumente wie Information, Aufklärung und Beratung, sondern auf „**Kontextbeeinflussung**“ abzielt. Über diesen Ansatz kann, analog den in der betrieblichen Gesundheitsförderung nachgewiesenen Effekten, eine Koppelung von Verhaltens- und Verhältnisprävention gelingen, die in gesundheitlicher Hinsicht durch Beeinflussung scheinbar krankheitsferner Ursachen größere Aussicht auf Erfolg hat.

Auch wenn die Betrachtung der spezifischen Determinanten wertvolle Hinweise für die Beurteilung eines Vorhabens in Zusammenhang mit Kindergärten liefern kann, sollte man sich der Relativität dieser Determinanten und ihrer gegenseitigen Verstärkung bzw. Abhängigkeit bewusst bleiben. Schaut man sich die möglichen Determinanten der Gesundheit von Kindern auf einer höheren Ebene unter Berücksichtigung des Vorhabens an, so wird schnell deutlich, wo sehr effektive Beeinflussungsmöglichkeiten gegeben wären. Der starke, zudem interdependente Einfluss von Armut und Bildung auf die Familiensituation und damit die Gesundheit von Kindern weist den Weg auf „kausale“ Projekte.

Abbildung 4: Interdependenz der Gesundheitsdeterminanten von Kindern



Teil 2: Einführung in die Methodik des Health Impact Assessment (HIA)

Das Kapitel beschäftigt sich mit dem Ansatz von Health Impact Assessment (HIA) und seinen theoretischen Grundlagen. HIA wird in einen breiteren Rahmen gestellt und es wird versucht festzustellen, wie und wo HIA heute geschieht und wie effektiv die Methode ist. Eingegangen wird auch auf Probleme, die sich unter dem Aspekt eines evidenzbasierten Zugangs ergeben. Schließlich wird HIA von Gesundheitsverträglichkeitsprüfung GVP abgegrenzt.

1 Definition

Die WHO hält auf ihrer Website zu HIA fest, dass es für HIA keine einheitliche, „korrekte“ Definition gibt. Die verschiedenen Beschreibungen stimmen im Wesentlichen überein, differieren aber auch je nach Zugang zu HIA. Als Hauptdefinition wird festgehalten *„A combination of procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population“*.⁽⁴²⁾ Frei übersetzt bedeutet dies *eine Kombination von Prozessen, Methoden und Instrumenten, mit der Politiken, Programme oder Projekte im Hinblick auf ihre potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung, sowie die Verteilung dieser Auswirkungen beurteilt werden können*. Diese Übersetzung findet sich als gebräuchlichste Form im Gothenburg Consensus Paper (WHO 1999). Darin festgehalten ist auch, dass ein HIA auf **vier zentralen, grundlegenden Werten** basieren soll:

- **Demokratie:** aktive Teilnahme der von einer Politik, einem Programm oder einem Projekt betroffenen Bevölkerung mit Einbindung aller relevanten stakeholder (= alle Personen, die ein Interesse am Projekt haben oder von ihm in irgendeiner Weise betroffen sind)
- **Verteilungsgerechtigkeit:** Beachtung der gerechten Verteilung der Auswirkungen innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen hinsichtlich deren Geschlecht, Alter, ethnischem Hintergrund und sozioökonomischen Status

- **Nachhaltige Entwicklung:** neben der Beachtung der Anliegen der derzeitigen Generation soll die Entwicklung des gewählten Vorhabens die Bedürfnisse zukünftiger Generationen nicht beeinträchtigen. Damit sollen sowohl kurz- als auch langfristige sowie direkte und indirekte Auswirkungen berücksichtigt werden
- **Ethische Verwendung der Evidenz:** Kombination quantitativer und qualitativer Evidenz soll sicherstellen, dass die Entscheidungsträger zum einen wissenschaftliche Basisinformation erhalten, andererseits aber auch Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen der betroffenen Bevölkerung erfahren

Daneben werden als weitere Werte und spezifische Charakterzüge **Transparenz** des Prozesses, **Interdisziplinarität** mit Involvierung von Spezialisten aus verschiedenen Bereichen (Public Health Experten, Sozialwissenschaftler, Epidemiologen, Toxikologen, Politikwissenschaftler u.a.) sowie **Gesundheitsförderung** mit Anstreben eines maximalen Gesundheitsgewinns für die Bevölkerung genannt. ⁽⁴³⁾

2 Intention von HIA

Health Impact Assessment beschäftigt sich mit **Gesundheit auf Bevölkerungsebene**. Mit Hilfe des Health Impact Assessment können die Auswirkungen von Politiken, eines Programms oder eines Projektes auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. einer Bevölkerungsgruppe beurteilt werden. ⁽⁴⁴⁾ Dies geschieht in der Absicht „to influence decision making so that policies, projects, and programmes in all areas lead to improved population health or at least do not damage population health.“⁽⁴⁵⁾ Es ist also erklärtes Ziel, mittels HIA zu **bewerten** (*to judge*) und zu **beeinflussen** (*to influence*).

HIA kann theoretisch auf zumindest drei Arten den Entscheidungsprozess beeinflussen:

1. durch Erhöhung des Bewusstseins bei den Entscheidungsträgern für die Zusammenhänge von Gesundheit mit der physikalischen, sozialen und ökonomischen Umwelt, um damit sicherzustellen, dass sie bei ihren Entscheidungen immer gesundheitliche Konsequenzen in ihre Erwägungen einbeziehen
2. durch Unterstützung von Entscheidungsträgern, mögliche gesundheitliche Auswirkungen zu erkennen und abzuschätzen, um damit die Ergebnisse ihrer Entscheidungen insgesamt zu optimieren
3. den von den politischen Entscheidungen Betroffenen die Möglichkeit zur Partizipation und Mitgestaltung einzuräumen

Mit dem **systematischen Ansatz** von HIA und der **Erfassung und Behandlung aller relevanten Gesundheitsdeterminanten** können **Gesundheitsrisiken**, aber auch **Gesundheitschancen** schon zu Beginn des Entwicklungsprozesses in die Betrachtung einbezogen werden. Dadurch wird die Entstehung und Vergrößerung von Ungerechtigkeiten verhindert und Partizipation und Empowerment im Gesundheitssektor gefördert. ⁽⁴⁶⁾ Es besteht damit die Chance, unnötige Kosten zu vermeiden und das Bewusstsein für **Gesundheit als Querschnittsmaterie** und damit **multisektorale Verantwortlichkeit** zu fördern. Jede politische Maßnahme, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf Gesundheit hat, soll dabei im Rahmen eines HIA's besonders auf seine Auswirkungen im Hinblick auf Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheit evaluiert werden und diese nach Möglichkeit verbessern: *„as part of Health Impact Assessment, all policies likely to have a direct or indirect effect on health should be formulated in such way that by favouring the less well off they, wherever possible, reduce such inequalities“*. ⁽⁴⁷⁾

Exkurs VII: **Politik - policy**

In diesem Zusammenhang soll kurz auf terminologische Unterschiede eingegangen werden. Die meiste Literatur zu HIA liegt in Englisch vor, deutschsprachige Arbeiten gibt es noch relativ wenig. Das deutsche Wort Politik leitet sich aus dem griechischen Begriff für *polis* Stadt oder Gemeinschaft ab und wird als Überbegriff verwendet, der ganz allgemein ein vorausberechnendes, innerhalb der Gesellschaft auf ein bestimmtes Ziel gerichtetes Verhalten beschreibt. Im Englischen werden ähnliche Worte mit allerdings unterschiedlichen Bedeutungen verwendet (Rosenbrock, 2008).

Tabelle 2: Bedeutung des Politikbegriffs bei Übersetzungen aus dem Englischen (nach Rosenbrock 2008):

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

Der Begriff *Politik(en)* bezieht sich damit in der Übersetzung von *policy* auf die Ergebnisdimension von Politik, in deren Rahmen Programme und Projekte stattfinden. Wenn man so will, beinhaltet dieser Begriff mehr die „strategische Planung“ als die politische Entscheidung direkt.

Eine ähnliche begriffliche Problematik ergibt sich bei dem Wort HIA, für das es keine deutsche Übersetzung gibt. Der Ansatz von HIA ist umfassender als z.B. bei einer „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ und betont die Bedeutung von sozialen Gesundheitsdeterminanten im Sinne eines erweiterten Gesundheitsverständnisses, wie sie grundsätzlich in der Ottawa-Charta festgehalten sind.

3 Konzepte und Methoden von HIA

3.1 Biomedizinischer und sozioökonomischer Ansatz

Grundsätzlich lassen sich zwei Modelle im Gesundheitszusammenhang unterscheiden: das **biomedizinische** und das **soziale oder sozioökonomische Modell**. Im biomedizinischen Modell liegt der Fokus auf Krankheit und deren zugrunde liegende Ursachen – als Beispiel ließe sich die Umweltverträglichkeitsprüfung anführen. Die mit dem Bau einer Chemiefabrik verbundenen Gesundheitsrisiken werden unter dem Risikoaspekt analysiert: Emission toxischer Substanzen, Grenzwerte, Auswirkung auf den Organismus, etc. Diesem „engen“ Ansatz, dessen Wurzeln in Epidemiologie und Toxikologie liegen, steht der „breitere“ des sozialen Modells der Sozialwissenschaften gegenüber, der Faktoren wie Wohnsituation, Beschäftigung, Bildung und soziale Unterstützung in ihrer Auswirkung auf Gesundheit mitberücksichtigt. Während Erkrankung die Domäne des

traditionellen Gesundheitswesens ist, werden soziale und psychosoziale Determinanten der Gesundheit außerhalb dieses Feldes gesehen. Damit werden Einflüsse auf Gesundheit eher in Bezug auf Krankheiten anstatt z.B. in Bezug auf Veränderung des Wohlbefindens beurteilt, besonders dann, wenn es um eine Quantifizierung der Effekte geht. Partizipation derjenigen, die von einem Projekt oder einer politischen Entscheidung betroffen sind, wird als notwendige Komponente eines HIA's gesehen. Für manche stellt gerade dieser Prozess den relevantesten Teil dar, weil HIA damit auf individueller und kommunaler Ebene Empowerment und ein Vorankommen auf der politischen Gesundheitsagenda ermöglicht. ⁽⁴⁸⁾

3.2 Wurzeln von HIA

HIA als Methode hat seine Wurzeln in den Bemühungen, die Konsequenzen einer Maßnahme oder eines Projektes im Hinblick auf mögliche Gesundheitsauswirkungen sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht zu beurteilen. Damit lässt sich ein Bogen vieler beteiligter Disziplinen spannen, wobei aber die Hauptwurzeln speziell in der Frage nach der **Umweltverträglichkeit** und in der Abschätzung politischer Entscheidungen im Hinblick auf Förderung einer „**Healthy Public Policy (HPP)**“ liegen. ⁽⁴⁵⁾ So hatte und hat beispielsweise die Weltbank als Geldgeber von Projekten in sich entwickelnden Ländern ein starkes Interesse, deren Auswirkungen auf die Umwelt genauestens zu prüfen, um negative Auswirkungen für die Bevölkerung durch Umweltveränderungen zu vermeiden. Betrachtet man HIA als spezialisierte Form einer Bewertung politischer Maßnahmen, so lässt sich Health Impact Assessment auf politische Wissenschaften, politische Ökonomie oder Sozialwissenschaften zurückführen. Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass jede soziale Veränderung auch mit einer Auswirkung auf Gesundheit verbunden ist, so dass regionale oder territoriale Beurteilungen im Sinne einer Sozialverträglichkeit bzw. Social Impact Assessments immer eine unterschiedliche Mitbeurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen beinhalten. ⁽⁴⁹⁾

HIA ist **keine homogene, klar definierte Methode**. Generell kann HIA als eine **Kombination aus Verfahren, Methoden und Werkzeugen** gesehen werden. ⁽⁵⁰⁾ Je nach Verortung der am Ergebnis Interessierten, finanziellen Möglichkeiten, wissenschaftlichem Hintergrund der Durchführenden und landesspezifischen Besonderheiten werden unterschiedliche Methoden in den verschiedenen Kontexten angewandt. So werden Epidemiologen „epidemiologische“, Soziologen „soziologische“ und Kommunalentwickler ihre entsprechenden Methoden zur Anwendung bringen. Damit besteht grundsätzlich die Gefahr, dass HIA von verschiedenen Personen unterschiedlich gesehen werden kann, wobei diese sich ihrer unterschiedlichen Sichtweise nicht unbedingt bewusst sein müssen.

3.3 HIA-„levels“

Ausgehend von der Tiefe des angewandten HIA's und der Wichtigkeit des zu beurteilenden Vorhabens lassen sich raschere Formen von sehr ausgedehnten, intensiven Prozessen unterscheiden: **Rapid Appraisal**, **Intermediate Appraisal** und **Comprehensive Appraisal** – bei letzterem ist der Aufwand am größten. ⁽⁴⁴⁾

Tabelle 3: Typen von Bewertungsverfahren (Antes, 2008)

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

In zeitlichem Bezug auf die beurteilte Intervention lässt sich ein retrospektives von begleitendem und prospektivem HIA unterscheiden. **Prospektives** HIA versucht die Konsequenzen einer Entscheidung vorherzusagen, bevor sie implementiert wird. Das **retrospektive** HIA beschreibt die Konsequenzen einer Entscheidung oder eines Ereignisses, das schon stattgefunden hat. Das **begleitende** HIA versucht, Situationen zu beobachten und Konsequenzen einer Intervention, die gerade stattfindet, zu identifizieren und zu beschreiben. In der aktuelleren Literatur wird dies aber unter dem Aspekt des prediktiven Ansatzes von HIA insofern relativiert, als das damit jedes HIA prospektiv ist und sich somit diese Unterteilung eigentlich erübrigt. ⁽⁵⁰⁾ S.412

Da die politische Entscheidung zum Ausbau der Kindergärten zu Familientreffpunkten bereits gefallen ist, handelt sich im vorliegenden Fall formal um die Durchführung eines begleitenden Health Impact Assessment, das von der Tiefe her am ehesten im Sinne eines „desk based“ - Ansatzes zu sehen ist.

3.4 Phasen eines HIA's

Von der **Grundstruktur** besteht ein HIA aus **mehreren Schritten**, die **phasenhaft** ablaufen: ⁽⁵¹⁾

Screening (Selektion): das Vorhaben wird bezüglich seiner Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung bewertet. Dieser Prozess kann auch als „Filter“ gesehen werden, um die Notwendigkeit eines HIA's festzustellen (= Frage nach der Eignung). Für manche Interventionen ist im Vorhinein bekannt, dass sie entweder keinen oder nur einen minimalen Einfluss auf Gesundheit haben oder es gibt robuste Evidenz für den Sinn und die Effektivität dieser Maßnahme. ⁽⁵²⁾

Scoping (Abgrenzung): unterschiedliche Perspektiven und Erkenntnisse einer multisektoralen Gruppe werden verwendet, um einen Rahmen für den HIA-Prozess zu schaffen. Das HIA wird räumlich eingegrenzt, die betroffenen Bevölkerungsgruppen ermittelt und der zeitliche Rahmen sowie vorhandene oder benötigte Ressourcen festgelegt.

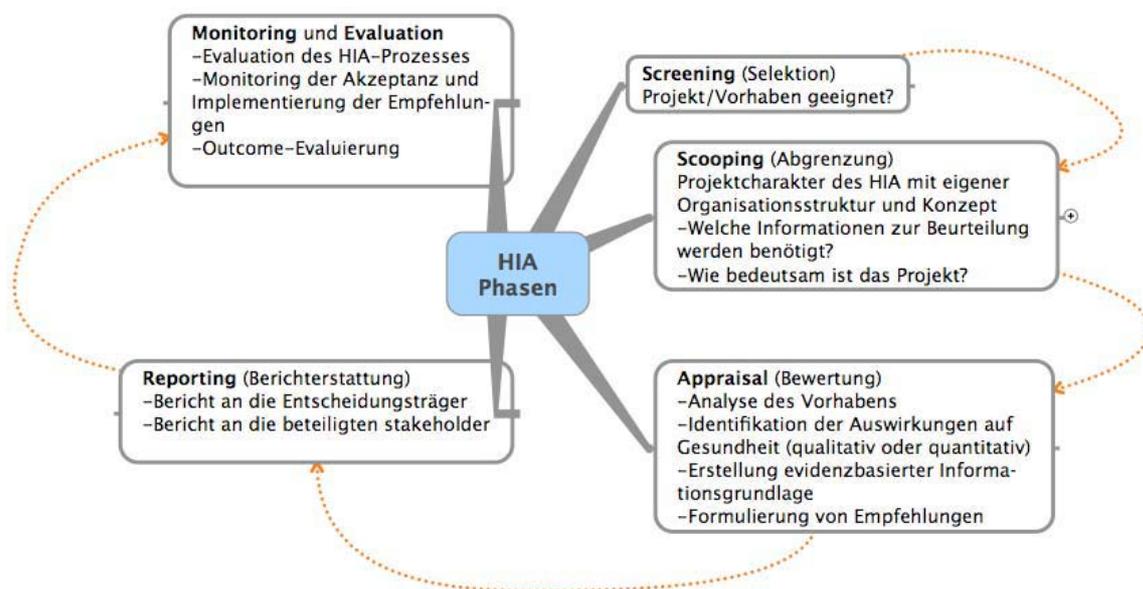
Appraisal (Bewertung): als Kernstück des HIA erfolgt eine Analyse des Vorhabens, Feststellung und Charakterisierung der Auswirkungen auf die Gesundheit, Erstellung einer evidenzbasierten Informationsgrundlage und Formulierung von Empfehlungen. Dieser Teil definiert die Dauer oder „Tiefe“ des HIA's.

Reporting (Berichterstattung): der Bericht am Ende der Bewertungsphase dient zur Verbesserung des Verständnisses für den Einfluss des Vorhabens auf betroffene Bevölkerungsgruppen und Fokussierung auf wichtige Gesundheitsaspekte.

Monitoring und Evaluation: in der letzten Phase wird festgestellt, ob die vorab gesetzten Ziele erreicht wurden und Aussagen darüber gemacht, ob die angewendeten Methoden effektiv und angemessen waren.

Entscheidungsträger können HIA dabei als Hilfe verstehen, bessere Einsicht bezüglich der Auswirkungen ihrer Entscheidungen zu erhalten, diese im Hinblick auf Gesundheit gegen andere politische Überlegungen abzuwägen und damit den Nutzen zu erhöhen. HIA kann dabei nur eine Hilfe und soll nicht Ersatz eines Beurteilungsprozesse im Rahmen der Entscheidungsfindung sein.

Abbildung 5: HIA-Phasen



Mittlerweile gibt es verschiedene Anleitungen bzw. practical guides für die Durchführung von HIA's. ^(25, 44) In diesen werden die oben genannten Schritte zur besseren Umsetzbarkeit weiter untergliedert. So lässt sich der Abschnitt Appraisal zerlegen in Identification und Assessment. Grundsätzlich ändert sich dadurch nichts am generellen Aufbau eines HIA, die komplexe Materie wird dadurch aber vom Prozess her verständlicher und leichter umsetzbar.

Exkurs VIII: **Evidenz und HIA**

Ebenso wie der Begriff HIA nicht eindeutig formuliert ist, wird auch der Begriff Evidenz unterschiedlich verwendet. Allgemein bedeutet Evidenz sicheres, beweiskräftiges Wissen. Im Kontext Evidence based medicine (EBM) ist damit ...*die Integration bewährter praktischer Erfahrungen mit der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz aus systematischer Forschung...*(Sackett, 1998) gemeint. Für diesen Zweck erfolgt in der Biomedizin eine Einteilung in Stufen von I-V mit Definition eines entsprechenden Evidenz-Typs, der auf Forschungen und Arbeiten von Archibald Cochrane bzw. der Cochrane Collaboration zurückgeht.⁽⁵³⁾

Generell lässt sich sagen, dass das Ausmaß gesundheitlicher Auswirkungen von Maßnahmen, die nicht unmittelbar dem Medizinsektor zuordenbar sind, größtenteils unbekannt bzw. schwierig zu ermitteln ist. Umgelegt auf die Frage der Verkehrssicherheit bedeutet das exemplarisch, dass letztlich die Frage nach der Reduktion der Verkehrstoten (quantitative Daten) in Anbetracht der Fülle von Maßnahmen wie verbesserte Straßenverhältnisse, Geschwindigkeitsüberwachung, Sicherheitsgurte, Airbags, Sicherheitshinweise als Werbeeinschaltung etc. für die einzelne Intervention nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Die Frage des Wohlbefindens (qualitative Daten) des von einer Straßenbaumaßnahme betroffenen Bevölkerungsteils wird in dieser Form als Faktor der Beeinflussung von Gesundheit oftmals gar nicht gestellt geschweige denn untersucht. Regierungen oder Behörden initiieren breite Maßnahmenpakete mit unterschiedlichen Strategien zur Problemlösung, was zu einer **Trennschärfeproblematik der Effekte** der einzelnen, oftmals kleinen Interventionen führt. Dies lässt sich auch grundsätzlich für das vorliegende Projekt feststellen. Neben überregionalen Kampagnen wie „Kinder in die Mitte“ laufen seit etlichen Jahren unterschiedlichste lokale Projekte und Maßnahmen unter dem Überbegriff der Erhöhung des Sozialkapitals in der Stadt Dornbirn. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie gesamthaft über soziale und andere Determinanten eine Veränderung der Gesundheit der Bevölkerung herbeiführen.

HIA macht im gegebenen Rahmen vornehmlich dann Sinn, wenn robuste quantitative und qualitative Nachweise für die Auswirkungen von Interventionen vorliegen. Diese können grundsätzlich aus **Studien** (qualitativ oder quantitativ) oder anhand **systematischer Reviews** entsprechender Datenbanken gewonnen werden. Das Studiendesign erfordert dabei, anders als z.B. bei rein medizinischen Fragestellungen, nicht unbedingt Randomized Control Trials (RCTs), wobei dann aber bei systematischen Reviews und Metaanalysen von Beobachtungsstudien methodische Mängel zu beachten sind. Besonderes Augenmerk ist auf **systematische Literatursuche** zu legen, da andernfalls die Gefahr besteht, dass die gezogenen Schlüsse ohne entsprechende Beweise oder durch Bevorzugung bestimmter Studien und des damit verbundenen Bias einer kritischen Prüfung nicht Stand halten. Dies

wiederum gefährdet in weiterer Folge die Intervention und hat negative Auswirkungen auf die Reputation der Methode des HIA als solche. ⁽⁴⁷⁾ Oftmals wird sich aber ein HIA nicht durch eine derartige Art der Evidenz begründen lassen, da zum einen politische Entscheidungen nicht auf systematischen Reviews beruhen und zum anderen vorhandene primäre Evidenzdaten zu gering sind, um eine klare politische Entscheidung zu ermöglichen. Unklarheit herrscht zudem darüber, inwiefern Daten aus anderen Ländern, z.B. den USA, unmittelbar übertragbar in den Kontext eines anderen Landes sind. Insgesamt mangelt es derzeit insgesamt an stichhaltigen Beweisen (qualitativer oder quantitativer Art) über die Auswirkung sozialer Interventionen auf Gesundheit, die rein wissenschaftsbasierte, aussagekräftige HIA's ermöglichen. Es gibt nur wenige prospektive Evaluationen politischer Maßnahmen, deren Design eine Beurteilung sozialer Auswirkungen unter einem weiter gefassten Gesundheitsbegriff zulässt. Andererseits darf aber auch der qualitative Informationswert von Laienwissen nicht unterschätzt werden. Oft lässt sich erst durch dieses erkennen, wie weit die Gesundheitsdeterminanten in unmittelbarer Realität der Lebensumstände der Betroffenen ihre beeinträchtigende Wirkung entfalten. ⁽⁵⁴⁾

Nach Petticrew et al kann man sagen, dass die Frage nach der Art der Evidenz letztlich in engem Zusammenhang mit der Fragestellung steht, die mit der Durchführung des HIA beantwortet werden soll. ⁽⁴⁷⁾ Sie wird somit sowohl durch die Bewertung relevanter Literatur als auch durch Einbindung der Meinung und Erfahrung beteiligter Schlüsselpersonen („lay knowledge“) erbracht. ^(54, 55)

3.5 Abgrenzung von HIA zu Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Im deutschen Sprachgebrauch wird Health Impact Assessment HIA oft mit Gesundheitsverträglichkeitsprüfung GVP gleichgesetzt. Neben der sprachlich unzureichenden und irreführenden Übersetzung von Health Impact Assessment in Gesundheitsverträglichkeitsprüfung bestehen nach Mock weitere gravierende Unterschiede, die eine synonyme Verwendung der Begriffe problematisch machen. Nach Sprenger lassen sich als wesentliche Unterschiede von HIA und GVP ausmachen: ⁽⁵⁶⁾

- **Eigenständigkeit:** während HIA ein eigenständiges Verfahren ist, ist die GVP ein Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. Strategischen Umweltprüfung
- **Ansatz Gesundheitsbegriff:** HIA basiert auf einem umfassenden, ganzheitlichen Gesundheitsbegriff und ist gesundheitsorientiert. Der Ansatz

von GVP ist eng, krankheitsorientiert und definiert Gesundheit vornehmlich als Abwesenheit von Krankheit

- **Ansatz Zielgruppe:** HIA stellt den allgemeinen Gesundheitszuwachs der Bevölkerung in den Mittelpunkt. GVP ist individuumsbezogen mit Verlust der Gesamtsicht
- **Partizipation:** bei HIA ist die Einbindung der betroffenen Bevölkerung und stakeholder im Sinne einer Akzeptanzerhöhung ausdrücklich gefordert. Bei der GVP werden in erster Linie Expertenmeinungen zur Steuerung herangezogen, Betroffene haben lediglich Einsicht- und Stellungnahmemöglichkeit
- **Experteneinbindung:** HIA beinhaltet die Stellungnahme von Public Health Experten, während bei GVP die Public Health Sichtweise durch Beschränkung auf meist medizinisch orientierte Experten unberücksichtigt bleibt
- **Ansatz disziplinar:** HIA arbeitet multidisziplinär und je nach Anforderung adaptiv. GVP beschäftigt eine engere, eher monodisziplinäre Arbeitsgruppe
- **Eingebundene Sektoren:** HIA betrachtet nach dem Public Health Ansatz Gesundheit als Querschnittsmaterie und integriert alle politischen Bereiche in einem intersektoralen Ansatz. GVP ist auf gesundheits- und umweltrelevante Entscheidungen beschränkt und sektoral orientiert
- **Evidenzansatz:** HIA verwendet sowohl quantitative als auch qualitative Daten unter Berücksichtigung der Erfahrung, Meinungen und Erkenntnisse der betroffenen Bevölkerung. GVP sammelt hauptsächlich quantitative Daten (Gesundheitsdaten, Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken, Prüfberichte über Einhaltung von Grenz- und Richtwerten). In der Gutachtenerstellung zählt vor allem die Meinung und Einstellung der Experten, die diese Daten erarbeitet haben
- **Datenpflege:** bei HIA erfolgt eine Überprüfung internationaler Erkenntnisse und Erfahrungen unter Erstellung von Datenbanken auf internationaler Ebene. Der Austausch erfolgt in einem Netzwerkansatz überregional. Bei der GVP werden punktuell einmalig je nach Bedarf die vorhandenen Gesundheitsdaten und -statistiken gesichtet. Internationale Ergebnisse und Erfahrungen anderer GVP umsetzender Organisationen bleiben unberücksichtigt

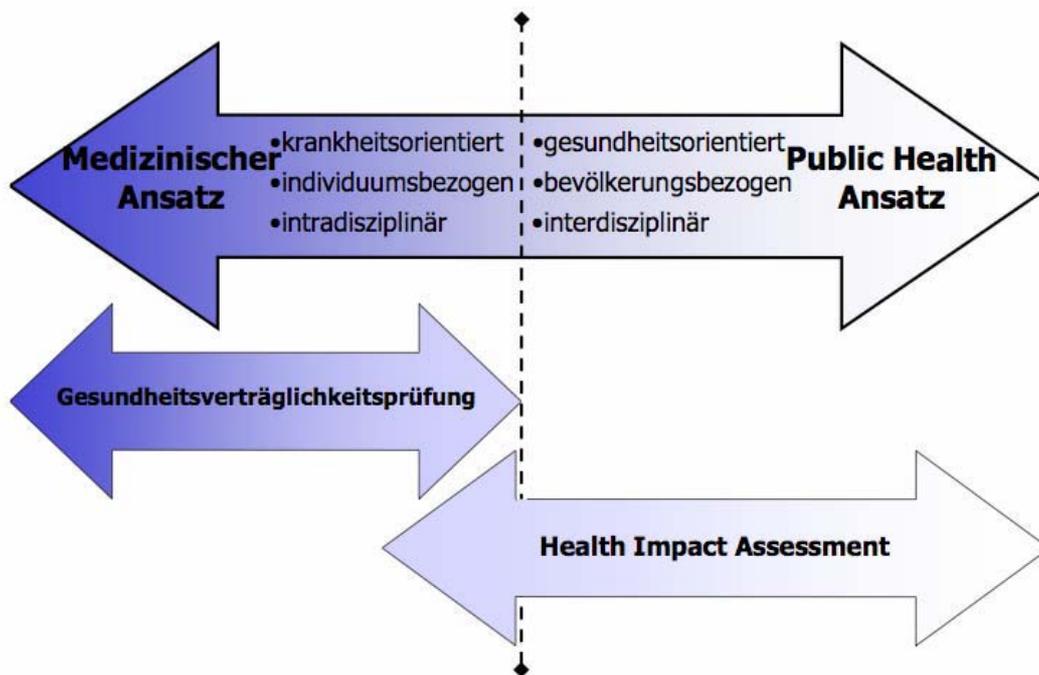
- **Gesundheitsdeterminanten:** ein HIA berücksichtigt alle relevanten Gesundheitsdeterminanten, während GVP den Fokus lediglich auf die physische Umwelt legt
- **Verteilungsgerechtigkeit:** HIA beachtet die gerechte Verteilung von Gesundheit und die Vermeidung bzw. Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit der gesamten Bevölkerung und besonders der von vulnerablen Untergruppen. GVP beachtet lediglich altersspezifische Gruppen und solche mit bestimmten Vorbelastungen
- **Outcome / Input-Orientierung:** HIA legt den Fokus auf das Outcome, d.h. der Darstellung des durch ein Vorhaben veränderten Gesundheitszustandes der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen. Das Interesse einer GVP liegt eher in der Beschreibung der auf den Organismus einwirkenden Schadstoffkonzentration und Emissionsbelastungen
- **Ansatz Gesundheitsförderung:** Im Vordergrund eines HIA steht die Gesundheitsförderung der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen, während das zentrale Interesse der GVP eine Erhaltung des Gesundheitszustandes bzw. Verhinderung einer Verschlechterung ist
- **Transparenz:** HIA versucht, den Entscheidungsfindungsprozess transparent zu machen und offen zu legen. GVP legt lediglich die Ergebnisse offen.

Tabelle 4: Die wesentlichen Unterschiede von HIA und GVP nach Sprenger ⁽⁵⁶⁾

Health Impact Assessment	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
Eigenständiges Verfahren	Teil der UVP bzw. SUP
Gesundheitsorientierter Ansatz	Krankheitsorientierter Ansatz
Bevölkerungsbezogener Ansatz	Individuumsbezogener Ansatz
Partizipation der Bevölkerung	Steuerung durch Expertenmeinung
Einbindung von Public Health Experten	Beibehaltung der für UVP/SUP üblichen Experten
Multidisziplinärer Ansatz	Monodisziplinärer Ansatz
Intersektoraler Ansatz	Sektoraler Ansatz
Review der vorhandenen Ergebnisse und Beschaffung neuer Erkenntnisse (quantitative und qualitative Evidenzermittlung)	Vergleich mit offiziellen Prüf- und Richtwerten (quantitative Evidenzermittlung)
Abgleich und Weiterentwicklung internationaler Datenbanken	Isolierte Datenübermittlung
Beachtung sämtlicher Gesundheitsdeterminanten	Einschränkung auf Beachtung der physischen Gesundheit
Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten und Fokus auf Verteilungsgerechtigkeit	Missachtung der gesundheitlichen Ungleichheit und der Verteilungsgerechtigkeit
Fokus auf Outcome	Fokus auf Input
Gesundheitsförderung	Gesundheitserhaltung
Steigerung der Transparenz des Entscheidungsfindungsprozesses	Transparenz der Ergebnisdarstellung

Mock reduziert in ihrer Arbeit anhand eines graphischen Modells die Problematik und illustriert gleichzeitig die Unterschiede des Public Health- und (traditionell-) medizinischen Ansatzes.

Abbildung 6: Medizinischer Ansatz / Public Health – Kontinuum - Ansatz ⁽⁵¹⁾



(Quelle: Mock S. *Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung*. Diplomarbeit an der Fachhochschule Pinkafeld. 2007. 96)

Auch wenn sich die Ansätze der verschiedenen Bewertungsverfahren wie Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) oder Environmental Impact Assessment (EIA) bzw. Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) nicht nur in verschiedenen Ländern, sondern auch in der jeweiligen Anwendung unterscheiden, ist es wichtig festzuhalten, dass HIA nicht im Konflikt mit diesen Verfahren steht, sondern integraler Bestandteil sein kann. Eine Herausforderung für Verfechter des Ansatzes dieses „Integrated Impact Assessment“ (IIAP) ist aber, sicherzustellen, dass bei diesen integrierten Verfahren der Gesundheitsaspekt nicht umgangen, sondern so rigoros wie möglich beachtet wird. ^{(25) S.11}

Teil 3: Projekt Kindergärten als Familientreffpunkte

In diesem Kapitel wird der Prozess der Stadt Dornbirn dargestellt, der zur Konzepterstellung geführt hat. Eingegangen wird auf die historische Entwicklung und gegenwärtige Situation der Kindergärten. Verbindungen zu gesundheitsrelevanten Faktoren werden aufgezeigt. Der Ansatz, Kindergärten in Familientreffpunkte umzuwandeln - ausgehend vom Familienleitbild und den Impulsen der Kampagne „Kinder in die Mitte“ - wird beleuchtet. Ähnliche Projekte im internationalen Umfeld und ihr Ansatz werden dargestellt.

Aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung lässt sich die Idee, Kindergärten zu Familientreffpunkten auszubauen, im Sinne von Health Promotion auf der mikrosozialen Ebene der sozialen Einrichtung Kindergarten sehen.

1 Funktion und Aufgabe von Kindergärten

1.1 Kindergärten im historischen Kontext

Historisch gesehen kam es mit dem Zusammenbruch des dritten Reiches notgedrungen zu einem Rückfall in die Funktionen, die Kindergärten zu Beginn ihres Auftretens hatten: *“Sie waren Nothilfemaßnahmen für elternlose, vernachlässigte oder von Verwahrlosung bedrohte Kinder, vor allem, wenn die Mütter arbeiten mussten.”*^{(57) S.85} Die Hauptfunktion des Kindergartens bestand also in der Betreuung und Ergänzung familiärer Erziehungspflicht. In den 50/60er Jahren erlangte der durch Bildungsforscher entdeckte Zusammenhang zwischen Wirtschaftswachstum und Bildung zunehmende Bedeutung. Im gleichen Zeitraum wurden aber auch *„neue Ergebnisse der Sozialisationsforschung bekannt, wonach die intellektuelle Leistungsfähigkeit eines Menschen nicht allein das Ergebnis ererbter Begabung ist, sondern dass die Höhe der Intelligenz durch Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen beeinflussbar ist. Insbesondere solche Maßnahmen, die bereits im frühen Kindesalter einsetzen, seien Erfolg versprechender als eine erst im Schulalter beginnende Förderung“.*^{(58) S.97} Traditionell betrachtete man also Kindergärten als **sozialfürsorgliche Einrichtung**, nicht aber als pädagogische Institution mit eigenem Bildungs- und Erziehungsauftrag. Damit kann man sagen, dass es sich mit der Verwirklichung des Konzeptes von Kindergärten als Familientreffpunkte um eine „Rückorientierung“ zu ursprünglichen Inhalten der Aufgabenstellung im sozialen

Sinne handelt. Im heutigen Kontext stellt dies aber eher eine Erweiterung der Ansprüche an die Institution dar, die über das gewachsene Selbstverständnis bzw. bildungspolitische Ansprüche hinausgeht.

1.2 Kindergärten als gegenwärtige Einrichtungen des Landes Vorarlberg

Wie im Kindergarten- und Schulkonzept des Landes Vorarlberg ausgeführt, liegt die Betonung auf der Vorbereitung für den weiteren Bildungsweg: *„In den Vorarlberger Kindergärten und Schulen wird Wert darauf gelegt, dass Kinder und Jugendliche altersgerecht eine solide Allgemeinbildung erhalten und auf ihren weiteren Bildungs- und Berufsweg vorbereitet werden. Entscheidend sind der Erwerb von Grundfertigkeiten und Basiswissen sowie die Vermittlung von Kulturtechniken. Im Sinne des ganzheitlichen Lernens kommt dem Erwerb von Schlüsselqualifikationen und der Stärkung der Selbst- und Sozialkompetenz sowie der musisch-kreativen Erziehung und der umfassenden Bewegungs- und Gesundheitsförderung gleich große Bedeutung zu. In der Unterrichts- und Erziehungsarbeit haben das Grundlagenwissen und die Kenntnis von Methoden sowie ihre Anwendbarkeit gleich hohe Bedeutung wie das Faktenwissen.“* ⁽⁵⁹⁾ In Absatz 2 §1 des Kindergarten-gesetzes des Landes Vorarlberg wird definiert: *Kindergärten sind Einrichtungen zur Unterstützung und Ergänzung der familiären Betreuung, Erziehung und vorschulischen Bildung von Kindern im Alter zwischen drei und sechs Jahren. Kindergärten sind grundsätzlich für Kinder mit und ohne Behinderung zugänglich.* §8 Absatz 1 regelt noch die Aufgabe der Kindergartenpädagoginnen: *Aufgabe der Kindergartenpädagoginnen (Kindergartenpädagogen) ist die Betreuung, Erziehung und vorschulische Bildung der Kinder im Sinne der Bestimmungen des § 11. Außerdem obliegt ihnen die notwendige Betreuung der Kinder im Kindergarten und bei Veranstaltungen im Rahmen des Kindergartenbetriebes.* ⁽⁶⁰⁾ Ob sich daraus eine verpflichtende Mitwirkung der Kindergartenpädagoginnen bei Veranstaltungen, die eine explizite Ausweitung des Betreuungsauftrages im Sinne sozialer und extramuraler Veranstaltungen ableiten lässt, ist nicht ohne weiteres zu beantworten und kann eher nur auf freiwilliger Basis erwartet werden. Eine Aufgabenerweiterung besteht aber schon durch die Einführung der verpflichtenden Kindertagesbetreuung mit 1. September 2008 an Vorarlbergs Kindergärten. Im Rahmen einer Früherkennung überwiegend sprachlichen Förderbedarfs sowie von Entwicklungsauffälligkeiten fällt Kindergartenpädagoginnen in Vorarlberg die Aufgabe

zu, anhand validierter Instrumente (Differenzierungsprobe nach Breuer / Weuffen und Beobachtungsbogen nach Barth, modifiziert als Vorarlberger Beobachtungsbogen – VBB, s. Anhang S.124) auf etwaige Abweichungen zu achten, diese zu dokumentieren, bei Bedarf zu fördern und im Anschluss erneut zu erheben. An den genannten Funktionen sind die professionellen Aufgaben orientiert. Damit ist es dezidiert nicht Teil der Berufsrolle, sich um die Gesundheitsförderung der Familie als solche, geschweige denn um die eigene zu kümmern. Die Verantwortung der Pädagoginnen soll damit aber keineswegs geschmälert werden. Macht man sich anhand der Hirnforschung und der PISA - Studien bewusst, wie wichtig der Grundschulbereich für die gesamte Schullaufbahn ist und welchen Einfluss die Bildung auf Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten nimmt, so kann man mit Andreas Salcher sagen: *Kindergärtner sind wichtiger als Hochschullehrer.* ⁽⁶¹⁾ In skandinavischen Ländern ist man sich z.B. der Tatsache viel mehr bewusst, dass in den ersten 5 Jahren die Fundamente für das Lernverhalten gelegt werden und daher Grundschullehrer und Kindergärtner die bestmögliche Ausbildung erhalten sollen. So ist dort ein Hochschulabschluss Voraussetzung für den Beruf des Kindergärtners. ⁽⁶²⁾ Eine weitere Vertiefung in Ansprüche und Realität des Kindergartenalltags in Anbetracht der feststellbaren soziokulturellen Spannungen und des Aufbrechens der familiären Strukturen soll hier nicht erfolgen. Wie die in den Kindergärten arbeitenden Pädagoginnen mit diesen geänderten Bedingungen und Erwartungen zurechtkommen bedarf allerdings einer genaueren Betrachtung, da in diesem Zusammenhang grundsätzlich gesundheitsabträgliche Belastungen denkbar sind: Überforderung und Insuffizienzgefühle, Gratifikationskrisen und allgemein stressbasierte Reaktionsmuster mit entsprechenden Auswirkungen stellen relevante Beurteilungsfaktoren im Rahmen eines HIA aus der Sicht von betroffenen Akteuren dar.

2 Kindergärten als Familientreffpunkte

2.1 Entstehungsgeschichte und Hintergründe

2.1.1 Familienleitbild der Stadt Dornbirn

2002 erstellte die Stadt Dornbirn in enger Zusammenarbeit mit Prof. Perrez, Universität Bern, ein Familienleitbild, mit dem Ziel, dass Kinder unter guten Bedingungen gedeihen und sich entfalten können sollen.

Eltern sollen in ihrer persönlichen, partnerschaftlichen und beruflichen Entwicklung unterstützt werden. Der Zusammenhalt von Ehe und Familie soll gefördert und unnötige Belastungen sollen vermindert werden. Die im Konzept formulierten Ziele betreffen unterschiedliche Aspekte der Förderung und stellen keinen direkten Gesundheitszusammenhang her: Eltern finden in Dornbirn vielfältige Angebote und Unterstützung für das Gelingen ihrer Beziehungen und das Leben als Familie. Kinder haben in Dornbirn die bestmöglichen Voraussetzungen für eine ganzheitliche Entwicklung und Entfaltung ihrer Anlagen und Fähigkeiten. Ein Konnex zum Kindergarten lässt sich hier durch die Möglichkeit des niederschweligen Zugangs zu entsprechenden Angeboten herstellen. Durch unterschiedliche Formen der Eltern- und Familienbildung sollen Selbstbewusstsein, Selbstwert und altersgemäße Selbstverantwortung sowie Solidarität und Engagement für das Gemeinwohl gefördert werden.

Darüber hinaus sollen Erziehungsberechtigte in ihren elterlichen Aufgaben, aber auch in Fragen der Partnerschaft und der Familiengestaltung unterstützt werden. Gemeint sind nicht nur klassische Bildungsangebote, sondern besonders auch das Lernen von- und miteinander im Lebensumfeld. Als Pilotgemeinde im Bereich **„Familienmentoring und Elternkompetenzen neu“** von **Kinder in die Mitte** wurden die Grundlagen für das Projekt „Kindergärten als Familientreffpunkte“ geschaffen.

2.1.2 Kinder in die Mitte

Die Kampagne der Vorarlberger Landesregierung „Kinder in die Mitte“ ist auf Anregung verschiedener Institutionen des Sozialbereichs entstanden. Dabei stand die afrikanische Weisheit Pate, dass es ein ganzes Dorf braucht, um ein Kind groß zu ziehen. Um langfristig wirtschaftliche Prosperation zu sichern, ist eine nachhaltige Investition in die Kinder bzw. die Bewusstmachung ihres Wertes vonnöten. Im Rahmen dieser Kampagne wurden verschiedene Interessengruppen animiert, ihre

Vorstellungen zur Betonung des „Wertes“ Kind an sich zu entwickeln und ihre Ideen zur Umsetzung einzubringen. Im Rahmen der Ideenentwicklung entstand unter Einbindung des **PRO Team** des ifs (Institut für Sozialdienste) für Nahraum- und Gemeinwesenentwicklung das Konzept des Projektes „Kindergärten als Familientreffpunkte“, das damit seine Wurzeln in zwei unterschiedlichen, sich aber ergänzenden Ansätzen zur Familien- bzw. Sozialraumstrukturentwicklung hat.

2.2 Projektziele und -inhalte

Kinderbetreuungseinrichtungen, insbesondere Kindergärten, sind Orte der Begegnung für Familien mit Kindern jeden Alters.

Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsorten für Eltern mit Kindern (0-14 Jahre) führt zu Stärkung der sozialen Netzwerke von Familien.

Längerfristig ist der Aufbau von informellen und formellen Möglichkeiten für Elternbildung geplant. Zwei bis drei Kindergärten und eine Schülerbetreuungseinrichtung erproben als Pilotkindergärten das Konzept im Schuljahr 2007/2008, im Frühjahr 2008 wird die Übertragung auf mehrere/alle Kindergärten vorbereitet

Private Kinderbetreuungseinrichtungen können sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten, jedoch ohne spezielle finanzielle Unterstützung der Stadt, am Projekt beteiligen.

Jede Pilotereinrichtung führt im Laufe des Schuljahres 2007/2008 unterschiedliche Aktivitäten durch, die Eltern und Kinder aus dem räumlichen Umfeld der Einrichtung in Kontakt miteinander bringen – die Einrichtung etabliert sich damit als **Treffpunkt für Familien**.

In jeder Einrichtung ist eine Mitarbeiterin als Gastgeberin für diese Aktivitäten verantwortlich und zeitlich dafür freigestellt (die benötigte Arbeitszeit wird von der Stadt Dornbirn zusätzlich vergütet).

Jede Gastgeberin holt sich Eltern punktuell oder für das ganze Jahr als Unterstützung bei der Vorbereitung. Die Stadt Dornbirn stellt Unterstützungsmöglichkeiten für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung. Alle Gastgeberinnen aller Pilotereinrichtungen bilden gemeinsam ein Team, das von PRO unterstützt wird.

Im ersten Jahr der Umsetzung sollen umfangreiche Erfahrungen in den Pilotereinrichtungen gesammelt werden (was funktioniert gut, was kommt weniger gut an).

Der Wissens- und Informationstransfer in andere Einrichtungen (auch private) soll sichergestellt werden.

3 Kindergärten als Familientreffpunkte – eine soziale Innovation?

Die Idee, Kindertageseinrichtungen in Richtung Familientreffpunkte weiter zu entwickeln, ist nicht neu. Die Möglichkeit des niederschweligen Familienzugangs eröffnet eine Vielzahl von Interventionsansätzen unterschiedlicher Ausrichtung, von denen im folgenden exemplarisch 2 Modelle etwas näher dargestellt werden sollen.

3.1 Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen

Seit Anfang 2006 wird in Nordrhein-Westfalen die systematische und flächendeckende Weiterentwicklung von Kindertageseinrichtungen (Kita's) in Familienzentren verfolgt, bei der es im Kern um ein **soziales Frühwarnsystem** im Sinne von Wahrnehmen, Warnen und Handeln geht. Bewusst wird der Ansatz bei den Fachkräften im Kindergarten gesucht, da es vorrangig um verbesserte Handlungsmöglichkeiten in der Kindertagesstätte als vertrautem Alltagsraum der Kinder und ihrer Familien (Fachkraftansatz im Handlungsfeld) geht.

In den Herner Materialien, dem umfangreichen „Handbuch“ zum Umgang mit Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten in Kindertageseinrichtungen ⁽⁶³⁾, betonen die Autoren, dass es nicht darum geht, eine zusätzliche Säule im Hilffsystem aufzubauen, sondern im Gegenteil die „Versäulung“ aufzubrechen. Sie konstatieren, dass Institutionen des Bildungswesens, des Gesundheitssystems und der Jugendhilfe in sich abgetrennte Systeme mit begrenzter Problemwahrnehmung sind, die aufgrund formaler Zuständigkeiten ein eingeschränktes Spektrum an Handlungsoptionen haben. Die selektive Problemwahrnehmung erlaubt lediglich Lösungsstrategien vor dem Hintergrund des institutionellen Wissens und Interesses und führe damit zu fehlender Berücksichtigung externer Effekte und Wechselwirkungen. Der Ansatz über Kindertagesstätten sei deshalb sinnvoll, weil diese ein grundsätzlich positives Image haben und Kontakt zu vielen Familien besteht. Kindertagesstätten bzw. Kindergärten seien damit prädestiniert als niederschwelliger Ansprechpartner und Vermittlungsinstanz. Dabei sehen auch sie das traditionelle Selbstverständnis des „Kindergartens“ und das (begrenzte) fachliche Selbstverständnis des Erzieherinnen-Berufes bei „halbherzig“ gepflegter Kultur der Fachberatung als problematisch. Hinzu

kommt eine knappe Personalausstattung bei fehlender Zeit für Vernetzungstätigkeiten.

Ein soziales Frühwarnsystem in einer Kindertageseinrichtung muss in der Lage sein, Hinweise auf gesundheitliche, psychische oder soziale Gefährdungen so frühzeitig zu erfassen, dass Hilfsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden und zum Erfolg führen können. Gesundheitliche, psychische und soziale Risiken sind oftmals miteinander verwoben oder bedingen einander wechselseitig. Dies erfordert eine multidisziplinäre, ganzheitliche Betrachtungsweise, um wirklich alle Frühzeichen wahrnehmen zu können, denn diese sind nicht nur aus pädagogischer, sondern auch aus medizinischer Perspektive bedeutsam.

Aufgrund dieser Feststellungen wurden konkrete Vorgaben entwickelt, deren Umsetzung zur Erreichung der vorgegebenen Ziele notwendig erscheint. Die Erörterung dieser Vorschläge findet an anderer Stelle statt, da sie in weiten Teilen den Verbesserungsmöglichkeiten des zu beurteilenden Projektes der Stadt Dornbirn ähneln.

3.2 Das Konzept der Early Excellence Centres

Dieses Konzept stellt schon in seinen Ursprüngen ein „modell of best practice“ dar und wird deshalb etwas ausführlicher behandelt. Das Pen Green Centre in Corby, einer Stadt der englischen Grafschaft Northhamptonshire, war eine der ersten Tageseinrichtungen, die 1997 durch das Early – Excellence - Programm der englischen Regierung gefördert wurde und gilt heute als Vorreiter und Vorbild der Early – Excellence - Einrichtungen. ^{(64) S.30} „Early Excellence“ bedeutet in diesem Zusammenhang, so früh wie möglich das **Beste für Kinder** anzubieten.

1983 wurde das Pen Green Centre in einem ehemaligem Schulgebäude eröffnet und nahm seine Arbeit als multifunktionelle Tageseinrichtung auf. Basierend auf Planungen, die von Anfang an Familien einbezog, wurde ein Angebot geschaffen, das heute von 35 Mitarbeitern unterschiedlichster Berufsgruppen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen, Kinderschwestern, Heilpädagoginnen u.a. getragen wird. Margy Whalley, eine der Mitbegründerinnen, hat den Anspruch, „*dass alle, die zu uns kommen, sich wohlfühlen und [...] bekommen, was sie brauchen*“ (Whally, 2004).

Die Visionen und konzeptionellen Grundsätze basieren auf dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ und das bedeutet im Einzelnen:

Tabelle 5: Das Prinzip zur Selbsthilfe ⁽⁶⁵⁾

Hilfe und Unterstützung anbieten bei der Entwicklung der Fähigkeit der individuellen Lebensgestaltung	den einzelnen Menschen helfen, das eigene Leben selbst in die Hand nehmen zu können	Hilfe in der Entwicklung und Verbesserung des Selbstbewusstseins	Lernen als lebenslangen Prozess fördern
dabei helfen, dass möglichst alle Menschen die gleichen Chancen erhalten	Grenzen überschreiten lernen; sich nicht mit Gegebenem abfinden, sondern konstruktive Lösungen suchen	Menschen ermutigen, ihre Kraft zur Veränderung zu spüren	Menschen stärken, an eigene Pläne und Ideen zu glauben und dabei helfen, dass sie sich selbst verwirklichen können

Mit diesem Prinzip werden Themen angesprochen, die sich allgemein in unterschiedlicher Weise in Theorien und Deklarationen zur Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung wieder finden. So ist z.B. die Verbesserung der Chancengleichheit eine der drei WHO Strategien, individuelle Kontrolle über Gesundheit zu erlangen. Die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten findet sich als Grundsatz in der Ottawa Charta und das Prinzip der Selbstwirksamkeit als Kohärenzgefühl in der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.

Die Philosophie, die entwickelt wurde, führte zum *One-Stop-Shop*, d.h., alle Angebote finden im Haus statt und sind damit unkompliziert und direkt für die Familien erreichbar. Dieses Angebot umfasst neben hochwertiger Qualität an Bildung, Erziehung und Betreuung im Vorschulbereich integrierte und flexible Angebote für Kinder mit speziellen Bedürfnissen wie Behinderungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Das Centre versteht sich als Begegnungsraum für lebenslanges Lernen und bietet familienunterstützende Angebote durch Sprechstunden von Sozial-, Gesundheits- oder Jugendamt. Eltern werden ermuntert, sich für eine Verbesserung im eigenen Wohnumfeld zu engagieren und zusammen mit der Kommune Freizeitangebote zu entwickeln. Auch klassische Gesundheitsangebote werden gemacht, so finden dort Kurse zur Säuglings- bzw.

Kinderpflege und Informationsveranstaltungen zu Impfungen, gesunder Ernährung sowie Arztprechstunden für Familien statt. Neben diesen familienorientierten Angeboten erfolgt aber auch eine kontinuierliche Aus- und Fortbildung der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Weiterentwicklung des pädagogischen Ansatzes durch Forschung. ⁽⁶⁴⁾ S.6

Aufgrund dieser Erfahrungen lässt sich nachvollziehen, dass das Pen Green Centre eines der ersten war, das 1997 im Rahmen des durch die britische Labour-Regierung veranlassten *Early-Excellence-Programm* anerkannt wurde. Damit sollten Centres und Netzwerke unterstützt werden, die frühzeitige, flexible und hoch qualifizierte Förderung und Betreuung von Kindern anbieten, in denen unterschiedliche Beratungs- und Serviceangebote stattfinden, in denen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und die Qualifizierung von Eltern in Fragen der Erziehung stattfinden. 1999 wurde das staatlich geförderte *Sure-Start-Programm* integriert, in dem besonders sozial benachteiligten Familien nach der Geburt des Kindes ein direkter Zugang in ein Familienzentrum eröffnet wurde. Ab 2004 lief das Programm aus und es erfolgte eine Weiterführung im Rahmen des *Children-Centre-Programms*, das noch mehr integrierte Erziehungs- und Betreuungsangebote beinhaltet.

Die staatliche Evaluation durch das Forschungszentrum für frühe Kindheit der Universität Worcester (Michael Gasper) ergab: *Der Studie zufolge lernen die Kinder in Early-Excellence-Centres schneller und konzentrierter, sie verhalten sich sozialer und haben mehr Selbstvertrauen. Behinderte oder lerngestörte Kinder werden schneller entdeckt und können dadurch früher und gezielter unterstützt werden. Die Eltern besuchen häufiger Fortbildungskurse, die ihre Chancen am Arbeitsmarkt aufbessern. Sie sind seltener sozial isoliert, haben weniger häufig Probleme mit Drogen oder Alkohol, die Quoten für Kindesmissbrauch gehen zurück, die Familien brechen seltener auseinander. Insgesamt steigt der soziale Zusammenhang in Gemeinden mit einem Zentrum.* ⁽⁶⁶⁾

Teil 4: Anwendung des Instrumentes HIA auf die Intervention

Dieses Kapitel befasst sich mit der Anwendung des HIA-Zyklus bzw. seiner Teilschritte auf das Konzept. Im Vordergrund steht die Prozessbeschreibung.

Die folgenden Ausführungen erfolgen unter Anwendung von Materialien, die sich als **Practical Guide** der **University of New South Wales** bzw. im Anhang finden. ⁽²⁵⁾ Diese Anleitung ermöglicht die Planung und Durchführung eines kompletten HIA. Die Benennung der Schritte differiert etwas zu den im Teil 2 Kapitel 3.4 über den theoretischen HIA-Prozess gemachten Angaben. Für die vorliegende Arbeit scheint aber eine Orientierung an dieser mehr praktischen Struktur sinnvoll, da damit besser der prozesshafte Verlauf nachvollzogen und Klarheit für das Vorhaben gewonnen werden kann. Wie sich zeigen wird, ist es aufgrund des gegebenen Rahmens dieser Arbeit nicht möglich, allen Ansprüchen des Verfahrens gerecht zu werden.

1. Screening

Mit Hilfe des Screenings (engl. Prüfung) wird festgestellt, ob ein HIA angemessen oder erforderlich ist. Unter Verwendung der HIA-Checklist (Abb. 9, S. 76) ergibt sich für das Vorhaben ein Score von 8 vs. 6, d.h. dass mehr Punkte für die Durchführung eines HIA sprechen als dagegen.

Selbst wenn diese Beurteilung ergibt, dass ein komplettes HIA unangemessen ist, eröffnet es immer noch die Möglichkeit, Verbesserungspotentiale für das Vorhaben zu identifizieren. Dies scheint in besonderem Maße für das beschriebene Vorhaben gegeben, wenn konsequente Erweiterungsansätze besonders im Hinblick auf vernetzte Beratungstätigkeit in die Planung einbezogen werden. Idealerweise erfolgt das Screening durch eine Gruppe anstatt, wie im vorliegenden Fall, durch eine Einzelperson. Dieser Gruppe sollten angehören:

- Entscheidungsträger mit der Möglichkeit, den Vorschlag abzuändern
- Befürworter des Vorhabens
- Personen, die vom Vorhaben betroffen sind
- Fachleute, die Kenntnisse über gesundheitliche Auswirkungen und/oder die betroffene Bevölkerungsgruppe haben

Als Vorinformation sollte ein Bevölkerungsprofil mit Basisinformationen erhoben werden. Am Ende des Screenings sollte eine schriftliche, transparente Zusammenfassung über das Vorhaben vorliegen, in dem angeführt ist:

- Überblick über das Vorhaben
- eine Einführung zu den potentiellen Auswirkungen auf Gesundheit
- eine Beschreibung der Möglichkeiten, das Vorhaben zu beeinflussen
- Screening-Empfehlungen

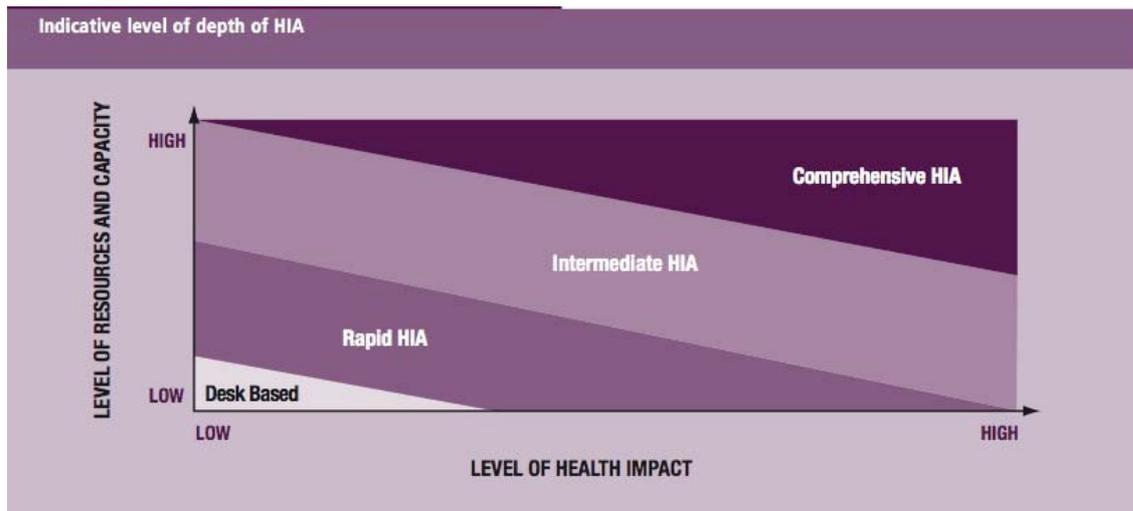
2. Scoping

Laut NSW-Health-Guide wäre dies unter dem Aspekt der Effizienz einer der wichtigsten, wenn nicht der wichtigste Schritt eines realen HIA's. Die gewissenhafte Durchführung des Scopings (engl.: Ausmaß, Umfang) spart Zeit, Aufwand und Ressourcen in den verbleibenden Schritten. Eine der Hauptaufgaben ist die Aufstellung eines HIA-Projekt-Teams und einer HIA-Steuerungsgruppe, die für die Dauer des gesamten HIA's bestehen bleibt. Die Etablierung der Steuerungsgruppe, die über alle wesentlichen Belange des HIA's entscheidet, ist die **organisatorische Hauptaufgabe** des Scoping-Prozesses. Dabei müssen Aspekte der adäquaten Zusammensetzung und Größe ebenso wie Fragen des Vorsitzes, der Gesundheitsperspektive und des Werte- und Verhaltenscodes berücksichtigt werden. Darüber hinaus legt diese Gruppe die Vorgangsweise hinsichtlich der Berücksichtigung der Evidenz, der betrachteten Determinanten sowie die Tiefe des HIA's fest.

Anwendung:

Die Form eines **desk-based** Ansatzes kann bei geringen Auswirkungen, limitierten Ressourcen unter Analyse bereits existierender Daten gewählt werden.

Abbildung 8: Tiefen von HIA in Bezug auf Möglichkeiten ⁽²⁵⁾



(Quelle: Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007. 15.)

Im Hinblick auf die Auswahl der betrachteten Auswirkungen sind sowohl solche des Vorhabens selbst als auch kontextabhängige zu berücksichtigen. Je geringer die Ressourcen, desto kleiner sollte auch die Anzahl der betrachteten Auswirkungen sein.

Anwendung:

Für das Vorhaben sollen die Auswirkungen im Hinblick auf die Pädagoginnen sowie Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf benachteiligte Gruppen beurteilt werden.

Ein weiterer Aspekt umfasst die Festlegung von Art und Spannweite der Evidenz, die zum einen von Ressourcen und Möglichkeiten, zum anderen aber auch von den zu beantwortenden Fragen abhängt.

Zur Frage der gesundheitlichen Auswirkungen erfolgte eine Literaturrecherche und eine Befragung von Pädagoginnen, um deren Bedenken hinsichtlich der Maßnahmen zu erfahren. Darüber hinaus wird erhoben, inwieweit vorgeschlagene Änderungen des Vorhabens zu vermehrter Zufriedenheit beitragen.

3. Identification

Dieser Schritt des NSW Practical Guide befasst sich mit der Erstellung eines Profils der Gemeinschaft oder Bevölkerung, die vom Vorhaben betroffen ist. Er beinhaltet auch die Sammlung von Information zur Identifizierung potentieller Gesundheitsauswirkungen. Dabei spielt die auch Frage nach erhöhter Vulnerabilität bestimmter Gruppen eine Rolle.

Anwendung:

Überblick über die Kindergärten der Stadt Dornbirn, aufgeschlüsselt nach Geschlecht der Kinder und Personal

Tabelle 6: Statistik Kindergärten Stadt Dornbirn ⁽⁶⁷⁾, S. 21

Gemeinde/Kindergarten	Träger	Personal			Aufgenommene Kinder		
		Kinder- gärtne- rinnen	Helfe- rinnen	Sonst. Fach- kräfte	Knaben	Mädchen	Gesamt
Dornbirn-Forach	Stadt	6	-	1	36	29	65
Dornbirn-Rohrbach	Stadt	6	3	-	41	48	89
Dornbirn-Schwefel	Stadt	2	1	1	8	16	24
Dornbirn-Härte	Stadt	4	1	3	35	27	62
Dornbirn-Mittelfeld	Stadt	9	2	-	29	43	72
Dornbirn-Langegasse	Stadt	2	3	1	19	29	48
Dornbirn-Wallenmahd	Stadt	3	4	1	38	25	63
Dornbirn-Am Wall	Stadt	2	1	2	21	20	41
Dornbirn-Haselstauden	Stadt	5	2	4	37	47	84
Dornbirn-Knie (SOS Kinderdorf)	Verein	2	1	-	13	11	24
Dornbirn-Herrburger	Stadt	5	-	-	13	19	32
Dornbirn-Leopold	Stadt	2	1	2	32	24	56
Dornbirn-Weißachergasse	Stadt	3	3	2	41	36	77
Dornbirn-Watzenegg	Stadt	2	1	1	12	14	26
Dornbirn-Niederbahn	Stadt	1	-	2	16	6	22
Dornbirn-Kastenlangen	Stadt	4	2	1	25	28	53
Dornbirn-Kehlegg	Stadt	1	1	-	4	8	12
Dornbirn-Montfortstraße	Stadt	2	-	-	10	10	20
Dornbirn-Sala	Stadt	6	3	-	29	33	62
Dornbirn-Heinzenbeer	Stadt	6	1	-	28	27	55
Dornbirn-Feldgasse (Hörgeschädigte)	Verein	1	-	5	8	3	11

Tabelle 7: Kinder in Integrationsgruppen in allgemeinen Kindergärten nach Geschlecht ⁽⁶⁷⁾ S.26

Gemeinde/Kindergarten	Aufgenommene Kinder			Davon Kinder mit Behinderung
	Knaben	Mädchen	Gesamt	
Dornbirn-Rohrbach	7	11	18	1
Dornbirn-Härte	9	7	16	2
Dornbirn-Mittelfeld	7	6	13	1
Dornbirn-Langegasse	8	14	22	1
Dornbirn-Wallenmahd	13	7	20	3
Dornbirn-Am Wall	11	6	17	3
Dornbirn-Haselstauden	7	9	16	3
Dornbirn-Kastenlangen	7	10	17	2
Dornbirn-Heinzenbeer	9	5	14	1
Dornbirn-Feldgasse (Hörgeschädigte)	8	3	11	1

Tabelle 8: Kinder nach Staatsbürgerschaft in den Bezirken ⁽⁶⁷⁾ S.40

Staatsbürgerschaft	Bezirke				Gesamt
	Bludenz	Bregenz	Dornbirn	Feldkirch ^{1,2)}	
Österreich	1.270	2.623	1.638	2.266	7.797
Deutschland	27	90	36	53	206
Sonstige EU-Staaten	11	17	14	21	63
Türkei	53	113	134	101	401
Serbien, Montenegro	7	55	22	18	102
Bosnien-Herzegowina	28	11	24	22	85
Kroatien	3	11	8	11	33
Mazedonien	2	1	4	1	8
Sonstiges Europa	15	26	14	22	77
Afrika	1	-	2	1	4
Amerika	5	3	-	2	10
Asien	5	6	5	3	19
Unbekannt, Ungeklärt, Staatenlos	7	7	4	5	23
Gesamt	1.434	2.963	1.905	2.526	8.828

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Bezirk Dornbirn, der die Städte Lustenau und Hohenems mit umfasst. Die Zahlen geben den generellen Trend an und variieren etwas in den Kindergärten der Stadt Dornbirn, spiegeln aber die Verhältnisse im Wesentlichen. Für die einzelnen Kindergärten, die am Projekt teilnehmen, könnten allerdings verschiedene Aspekte von Belang sein und müssten gesondert erhoben werden.

Der Anteil der Kinder im Kindergarten mit nicht-deutscher Muttersprache im gesamten Bezirk Dornbirn beträgt 12 %. In Bezug auf die Staatsbürgerschaft stellen die zweithäufigste Gruppe Kinder aus der Türkei, gefolgt von Deutschland und Serbien-Montenegro sowie Bosnien-Herzegowina.

Im Hinblick auf Beschäftigung sind 45,5 % der Mütter Voll- oder Teilzeit beschäftigt (Väter: 96,3 %), davon rund 11 % ganztags (Väter: 92 %). Von den allein erziehenden Müttern arbeiten 24,1 % voll, Teilzeit 47,3 %. 28,4 % sind arbeitslos. Allein erziehende Väter bilden einen vernachlässigbaren, minimalen Anteil.

Die Altersverteilung des zu fast 100 % weiblichen Personals beträgt 4,4 % <20 Jahre, 32,6 % 20-30 Jahre, 22,4 % 30-40 Jahre, 29,6 % 40-50 Jahre und 10,1 % 50-60 Jahre. ⁽⁶⁷⁾

Aus den Erhebungen lassen sich folgende vulnerable Gruppen identifizieren:

- Nicht-deutsch sprechende Familien
- Allein erziehende Mütter
- ArbeitnehmerInnen über 50 Jahre

4. Daten – bzw. Informationssammlung

Erst die Sammlung von Informationen und Daten erlaubt eine ausgewogene Beurteilung eines Vorhabens. Im NSWH-Guide wird zwischen primärer und sekundärer Datensammlung unterschieden. Primäre Daten betreffen nur das Vorhaben selbst z.B. Besprechungen mit Vertretern der Kommune oder Betroffenen, Statistiken etc. Sekundäre Daten gehen über das eigentliche Vorhaben hinaus und umfassen Ergebnisse anderer HIA's, spezieller Literatur und systematischer Reviews unter Berücksichtigung evtl. „grauer“ Literatur.

Anwendung:

Die im Rahmen dieser Arbeit erfolgte Datensammlung beinhaltet eine breite Berücksichtigung vorhandener Literatur zu sozialen Gesundheitsdeterminanten sowie Arbeiten im Zusammenhang mit Kindergärten und Konzepten zu deren Erweiterung. Dabei erfolgte eine systematische Suche in verschiedenen Datenbanken wie DIMDI, PUBMED, MEDLINE, COCHRANE, GOOGLE SCHOLAR sowie HIA assoziierten Websites wie HIA CONNECT, HIA COMMUNITY Wiki, WHO. Eine primäre Datenerhebung erfolgte durch qualitative Interviews mit Verantwortlichen der Stadt Dornbirn, des Landes Vorarlberg und betroffenen Pädagoginnen und Eltern. Quantitative Daten wurden anhand offizieller Statistiken des Landes Vorarlberg erhoben.

5. Assessment

In diesem Schritt werden die Informationen bzw. Erkenntnisse, die während des Identifikationsprozesses gesammelt wurden, zusammengeführt und kritisch bewertet, um die gesundheitlichen Auswirkungen festzulegen und zu reihen. Dazu kann, je nach Ausmaß des HIA's, eine Matrix verwendet werden, die es erlaubt, systematisch Breite, Art und Ausmaß der Auswirkungen zu beurteilen. Dabei werden auch Felder identifiziert, in denen evtl. Kompromisse notwendig sind, und auf erste Empfehlungen hingearbeitet, um unter Minimierung negativer Auswirkungen positive Effekte zu maximieren.

Aspekte, die in diesem Schritt beachtet werden sind:

- Handlung bzw. Maßnahmen
nimmt Bezug auf die Maßnahme im Vorhaben, die den größten Einfluss auf Gesundheit hat
- Relevante Gesundheitsdeterminanten
Verbindung des Vorhabens zu Gesundheitsdeterminanten und gesundheitlichen Auswirkungen
- Informationsquelle
Angabe der Art von Information für jede berücksichtigte Maßnahme, die eine Bewertung der Auswirkung unterstützt
- Typologie und Gewichtung
die Art der ermittelten Evidenz erlaubt eine Gewichtung der herangezogenen Informationsquelle
- Art der Auswirkung
Auswirkungen auf Gesundheit können positiv und negativ sein oder bleiben unbestimmt
- Zeitliche Auswirkung
das Auftreten der Auswirkung kann kurz-, mittel- oder langfristig sein
- Ausmaß der Auswirkung
das Ausmaß der gesundheitlichen Auswirkung kann groß, mittel, klein oder vernachlässigbar sein
- Wahrscheinlichkeit des Eintretens der Auswirkung
die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer gesundheitlichen Auswirkung kann definitiv, wahrscheinlich oder spekulativ sein
- Auswirkungen bezogen auf Gruppen, Gemeinschaften oder Gesamtbevölkerung
diese Betrachtung ermöglicht die Beurteilung der verschiedenen Auswirkungen unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit. Zumindest sollte eine Beurteilung in Bezug auf Geschlecht, Alter, kulturellen Hintergrund, sozioökonomischer Lage, speziellen, lokalen Benachteiligungen und existenten Gesundheitsbeeinträchtigungen erfolgen
- Art der verschiedenen Auswirkungen
Beschreibung der Art der unterschiedlichen Auswirkungen und Beurteilung in Bezug auf Fairness bzw. Möglichkeiten, Unfairness zu vermeiden

- Beeinflussungsmöglichkeit
Beurteilung der Chance auf Möglichkeiten, das Vorhaben zu beeinflussen (groß, mittel, gering, nicht vorhanden)
- Erste Empfehlungen
erste Empfehlungen in Bezug auf jede Auswirkung als Basis für den nächsten Schritt

Anwendung

Überlegungen zur Bewertung:

Für das Vorhaben einer Stadt, alle Kindergärten langfristig in Familientreffpunkte umzuwandeln, wird ein HIA im Rahmen einer Masterthesis durchgeführt. Dieser Desk-based-Ansatz umfasst die Beurteilung von:

- a) der organisatorischen Erweiterung bestehender Kindergärten in Familientreffpunkte und
- b) den Auswirkungen auf das Sozialkapital bzw. den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Arbeitsbedingungen der Kindergartenpädagoginnen.

Information bzw. Evidenz wurde gewonnen durch: Bevölkerungsprofil, Literatursuche, Gesetzestexte, Interviews von Schlüsselpersonen, Korrespondenz mit Public Health Experten.

Teil 5: HIA Report

Dieses Kapitel versucht, die Frage der zu erwartenden Effekte in der Übertragung auf das Projekt der Stadt Dornbirn zu beantworten. Es werden die möglichen positiven oder negativen Auswirkungen des Konzeptes „Kindergärten als Familienzentren“ auf Gesundheitsentwicklung unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse bewertet und in Form eines HIA-Reports zusammengefasst. Der Bericht ist ein eigenständiger Teil der Arbeit, der Interessierten zur Verfügung gestellt wird. Er enthält eine eigene, ausgesuchte Literaturliste, auf die im Text Bezug genommen wird.

Health Impact Assessment

des Projektes der Stadt Dornbirn
Erweiterung von Kindergärten zu Familientreffpunkten



Quelle: © WDR 2008

Erstellt von: Dr. Harald Geiger

Kinder- und Jugendfacharzt

1. Public Health Lehrgang Schloss Hofen, Vorarlberg

Die Erstellung dieses Health Impact Assessment (HIA) erfolgt im Rahmen einer Abschlussarbeit als Masterthesis.

Danksagungen

Ich möchte mich bei den folgenden Personen bedanken, ohne deren Mithilfe die Erstellung dieses Berichtes nicht möglich gewesen wäre:

Prof. Dr. Horst Noack, Universität Graz

Dr. Martin Sprenger MPH, Universität Graz

Andrea Kaufmann, Stadt Dornbirn

Michael Walter, Stadt Dornbirn

Dr. Roland Andergassen, Stadt Dornbirn

Brigitte Rodriquez

Thomas Müller, Land Vorarlberg

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	70
2. Empfehlungen	71
3. Hintergrund	72
4. Health Impact Assessment	75
4.1. Screening	76
4.2. Scoping	80
4.3. Appraisal	81
4.4. Evaluation	94
5. Diskussion	95
6. Zusammenfassung	100
7. Empfehlungen	102
8. Literatur	110

1. Zusammenfassung

Die Stadt Dornbirn sieht in der Erweiterung von Kindergärten zu Familientreffpunkten grundsätzlich die Chance, das Sozialkapital der Bevölkerung zu erhöhen. Dieses Vorhaben soll besonders jungen Familien mit (noch) wenigen Sozialkontakten die soziale Integration erleichtern. In einem weiteren Ansatz sollen längerfristig Möglichkeiten für informelle und formelle Elternbildung geschaffen werden.

Health Impact Assessment (*Abschätzung von Auswirkungen auf Gesundheit*, freie Übers. d. Verf.) ist ein multidisziplinärer Ansatz zur Untersuchung der potentiellen Auswirkungen eines Vorhabens auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung. Das Ziel ist, evidenzbasierte Empfehlungen zu liefern, die im Entscheidungsprozess helfen ein Maximum an Gesundheit und Wohlbefinden unter Reduktion oder Vermeidung von negativen Einflüssen oder Ungerechtigkeiten zu erreichen.

Als sog. „Mini“-HIA bzw. „Schreibtisch“(desk-based)-HIA wurde in diesem Health Impact Assessment der Schwerpunkt auf die Literatursuche und damit theoretische Arbeit gelegt. Trotzdem erfolgte ein prozesshaftes Vorgehen entsprechend den Vorgaben zur Erstellung eines HIA's, wie sie im „Health Impact Assessment: A Practical Guide“ des Departement of Health, NSW angegeben sind. Aufgrund der Umstände der Entstehung des Berichtes können die Empfehlungen aber nur unter dem eingeschränkten Blickwinkel des Autors und nicht, wie es bei einem Vorhaben dieses Ausmaßes wünschenswert wäre, anhand partizipativer Prozesse im Konsens mit den Betroffenen erfolgen.

Unter Berücksichtigung bereits eingeleiteter Prozesse und Erkenntnisse legt der Bericht den Schwerpunkt auf

- Angebotsplanung
- Zugangsmöglichkeiten
- Kosten und Ressourcen
- Begleitung und Bildung

2. Empfehlungen

- **Angebot**
Ausarbeitung eines modularen Angebotes, das von den jeweiligen Kindergärten gebucht werden kann. Der/die Vortragende kommt aus den Reihen bewährter Sozialdienste, die damit niederschweligen Zugang zu ihren Diensten herstellen. Regelmäßige Sprechstunden von Sozial -, Gesundheits- oder Jugendamt unter Schaffung integrierter Erziehungs- und Betreuungsangebote. Ausweitung der Module auf Freizeitgestaltung mit Kindern, Kinder und Medien, Ernährung von Kindern, Umgang mit Gesundheitsproblemen, u.v.a.
- **Zugang**
Besondere Berücksichtigung des sprachlichen und kulturellen Hintergrundes von Zuwanderern sowie der speziellen Situation allein erziehender Mütter durch speziell konzipierte Teilnahmemöglichkeiten und Einladungen.
- **Kosten und Ressourcen**
Für die anfordernden Kindergärten sollen keine organisatorischen oder finanziellen Kosten entstehen, besonderes Engagement soll entlohnt werden. Alle Beratungsangebote sind kostenlos, der Kindergartenbeitrag ist sozial gestaffelt oder fällt ganz weg.
Ältere Arbeitnehmerinnen werden durch entsprechende Personalaufstockungen berücksichtigt.
- **Begleitung und Bildung**
Laufende, intensive Begleitung unter Reflexions- und Qualifikationsmöglichkeit der Beteiligten.
Organisation eines Public Health - Workshops zur Verdeutlichung der Ziele des Vorhabens und seinem Bezug zur Gesundheit auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene.
Transparente Kommunikation der Ziele und Haltungen.
Entwicklung eines Elternbildungsangebotes.

3. Hintergrund

In Vorarlberg allgemein und speziell in Dornbirn besteht auf politischer Seite weitestgehend Konsens, dass nachhaltige Maßnahmen notwendig sind, um den schwindenden Geburtenzahlen und dem Zusammenbruch familiärer Strukturen zu begegnen. Aus der landesweiten Kampagne „Kinder in die Mitte“ ist im Rahmen der Ideenentwicklung das Konzept des Projektes „Kindergärten als Familientreffpunkte“ entstanden.

Die Stadt Dornbirn befasst sich bereits seit längerem mit der Situation von Familien und verfügt über eine eigene Familienabteilung, die sich als Servicestelle rund um die Familie versteht. Um Entscheidungen, die Familien und deren Möglichkeiten und Entwicklung beeinflussen, nahe am Bedarf treffen zu können, wurde ein Familienleitbild entwickelt und u.a. ein „Elternbildungsbeirat“ einberufen, der in einem weiteren Schritt aus strategischen Gründen in den Verein „Familienfreundliches Dornbirn“ überführt wurde.

Dornbirn mit rund 46000 Einwohnern hat den größten Ausländeranteil aller Städte in Vorarlberg. Auch wenn lt. einer aktuellen Erhebung von einem überdurchschnittlich hohen Sozialkapital ausgegangen werden kann, sind sich die politisch Verantwortlichen bewusst, dass weitere Investitionen in dieser Hinsicht, besonders für junge Familien, notwendig sind. Der Aspekt der Gesundheitsförderung bzw. des Einflusses auf Gesundheit überhaupt stand bei den Überlegungen zu diesem Vorhaben bisher nicht explizit im Vordergrund.

Die Erweiterung der städtischen (und auf Anfrage auch privaten) Kindergärten zu Familientreffpunkten soll neben Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsorten für Eltern mit Kindern längerfristig informelle und formelle Möglichkeiten zur Elternbildung ermöglichen.

In einer Pilotphase führen die teilnehmenden Kindergärten sowie eine Schülerbetreuungseinrichtung in Eigeninitiative unterschiedliche Aktivitäten durch, die Eltern und Kinder aus dem räumlichen Umfeld der Einrichtung in Kontakt miteinander bringen.

In jeder Einrichtung ist eine Mitarbeiterin als Gastgeberin für diese Aktivitäten verantwortlich und zeitlich dafür freigestellt (die benötigte Arbeitszeit wird von der Stadt Dornbirn zusätzlich vergütet).

Jede Gastgeberin holt sich Eltern punktuell oder für das ganze Jahr als Unterstützung bei der Vorbereitung. Die Stadt Dornbirn stellt Unterstützungsmöglichkeiten für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung. Alle Gastgeberinnen aller Piloteinrichtungen bilden gemeinsam ein Team, das von PRO (ifs) unterstützt wird.

Das Vorhaben betrifft potentiell 1065 Kinder mit unterschiedlichem familiär kulturellem Hintergrund.

Ausgehend von den Zahlen des Bezirks (!) Dornbirn haben knapp 88 % dieser Kinder österreichische oder deutsche Staatsbürgerschaft, demnach rund 12 % der Kinder nicht-deutsche Muttersprache. Statistische Aussagen über die reale Fremdsprachlichkeit können aus den vorliegenden Daten ebenso wenig gemacht werden wie über die reale prozentuale Verteilung der fremdsprachlichen Kinder in den einzelnen Kindergärten.

Im Hinblick auf Beschäftigung sind etwa die Hälfte (45,5 %) der Mütter Voll- oder Teilzeit beschäftigt (Väter: 96,3 %), davon rund 11 % ganztags (Väter: 92 %). Von den allein erziehenden Müttern arbeiten knapp 1/4 (24,1 %) voll, Teilzeit etwas weniger als die Hälfte (47,3 %). Der Rest (28,4 %) ist arbeitslos. Allein erziehende Väter bilden einen vernachlässigbaren, minimalen Anteil.

10 % des Kindergarten-Personals ist über 50 Jahre alt.

Aus soziologischer Sicht lassen sich in Verbindung mit diesem Vorhaben folgende vulnerable Gruppen identifizieren:

- fremdsprachliche Kinder bzw. deren Familien
- Allein erziehende Mütter
- Arbeitnehmerinnen über 50 Jahre

Um den speziellen Bedürfnissen dieser Gruppen gerecht zu werden bzw. um im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit unter Minimierung von gesundheitlich negativen Auswirkungen Ungerechtigkeiten zu vermeiden, fokussiert die Strategie auf die folgenden Bereiche:

- Angebotsplanung
- Zugangsmöglichkeiten
- Kosten und Ressourcen
- Begleitung und Bildung

Den Verantwortlichen der Familienabteilung ist ein hohes Ausmaß an familienpolitischer Kompetenz und Innovationsbereitschaft zu bescheinigen. Gleichwohl sind sie sich der sozialen Realität rasch wandelnder familiärer Strukturen bewusst. Der Blickwinkel Gesundheit, der sich in den derzeitigen Entscheidungen und Beurteilungen nicht automatisch ergibt, kann durch Erweiterung der Sichtweise Möglichkeiten eröffnen, Konzepte nachhaltig und im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit gesundheitsfördernd für die Einwohner gestalten.

4. Health Impact Assessment

Mit dem breiten Verständnis der WHO von *Gesundheit als einem Zustand kompletten physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung* stellt HIA einen multidisziplinären Zugang zur Beurteilung der potentiellen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden dar. International wird HIA als Ansatz gesehen, der mithilft, das soziale Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern.

Die Hauptgründe für die Durchführung dieses HIA's sind:

- den politisch Verantwortlichen eine tragfähige Entscheidungshilfe zu geben
- die politisch Verantwortlichen dabei zu unterstützen, Aspekten der Gesundheit auf Bevölkerungsebene (engl. *Public Health*) gerecht zu werden
- den politisch Verantwortlichen zu ermöglichen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen
- die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern
- den partizipativen Ansatz politischer Entscheidungen zu fördern
- Gesundheit und Wohlbefinden unter Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu verbessern
- eine Masterthesis im Rahmen des Abschlusses des Studiums Public Health zu erstellen

HIA-Prozess

Der HIA-Prozess folgte einem standardisierten Vorgehen wie er im „Health Impact Assessment: A Practical Guide“ des Health Departement of New South Wales bzw. anderer vergleichbarer, englischer Ratgeber vorgegeben ist. Die formale Verfassung des Berichtes erfolgte aus Ermangelung deutschsprachiger Vorbilder in Anlehnung an das reale *Health Impact Assessment on the draft Hastings District Council Graffiti Vandalism Strategy* von Ana Apatu and Maree Rohleder des Hawke's Bay District Health Board, October 2008, New Zealand

In einem HIA ist es üblich, verschiedene Möglichkeiten miteinander zu vergleichen. – entweder eine Möglichkeit mit anderen oder damit, dass alles bleibt, wie es ist. Im

vorliegenden Fall erfolgt ein Vergleich mit dem Konzept der EARLY EXCELLENCE CENTRES, Großbritannien. Die vier Hauptschritte eines Health Impact Assessment - Prozesses sind:

4.1. Screening (Selektion, Prüfung)

Screening ist der initiale Selektionsprozess, der die Anwendbarkeit eines HIA's auf ein politisches Vorhaben prüft. Dieser Prozess musste aufgrund der selbst getroffenen Auswahl des Themas übergangen werden. Die Thematik erschien aber insgesamt nach Rücksprache mit Public Health - Experten (Prof. Horst Noack, Dr. Martin Sprenger, MPH, Medizinische Universität Graz) lohnend. Im durchgeführten Screening mittels Checklist des NSW-Guide ergab sich eine knappe Punktemehrheit für die Durchführung eines HIA's.

Abbildung 9

ANSWERS FAVOURING DOING A HIA	TO YOUR KNOWLEDGE	ANSWERS FAVOURING NOT DOING A HIA
HEALTH IMPACTS		
Yes / not sure	Does the initiative affect health directly?	No
Yes / not sure	Does the initiative affect health indirectly?	No
Yes / not sure	Are there any potentially serious negative health impacts that you currently know of?	No
Yes / not sure	Is further investigation necessary because more information is required on the potential health impacts?	No
No	Are the potential health impacts well known and is it straightforward to suggest effective ways in which beneficial effects are maximised and harmful effects minimised?	Yes
No	Are the potential health impacts identified judged to be minor?	Yes
COMMUNITY		
Yes / not sure	Is the population affected by the initiative large?	No
Yes / not sure	Are there any socially excluded, vulnerable, disadvantaged groups likely to be affected?	No
Yes / not sure	Are there any community concerns about any potential health impacts?	No
INITIATIVE		
Yes / not sure	Is the size of the initiative large?	No
Yes / not sure	Is the cost of the initiative high?	No
Yes / not sure	Is the nature and extent of the disruption to the affected population likely to be major?	No
ORGANISATION		
Yes	Is the initiative a high priority/important for the organisation/partnership?	No
Yes	Is there potential to change the proposal?	No
FOR =	TOTAL	AGAINST =

(Quelle: Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007. 37.)

Beschreibung

Das Vorhaben betrifft potentiell 1056 Kinder und ihre Eltern in einer ländlichen mittleren Kleinstadt mit rund 46000 Einwohnern. Die Stadt hat den größten Ausländeranteil aller Städte in Vorarlberg. Der überwiegende fremdsprachliche Bevölkerungsanteil wird von Familien aus der Türkei, Serbien-Montenegro sowie Bosnien-Herzegowina gebildet.

A Worum geht es in dem Vorhaben?

Umwandlung von Kindergärten in Familientreffpunkte, Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsorten für Eltern mit Kindern im städtischen Umfeld. Längerfristig Aufbau informeller und formeller Möglichkeiten für Elternbildung und das Lernen von- und miteinander im Lebensumfeld.
Niederschwelliger Zugang zu diversen Beratungsangeboten.

B Was ist der Hintergrund für das Vorhaben?

Unterstützung von Eltern in ihrer persönlichen, partnerschaftlichen und beruflichen Entwicklung unter dem Aspekt der Sozialkapitalförderung. Nutzung des vertrauten Alltagsraumes der Kinder und Familien als niederschwelliger Ansprechpartner und Vermittlungsinstanz. Bedeutung vorschulischer Erfahrungen und Bildung für die spätere Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten.

C Betrifft das Vorhaben eine der folgenden (Gesundheits-) Determinanten?

Lebensstil	ja
Physikalische Umwelt	nein
Soziale/ökonomische Umwelt	ja
Beeinflussungsmöglichkeit durch das Gesundheitssystem	nein
Andere	ja
Wenn ja, welche?	
Soziale und gemeinschaftliche Netzwerke, Bildung, kulturelle Bedingungen	

D Was sind die zugrunde liegenden Annahmen dieses Vorhabens?

Dass Familien und Kinder eine Ausweitung des Angebotes ihrer vertrauten Umgebung annehmen.

Dass Eltern bereit sind, sich an der Ideenentwicklung zur Gestaltung von Gemeinschaftsaktionen zu beteiligen.

Dass Pädagoginnen bereit sind, zusätzliche Zeitressourcen zur Verfügung zu stellen.

E Warum beeinflusst das Vorhaben Gesundheit ?

Interventionen im Setting Kindergarten beeinflussen die sozialen Beziehungen sowohl der Eltern und Kinder als auch der Pädagoginnen.

Potentiell positive Effekte:

Verbesserung der sozialen Beziehungen, besonders im Hinblick auf fremdsprachliche Gruppen durch Gemeinschaftsaktionen. Erfahrung von Anerkennung und Selbstwirksamkeitserleben mit Stärkung des Selbstbewusstseins. Ermunterung zu Engagement zur Umfeldverbesserung und Entwicklung von Freizeitangeboten.

Raschere soziale Integration zugezogener junger Familien.

Verbesserung des sozialen Zusammenhaltes. Lebensstiländerungen durch Beratungsangebote in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Erziehung, Umgang mit eigenen Frustrationen und Partnerschaftsproblemen, Wahrnehmen von Vernachlässigung.

Potentiell negative Effekte:

Überlastung des Personals, Stresserhöhung. Unterrepräsentation von Eltern mit fremdsprachlichem Hintergrund aufgrund sprachlicher Probleme mit zunehmender sozialer Ausgrenzung. Finanzielle Belastungen durch anspruchsvolle Angebotsplanung.

Ausschluss sozial schwacher Gruppen, die sich den Kindergartenbesuch nicht leisten können oder solcher, die keinen Besuch wollen.

Erwartete Folgen:

Verbesserung des Sozialklimas, Stärkung des Gemeinschaftsgefühls, gesteigerte Akzeptanz von Beratungsangeboten, Lebensstiländerung

Mögliche unbeabsichtigte Folgen:

Zunehmende Ausgrenzung von Randgruppen, Überforderung und Burn Out - Symptome bei Beschäftigten, politischer „Erfolgszwang“, Ideologisierung, Auswirkung auf andere soziale Aktivitäten.

Zunahme der Frustration bei Scheitern.

F Beschreibung der Art und des Ausmaßes der Gesundheitsauswirkungen dieses Vorhabens

Beeinflussung des sozialen Umfeldes mit Steigerung des Lebensgefühls, Knüpfen und Festigung sozialer Beziehungen, Erfahrung von Angeboten und Unterstützung und Wahrnehmung der persönlichen Situation.

G Auflistung der am ehesten zu erwartenden Auswirkungen

Stärkung des Gemeinschaftsgefühls

Stärkung sozialer Netzwerke

Wahrnehmung von Beratungs- und Hilfsangeboten zur Verbesserung der persönlichen und sozialen Situation

H Auflistung der am meisten betroffenen Gruppen

Familien mit Kindern von drei bis sechs Jahren

Kindergartenpädagoginnen

I Mögliche Gleichheitsgesichtspunkte

Erwünscht:

Soziale Integration, gegenseitiges Kennen lernen

Unerwünscht:

Vermehrte Ausgrenzung, Dominanz nicht-fremdsprachlicher Eltern

J Ist ein HIA angemessen?

Warum oder warum nicht

Ein HIA ist angemessen, da damit auf verantwortlicher Ebene aufgezeigt werden kann, dass bei einer Erweiterung des Vorhabens und Berücksichtigung bereits vorliegender Daten ein deutlicher Zuwachs an Gesundheitspotential bei Beachtung besserer Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden könnte.

Wenn ja, welcher Typ und wie?

Aufgrund der Ausgangssituation als „desk based“ –Ansatz

4.2. Scoping (Abgrenzung)

In diesem Prozess werden die Kernthemen, die behandelt werden müssen, und das Ausmaß des HIA festgelegt. Auch dies ist üblicherweise ein Prozess, der in der Gruppe beschlossen wird. Da es aber von vornherein nicht möglich war, ein ausgedehntes HIA im Sinne von Beteiligung der Betroffenen, Bildung eines Steuerungs-Komitees etc. durchzuführen, erfolgte die Auslegung des HIA als sog. Mini-HIA bzw. Desk-based-Ansatz.

Dabei ergaben sich folgende Gesichtspunkte:

Ziel

Anwendung eines HIA auf das Vorhaben „Erweiterung von Kindergärten in Familientreffpunkte“ mit der Absicht, die Gesundheit und das Wohlbefinden sowohl der Kinder und Familien, ihrer Angehörigen als auch der Angestellten der betroffenen Bevölkerung der Stadt Dornbirn zu verbessern. Als „Kollateraleffekt“ wäre die Steigerung des Wohlbefindens infolge „guter“ Entscheidungen mit entsprechenden Gesundheitsauswirkungen auf die politisch Verantwortlichen zusätzlich zu berücksichtigen.

Zielvorgaben

- Unterstützung der Stadt Dornbirn in der Steigerung der positiven Aspekte des Vorhabens bei gleichzeitiger Reduktion jedweder unbeabsichtigter negativer Auswirkung, um eine abgerundete und ausgewogene Strategie zu entwickeln.

- Berücksichtigung spezieller Gleichheitsaspekte in der Strategie für:
 - fremdsprachliche Kinder bzw. deren Familien
 - Allein erziehende Mütter
 - Arbeitnehmerinnen über 50 Jahre

- Unterstützung des partizipativen Prozesses der Familienabteilung mit den Kindergärten und der Bevölkerung sowie familienbezogen arbeitenden Institutionen

- Übergabe eines verständlichen, gut lesbaren Berichtes an die politisch Verantwortlichen
- Verbreitung der Erkenntnisse aus dem HIA in einem größeren politischen Umfeld, das mit Familienpolitik im weitesten Sinn befasst ist

Determinanten (maßgebender Umstand, Übersetz. d. Verf.) für Gesundheit und Wohlbefinden

Unter den zahlreichen Determinanten, die im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden im Rahmen des Vorhabens identifiziert werden können (s. Anhang 3), wurden aus Zeitgründen folgende ausgewählt:

- **Sozialkapital mit sozialem Zusammenhalt**
- **Arbeitsbedingungen**

Bevölkerungsgruppe

Die betrachtete Bevölkerungsgruppe im Rahmen des HIA betrifft:

- **Familien mit jungen Kindern inkl. allein erziehender Mütter**
- **Kindergartenpädagoginnen**

4.3. Appraisal (Beurteilung)

Das Ziel dieses Schrittes ist abzuschätzen, wie groß das Potential des Vorhabens ist, Gesundheit und Wohlbefinden zu beeinflussen.

Für dieses Health Impact Assessment wurden verschiedene Evidenzquellen herangezogen, um diese Einschätzung zu ermöglichen:

- Literaturrecherche
- Bevölkerungsprofil
- Interviews mit politisch Verantwortlichen, Pädagoginnen und Eltern
- Gesetzliche Grundlagen

Zur gesundheitlichen Auswirkung der Umwandlung von Kindergärten in Familientreffpunkte gibt es keine Untersuchungen im Sinne eines bereits durchgeführten Health Impact Assessments. Ebenso lassen sich keine soliden klassischen Messgrößen zur Quantifizierung der Effekte heranziehen, da sie entweder ungeeignet sind oder ihre Erhebung nur unter unverhältnismäßigem Mitteleinsatz möglich wäre.

Grundsätzlich lassen sich die gesundheitsfördernden Effekte in der Veränderung sozialer Determinanten im Bereich sozialer und gemeinschaftlicher Netzwerke unter dem Überbegriff des Sozialkapitals verorten. Dies betrifft die Familien der betreuten Kinder durch vermehrte Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten, die um den Begegnungsraum Kindergarten initiiert werden und durch Partizipation die Möglichkeit zur Gestaltung und Erweiterung sozialer Beziehungen und Integration bieten.

Darüber hinaus stellt das Setting Kindergarten für die Kinder das Modell einer gesunden physischen und sozialen Umwelt dar, in der soziale Interaktion positiv erlebbar wird. Die Ausweitung der Aufenthaltsmöglichkeit in dieser Umgebung unter Einbeziehung der Familie eröffnet die Chance auf nachhaltiges Gemeinschaftserleben für die zunehmende Zahl von Ein-Kind-Familien unter Abbau sozialer Isolation.

Besonders profitieren könnten davon fremdsprachliche Familien durch verbesserte Integration und Lernen der Umgangssprache als wesentlicher Faktor der späteren Bildungslaufbahn. Familien mit fremdsprachlichem Hintergrund bzw. ihre Kinder stellen etwa 1/3 der Kindergartenkinder in Dornbirn.

Aus der Literatur sowie aus bekannten Praxismodellen gibt es hinreichend Evidenz für die Sinnhaftigkeit des Vorhabens, wobei diese um so mehr gegeben ist, je konsequenter dabei ein breiter Ansatz zur Vermittlung von Lernerfahrungen sowie sozialen Angeboten sämtlicher Anbieter relevanter Leistungen zur Familienunterstützung verfolgt wird.

Besondere Berücksichtigung erfordert die Situation der Pädagoginnen, die durch dieses Vorhaben unter dem bereits bestehend Druck der eingeführten Kindertagesvorbereitung zunehmend in eine Überforderungssituation kommen könnten. Die resultierende Gesundheitsbelastung infolge erhöhten Stresses kann gerade für den nicht geringen Anteil älterer Pädagoginnen eine Gesundheitsbelastung darstellen.

Hier ergeben sich zusätzliche Belastungen, wenn die Teilnahme am Vorhaben gefordert und nicht durch entsprechende Maßnahmen eines partizipativen Gestaltungsprozesses gefördert und begleitet wird.

Die unter den gegebenen Umständen optimierte Strategie beinhaltet:

- Ein koordiniertes Angebots- und Bildungskonzept
- Eine intensive Begleitung des Vorhabens unter Schaffung von Qualifizierungsmöglichkeiten
- Klare Transparenz und Kommunikation der Ziele und Bereitstellung ausreichender Ressourcen finanziell und personell

Geringere Erfolgsaussichten versprechen:

- Beibehaltung des „Unterhaltungsangebotes“
- Bewusstes oder unbewusstes Verschleiern des Ausmaßes der geplanten Veränderung bzw. Dissoziation vom Setting Kindergarten
- Top-down Vorgehen ohne breite Partizipation besonders der Pädagoginnen bzw. Leugnung ihrer Mehrbelastung

Hintergrund:

Gesundheit in ihrer sozialen Dimension wird durch zahlreiche Determinanten bestimmt, sowohl in positiver, d.h. gesundheitsfördernder, als auch negativer Hinsicht. Jedes politische Vorhaben und besonders Interventionen in Bereichen des sozialen Zusammenlebens beeinflussen Gesundheit sowohl auf gesellschaftlicher als auch individueller Ebene.

Das Konzept, Kindergärten zu Familientreffpunkten auszubauen, eröffnet aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung durch Anhebung des Sozialkapitals eine Reihe von Chancen bei geringen Risiken, deren Ausmaß bei oberflächlicher Betrachtung

leicht unterschätzt werden kann. Auch wenn die sich einstellenden Effekte nicht isoliert vom übrigen Kontext gesehen werden können, lassen sie sich doch im Sinne von mehr Gesundheit optimieren.

Der Sachverhalt:

Dornbirn verfügt über eine Familienabteilung, die sich intensiv mit dem Thema der Verbesserung der Lebenssituation von Familien auseinandersetzt. In diesem Handlungsfeld übernimmt die Stadt eine klare Themenführerschaft im Land Vorarlberg.

Die Tatsache, dass nahezu alle Familien ihre Kinder in den Kindergarten schicken, eröffnet einen Zugang zu familienrelevanten Angeboten aus verschiedenen Blickwinkeln, die besonders im Hinblick auf die hohe Zahl fremdsprachlicher Zuwandererfamilien, vielfach in der zweiten Generation, interessant sind.

Das Angebot von Familientreffpunkten betrifft unter dem hier betrachteten Aspekt besonders folgende Gesundheitsdeterminanten:

- Sozialkapital
- Sozialer Zusammenhalt
- Arbeitsbedingungen

Um diese Determinanten wurden Fragen als Basis der Literaturrecherche formuliert:

- Welche Rolle spielen soziale Gemeinschaften für Gesundheit und Wohlbefinden?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen sozialen Lagen und Gesundheit?
- Welchen Einfluss können Kindergärten auf Gesundheit nehmen und wie tun sie das?
- Welche Auswirkungen sind im Hinblick auf das Vorhaben schon aus anderen Modellen bekannt?
- Welche gesundheitlichen Belastungen gibt es für die Pädagoginnen?

Zusätzlich wurde ein Modell zur Darstellung der kausalen Wirkungspfade als Teil dieses HIA erstellt. Für die vier identifizierten Bereiche wurde nach Beweisen

gesucht, die eine Beeinflussungsmöglichkeit als wahrscheinlich erscheinen lassen.
Die sich daraus ergebenden Fragen lauten:

- Gibt es Beweise, dass durch Modifikation des Angebotes der Familientreffpunkte Veränderungen möglich sind?
- Gibt es Beweise, dass durch Berücksichtigung der Zugangswege zum Angebot für bestimmte Gruppen zusätzliche Effekte möglich sind?
- Gibt es Beweise, dass durch Beachtung der Kosten- und Ressourcenseite Auswirkungen beeinflusst werden können?
- Gibt es Beweise, dass durch eine intensive Begleitung des Vorhabens und zusätzlicher Schaffung von Bildungsangeboten weitere Effekte erzielt werden können?

Forschungsmethode:

Die Datensuche erfolgte im Rahmen der Erstellung einer Masterthesis als Abschlussarbeit des 1. Public Health Studiengangs in Vorarlberg.

Die Suchstrategie umfasste die Suche unter den Begriffen

- Social determinants of health
- Social connectedness
- Health inequalitis
- Enhance social network
- Children day care centres and health
- Health Impact Assessment
- Kindertagesstätten und Gesundheit
- Sozialkapital
- Sozialkapital und Gesundheit

in den Datenbanken DIMDI, SOWIPORT, PUBMED, MEDLINE, COCHRANE DATABASE, GOOGLE SCHOLAR sowie HIA assoziierten Websites wie HIA CONNECT, HIA COMMUNITY Wiki, WHO.

Zudem wurden HIA-relevante Ratgeber sowie verschiedene HIA-Reports verwendet.

Forschungseinschränkungen:

Eine der schwierigsten Herausforderungen beim Erforschen von alltäglichen zwischenmenschlichen Beziehungen (Interaktionen in der realen Welt) ist zwischen diesen Beziehungen einen kausalen Zusammenhang in Bezug auf Gesundheit herzustellen.

Die Betrachtungen sind vom Ansatz her ökologisch und lassen damit individuelles Risikoverhalten in Bezug auf Gesundheit wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung unberücksichtigt.

Gesundheit in Abhängigkeit zu sozialen Umständen ist zwar gut erforscht, bezieht sich aber meist auf Untersuchungen, die in verschiedenen Ländern gemacht wurden. Es stellt sich hiermit die Frage der generellen Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit unterschiedlichen sozialen Ausgangssituationen.

Die Beurteilung umfasst:

Maßnahme	Erweiterung Kindergärten zu Familientreffpunkten
Gesundheitsdeterminanten	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> • <i>Arbeitsbedingungen</i>
Informationsquellen und Gewichtung	Bevölkerungsprofil (+++), Literatursuche (+++), gesetzliche Grundlagen (++), Interviews mit Schlüsselpersonen (++), Gespräche mit Public Health-Experten (++)
Erweiterung Kindergärten zu Familientreffpunkten	<p>Erweiterung Kindergärten zu Familientreffpunkten</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> Positive Auswirkung (Möglichkeit zur sozialen Integration durch gemeinsame Freizeitgestaltung, Unterstützungsangebote) • <i>Arbeitsbedingungen</i> Negative Auswirkung (zusätzliche Arbeitsbelastung)
Zeitliches Auftreten der Auswirkungen	Unmittelbar mit Teilnahme am Projekt durch „Mehr“arbeit Mittel- bis langfristig durch Zunahme des Sozialkapitals
Ausmaß der Auswirkung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> Große Bevölkerungsgruppe betroffen • <i>Arbeitsbedingungen</i> Kleine Zahl von Personen betroffen

Wahrscheinlichkeit des Eintretens	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> – wahrscheinlich • <i>Arbeitsbedingungen</i> - sicher 		
Auswirkungen bezogen auf Gruppen, Gemeinschaften oder Gesamtbevölkerung	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> <p>potentieller Nutzen für alle</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arbeitsbedingungen</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Negativ</p> <p>potentielle Nachteile für ethnische Gruppen mit Sprachproblemen, geringem soziökonomischen Status</p> <p>Nachteile durch Mehrbelastung vor allem älterer Pädagoginnen</p> </td> </tr> </table>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> <p>potentieller Nutzen für alle</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arbeitsbedingungen</i> 	<p>Negativ</p> <p>potentielle Nachteile für ethnische Gruppen mit Sprachproblemen, geringem soziökonomischen Status</p> <p>Nachteile durch Mehrbelastung vor allem älterer Pädagoginnen</p>
<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sozialkapital / Gesellschaftlicher Zusammenhalt</i> <p>potentieller Nutzen für alle</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arbeitsbedingungen</i> 	<p>Negativ</p> <p>potentielle Nachteile für ethnische Gruppen mit Sprachproblemen, geringem soziökonomischen Status</p> <p>Nachteile durch Mehrbelastung vor allem älterer Pädagoginnen</p>		
Art der Auswirkung	<p>Potentielle Einschränkung der Teilnahme an Vorhaben für ethnische Gruppen mit fremdsprachlichem Hintergrund durch verminderte Sprachkenntnisse oder kulturelle Besonderheiten wäre unfair. Gegenmaßnahmen können durch Einbezug kultureller Vertreter unter Berücksichtigung sprachlicher Probleme (fremdsprachliche Ankündigung und Einladung) erfolgen. Speziell konzipierte Module, die auf die Bedürfnisse dieser Gruppen zugeschnitten sind, könnten kindergartenübergreifend entwickelt und angeboten werden. Finanzielle Belastung für sozioökonomisch schwache Familien wäre unfair. Entlastung könnte durch reduzierten Beitrag bzw. spezielle Unterstützung erfolgen. Die zeitliche Mehrbelastung für ältere Pädagoginnen oder solche mit eigenen Familien wäre unfair. Gegenmaßnahmen in Form eines Fachkräftepools und Kindergarten übergreifenden Angeboten bzw. interne Vernetzung könnten organisiert werden.</p>		
Beeinflussungsmöglichkeit	Hohe Wahrscheinlichkeit, da politisch Verantwortliche großes Interesse an der Durchführung des HIA's haben		
Erste Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung einer übergeordneten Steuerungsgruppe zur Erarbeitung verwendbarer „Module“, die in den einzelnen Kindergärten unter Berücksichtigung der besonderen Situation von ethnischen Gruppen bzw. allgemeiner Bedürfnisse) verwendet werden können. • Verwendung fremdsprachlicher Einladungen als „Türöffner“ für die größten ethnischen Gruppen Öffnung des Konzeptes und Schaffung von Zugängen zu niederschweligen, relevanten Beratungsangeboten • Berücksichtigung der Situation älterer 		

	<p>Arbeitnehmerinnen und solcher mit eigenen Familien durch übergeordnete Organisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partizipationsmöglichkeiten für Durchführende schaffen: Konzept, Thematik, Qualität • Finanzielle und personelle Anreize setzen: personelle Ressourcen aufstocken, Entlohnung regeln, Beiträge senken
--	--

	Literatur	Studie	Metaanalyse	Evaluation	Interview
Welche Rolle spielen soziale Gemeinschaften für Gesundheit und Wohlbefinden?	<p>Bauer (2006) [7] belegt aus neurobiologischer Sicht den Zusammenhang zwischen Motivations-systemen und gelingende Beziehungen mit anderen Individuen in allen Formen des sozialen Zusammen-wirkens</p>	<p>Kawachi (2000) [23] untersucht den Zusammenhang von Sozialkapital und Public Health im Sinne von allgemeiner Gesundheit der Bevölkerung mittels Indika-toren für Sozial-kapital in Bezie-hung zu Mortali-tätsraten der einzelnen US-Bundesstaaten. Dabei fand sich bei niedrigen Werten für soziales Vertrau-en eine Korrela-tion mit höheren Raten für die Haupttodesur-sachen inklusive Herz-Kreislauf-erkrankungen, bösartige Tumoren, cere-brovasculäre Erkrankungen, unabsichtliche Verletzungen sowie Kinder-sterblichkeit.</p>			

	Literatur	Studie	Metaanalyse	Evaluation	Interview
Welcher Zusammenhang besteht zwischen sozialen Lagen und Gesundheit?	<p>Rosenbrock (2006) [12] sieht zu wenig Beachtung der Folgen von Armut auf Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern.</p> <p>Hauser (1989) [39] spricht von Infantilisierung der Armut</p> <p>Mielck (2005) [4], Beaglehole (2004) [17] und Wilkinson (2001) [8,9] belegen den Zusammenhang von Gesundheit und sozioökonomischem Status</p> <p>Nach Dür (2208) [2] zählt die soziale Lage zu den bedeutendsten Einflussgrößen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen</p>				
Welchen Einfluss können Kindergärten auf Gesundheit nehmen?			<p>Zoritch (2000) [14] weist in einem Review nach, dass eine Kindertagesbetreuung langfristig einen Nutzen in Bezug auf Entwicklung, Schulerfolg und Erwachsenenleben für die Kinder hat. Bildung und Beruf der Mütter werden positiv beeinflusst.</p>		

	Literatur	Studie	Metaanalyse	Evaluation	Interview
Welche Auswirkungen sind im Hinblick auf das Vorhaben schon aus anderen Modellen bekannt?				<p>Gasper (2005) [37] stellt in der Evaluation fest, dass die Kinder in Early-Excellence-Centres schneller und konzentrierter lernen, sich sozialer verhalten und mehr Selbstvertrauen haben. Behinderte oder lerngestörte Kinder werden schneller entdeckt und können dadurch früher und gezielter unterstützt werden. Die Eltern besuchen häufiger Fortbildungskurse, die ihre Chancen am Arbeitsmarkt aufbessern. Sie sind seltener sozial isoliert, haben weniger häufig Probleme mit Drogen oder Alkohol, die Quoten für Kindesmissbrauch gehen zurück, die Familien brechen seltener auseinander. Insgesamt steigt der soziale Zusammenhang in Gemeinden mit einem Zentrum.</p>	

	Literatur	Studie	Metaanalyse	Evaluation	Interview
Welche gesundheitlichen Belastungen gibt es für die Pädagoginnen?		<p>Slack-Smith et al (2006) [22] haben die Gesundheitsbelastungen von häuslicher Betreuung und öffentlichen Einrichtungen der Betreuer untersucht. Hauptbedenken im Hinblick auf Gesundheit waren Infektionskrankheiten, Stress und Hebe-trauma, die mehrheitlich von angestellten Betreuerinnen angegeben wurde, Inwieweit die Arbeit mit Kindern als Stress empfunden wurde, hing neben der persönlichen Einstellung auch von den Rahmenbedingungen der Einrichtung ab, d.h. wie die Unterstützung durch die Kollegen bzw. die Leitung und der Kontakt zu den Eltern wahrgenommen wurde.</p>			
Gibt es Beweise, dass durch Modifikation des Angebotes der Familientreffpunkte Veränderungen möglich sind?				<p>Die Ergebnisse der Untersuchungen der Arbeit der Early Excellence Centres bzw. die Evaluation des „So Früh“-Konzept Land Niedersachsen belegen durch ihren breiten Ansatz Zusatzeffekte. Praxisbeispiel „Früh übt sich – Minifit – Von klein auf gesund“[40]</p>	

	Literatur	Studie	Metaanalyse	Evaluation	Interview
Gibt es Beweise, dass durch Berücksichtigung der Zugangswege zum Angebot für bestimmte Gruppen zusätzliche Effekte möglich sind?	Altgeld et al [12] halten fest „...dass Menschen [...insbesondere solche mit geringer formaler Bildung..] im Hinblick auf Wissen wie Verhalten umso erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihren Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende praktisch ausprobieren und selbst entwickeln können.“				Interview Kindergartenleiterin bzw. „Gastgeberin“
Gibt es Beweise, dass durch Beachtung der Kosten- und Ressourcenseite Auswirkungen beeinflusst werden können?					Interview Kindergartenleiterin bzw. „Gastgeberin“
Gibt es Beweise, dass durch eine intensive Begleitung des Vorhabens und zusätzlicher Schaffung von Bildungsangeboten weitere Effekte erzielt werden können?				„So Früh“-Konzept Land Niedersachsen	

Bevölkerungsprofil

Das Bevölkerungsprofil wurde anhand der Kindertagesheimstatistik 2007/2008 von der Landesstelle für Statistik des Amtes der Voralberger Landesregierung erhoben: Das Vorhaben betrifft potentiell 1065 Kinder mit unterschiedlichem familiär kulturellem Hintergrund. In den rein städtischen (nicht Bezirk!) Kindergärten wurden 2007 998 Kinder, davon 18 mit Behinderungen in Integrationsgruppen, von 74 Kindergartenpädagoginnen, 30 Helferinnen und 26 sonstigen Fachkräften betreut.

Statistik Kindergärten Stadt Dornbirn

Gemeinde/Kindergarten	Träger	Personal			Aufgenommene Kinder		
		Kinder- gärtne- rinnen	Helfe- rinnen	Sonst. Fach- kräfte	Knaben	Mädchen	Gesamt
Dornbirn-Forach	Stadt	6	-	1	36	29	65
Dornbirn-Rohrbach	Stadt	6	3	-	41	48	89
Dornbirn-Schwefel	Stadt	2	1	1	8	16	24
Dornbirn-Härte	Stadt	4	1	3	35	27	62
Dornbirn-Mittelfeld	Stadt	9	2	-	29	43	72
Dornbirn-Langegasse	Stadt	2	3	1	19	29	48
Dornbirn-Wallenmahd	Stadt	3	4	1	38	25	63
Dornbirn-Am Wall	Stadt	2	1	2	21	20	41
Dornbirn-Haselstauden	Stadt	5	2	4	37	47	84
Dornbirn-Knie (SOS Kinderdorf)	Verein	2	1	-	13	11	24
Dornbirn-Herrburger	Stadt	5	-	-	13	19	32
Dornbirn-Leopold	Stadt	2	1	2	32	24	56
Dornbirn-Weißachergasse	Stadt	3	3	2	41	36	77
Dornbirn-Watzenegg	Stadt	2	1	1	12	14	26
Dornbirn-Niederbahn	Stadt	1	-	2	16	6	22
Dornbirn-Kastenlangen	Stadt	4	2	1	25	28	53
Dornbirn-Kehlegg	Stadt	1	1	-	4	8	12
Dornbirn-Montfortstraße	Stadt	2	-	-	10	10	20
Dornbirn-Sala	Stadt	6	3	-	29	33	62
Dornbirn-Heinzenbeer	Stadt	6	1	-	28	27	55
Dornbirn-Feldgasse (Hörgeschädigte)	Verein	1	-	5	8	3	11

Kinder in Integrationsgruppen in allgemeinen Kindergärten nach Geschlecht

Gemeinde/Kindergarten	Aufgenommene Kinder			Davon Kinder mit Behinderung
	Knaben	Mädchen	Gesamt	
Dornbirn-Rohrbach	7	11	18	1
Dornbirn-Härte	9	7	16	2
Dornbirn-Mittelfeld	7	6	13	1
Dornbirn-Langegasse	8	14	22	1
Dornbirn-Wallenmahd	13	7	20	3
Dornbirn-Am Wall	11	6	17	3
Dornbirn-Haselstauden	7	9	16	3
Dornbirn-Kastenlangen	7	10	17	2
Dornbirn-Heinzenbeer	9	5	14	1
Dornbirn-Feldgasse (Hörgeschädigte)	8	3	11	1

Ausgehend von den Zahlen des Bezirks (!) Dornbirn haben knapp 88 % dieser Kinder österreichische oder deutsche Staatsbürgerschaft, 7 % haben türkische, 3 % ehemals jugoslawische (Serbien-Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien) und die restlichen 2 % eine andere europäische oder sonstige Nationalität. 0,2 % haben unbekanntes Staatsangehörigkeit oder sind staatenlos und dürften z.T. Asylsuchende sein. Nach Staatsbürgerschaft haben demnach rund 12 % der Kinder nicht-deutsche Muttersprache. Statistische Aussagen über die reale Fremdsprachlichkeit können aus den vorliegenden Daten ebenso wenig gemacht werden wie über die reale prozentuale Verteilung der fremdsprachlichen Kinder in den einzelnen Kindergärten.

Kinder nach Staatsbürgerschaft in den Bezirken

Staatsbürgerschaft	Bezirke				Gesamt
	Bludenz	Bregenz	Dornbirn	Feldkirch ^{1,2)}	
Österreich	1.270	2.623	1.638	2.266	7.797
Deutschland	27	90	36	53	206
Sonstige EU-Staaten	11	17	14	21	63
Türkei	53	113	134	101	401
Serbien, Montenegro	7	55	22	18	102
Bosnien-Herzegowina	28	11	24	22	85
Kroatien	3	11	8	11	33
Mazedonien	2	1	4	1	8
Sonstiges Europa	15	26	14	22	77
Afrika	1	-	2	1	4
Amerika	5	3	-	2	10
Asien	5	6	5	3	19
Unbekannt, Ungeklärt, Staatenlos	7	7	4	5	23
Gesamt	1.434	2.963	1.905	2.526	8.828

Im Hinblick auf Beschäftigung sind 45,5 % der Mütter voll- oder Teilzeit beschäftigt (Väter: 96,3 %), davon rund 11 % ganztags (Väter: 92 %). Von den allein erziehenden Müttern arbeiten 24,1 % voll, Teilzeit 47,3 %. 28,4 % sind arbeitslos. Allein erziehende Väter bilden einen vernachlässigbaren, minimalen Anteil.

Die Altersverteilung des zu fast 100 % weiblichen Personals im Bezirk Dornbirn beträgt 4,4 % <20 Jahre, 32,6 % 20-30 Jahre, 22,4 % 30-40 Jahre, 29,6 % 40-50 Jahre und 10,1 % 50-60 Jahre

Interviews mit politisch Verantwortlichen, Pädagoginnen und Eltern

Werden im Rahmen dieser Arbeit nicht näher ausgeführt

Gesetzliche Grundlagen

Herangezogen wurde das Gesetz über das Kindergartenwesen (Kindergartengesetz – KGG)¹⁾ LGBl.Nr. 52/2008

4.4. Evaluation

Diese beurteilt, wie der HIA-Prozess erfolgte (Prozessevaluation) und inwieweit die Vorschläge umgesetzt bzw. implementiert wurden (Ergebnisevaluation).

Aufgrund des HIA-Ansatzes im Rahmen einer Masterthesis lässt sich der Prozess anhand dieser Arbeit nachvollziehen und steht auf Wunsch zur Verfügung.

Die Ergebnisevaluation erfolgt im Rahmen der Projektbegleitung.

5. Diskussion

Während Kindergärten überwiegend als pädagogische Institution mit eigenem Bildungs- und Erziehungsauftrag gesehen und gesetzlich definiert werden, steht weder der sozialfürsorgliche noch der gesundheitsfördernde Aspekt im Vordergrund des Selbstverständnisses der Organisation.

Eltern und gerade allein erziehende Mütter sind aufgrund geänderter sozioökonomischer Bedingungen zunehmend auf diese Betreuungseinrichtung angewiesen und aus existentiellen Gründen gezwungen, ihre Kinder oft sogar bei erkennbaren Infekten, aus Angst um den Arbeitsplatz in den Kindergarten zu bringen.

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern aus belasteten Familien nehmen zu.

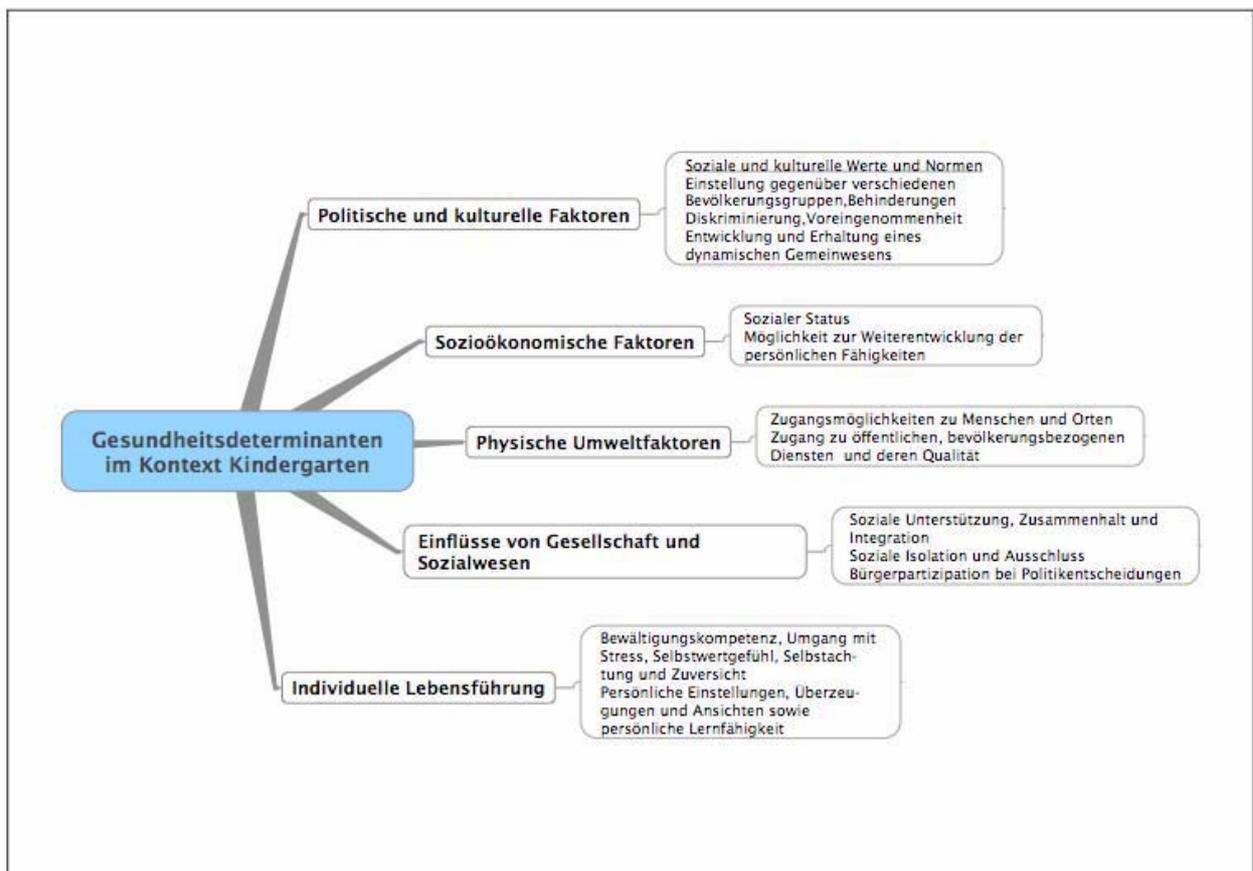
Kindergärten bzw. die Pädagoginnen sind vielfach mit Situationen und Verhalten von Kindern konfrontiert, die ihre eigene Gesundheit beeinflussen. Dies betrifft zum einen junge Neuanfängerinnen im Beruf, die zu Beginn ihrer Tätigkeit Angriffspunkt zahlreicher übertragbarer Infekte werden und zum anderen ältere Arbeitnehmerinnen, die unter den Anforderungen der Kinder mit zunehmenden Berufsjahren stärker leiden.

Literatur bzw. Studien zu gesundheitlichen Belastungen von Personal in Kinderbetreuungseinrichtungen gibt es insgesamt wenig. Die Bewertung dieser Belastungen erfolgt in diesen überwiegend aus biomedizinischer Sicht.

Ein anderes Bild ergibt sich bei den sozialen Determinanten von Gesundheit. Hier ist die Evidenzlage, besonders auch im Hinblick auf soziale Ungleichheiten und ihre Auswirkungen, eindeutig. Dies betrifft besonders Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache bzw. solche aus sozial schlechtgestellten, bildungsfernen Schichten.

Die Vorteile hohen Sozialkapitals und gesellschaftlichen Zusammenhaltes für die Gesundheit von Gemeinschaften ist nachweisbar, wenn auch dezidierte Studien der Auswirkung von Stärkung sozialer Gemeinschaften auf Kindergesundheit in Zusammenhang mit Kindergärten fehlen.

Soziale Determinanten der Gesundheit im Zusammenhang mit Kindergärten



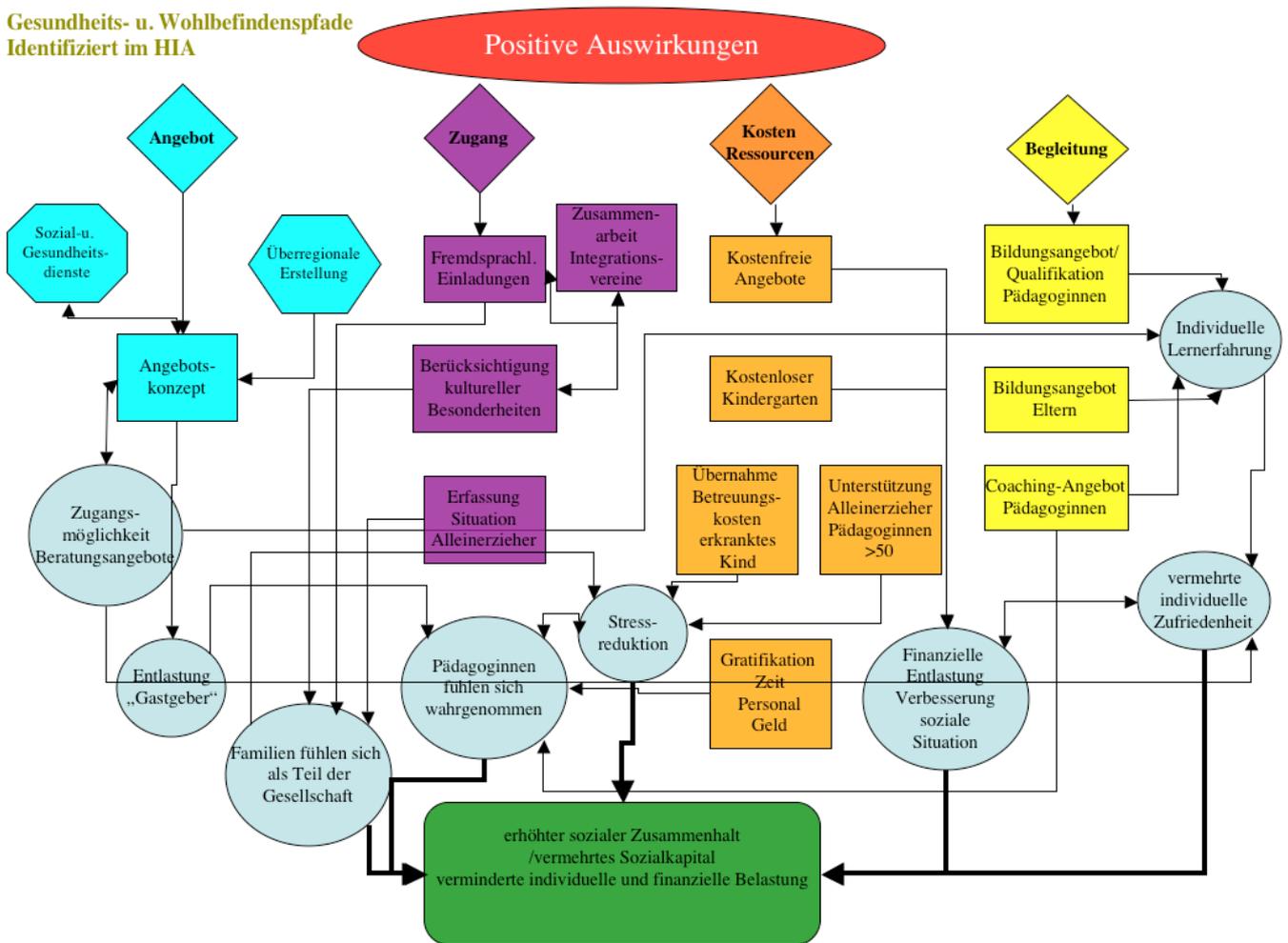
Eine aussagekräftige Evidenzlage aus Metaanalysen (*Zusammenschau verschiedener Studien bzw. Ergebnisse zu einem Thema oder einer Fragestellung* Übers. d. Verf.) gibt es für die positiven Auswirkungen einer Kindertagesbetreuung für sozial benachteiligte Kinder sowie die Erfolge breiter Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder im Rahmen eines erweiterten Ansatzes von Kinderbetreuungseinrichtungen.

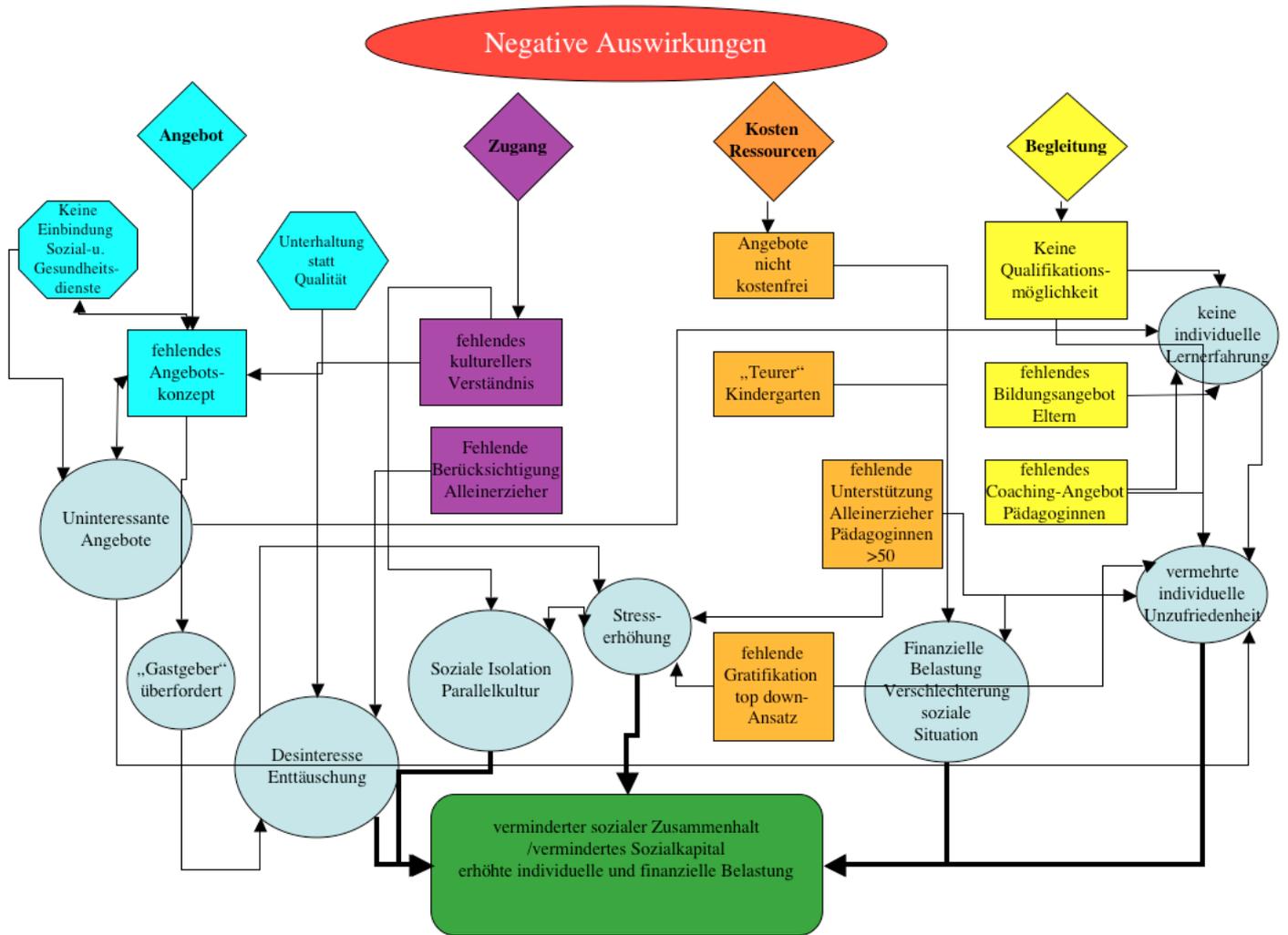
Insgesamt ergibt der Literaturüberblick eine Reihe von Assoziationen zwischen Gesundheit von Kindern und deren Familien im Konnex mit Kinderbetreuungseinrichtungen.

Unter Einbezug dieser erhaltenen Informationen bestehen Möglichkeiten, durch eine Erweiterung der Strategie zusätzliche positive Gesundheitseffekte zu erzielen:

- Dienstplanmäßige Bereitstellung von Zeit (und Geld) für Vernetzungsaktivitäten
- Etablierung einer projektbegleitenden Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Fortbildungskonzeptes und eines Gesamtkonzeptes der Angebote
- Erfassung der Sichtweise aller (potentiell) beteiligten Akteure. Feststellung der Problemwahrnehmung und Vorstellungen
- Vernetzung im Sozialraum, Aufbau einer unterstützenden Kooperation mit Zugriffsmöglichkeit auf Fachleute
 - Erziehungsberatung
 - Logo-, Ergo-, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -medizin
- Elternbefragung zur Erhebung des Bedarfs an Unterstützungsangeboten
- Einrichtung einer Beratungsmöglichkeit für Pädagoginnen: Coaching Angebot
- Verbesserung der Qualifizierungssituation (evtl. trägerübergreifend) und nachgeholtter Zieleworkshop
- Integration von Elternbildung

Gesundheits- u. Wohlbefindenspfade
Identifiziert im HIA





6. Zusammenfassung

Zur gesundheitlichen Auswirkung der Umwandlung von Kindergärten in Familientreffpunkte gibt es keine Untersuchungen im Sinne eines bereits durchgeführten Health Impact Assessments. Ebenso lassen sich keine soliden klassischen Messgrößen zur Quantifizierung der Effekte heranziehen, da sie entweder ungeeignet sind oder ihre Erhebung nur unter unverhältnismäßigem Mitteleinsatz möglich wäre.

Grundsätzlich lassen sich die gesundheitsfördernden Effekte in der Veränderung sozialer Determinanten im Bereich sozialer und gemeinschaftlicher Netzwerke unter dem Überbegriff des Sozialkapitals verorten. Dies betrifft die Familien der betreuten Kinder durch vermehrte Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten, die um den Begegnungsraum Kindergarten initiiert werden, und durch Partizipation die Möglichkeit zur Gestaltung und Erweiterung sozialer Beziehungen und Integration bieten.

Darüber hinaus stellt das Setting Kindergarten für die Kinder das Modell einer gesunden physischen und sozialen Umwelt dar, in der soziale Interaktion positiv erlebbar wird. Die Ausweitung der Aufenthaltsmöglichkeit in dieser Umgebung unter Einbeziehung der Familie eröffnet die Chance auf nachhaltiges Gemeinschaftserleben für die zunehmende Zahl von Ein-Kind-Familien unter Abbau sozialer Isolation.

Besonders profitieren könnten davon fremdsprachliche Familien durch verbesserte Integration und Lernen der Umgangssprache als wesentlicher Faktor der späteren Bildungslaufbahn. Familien mit fremdsprachlichem Hintergrund bzw. ihre Kinder stellen etwa 1/3 der Kindergartenkinder in Dornbirn.

Aus der Literatur sowie bekannten Praxismodellen gibt es hinreichend Evidenz für die Sinnhaftigkeit des Vorhabens, wobei diese um so mehr gegeben ist, je konsequenter dabei ein breiter Ansatz zur Vermittlung von Lernerfahrungen

sowie sozialen Angeboten sämtlicher Anbieter relevanter Leistungen zur Familienunterstützung verfolgt wird.

Besondere Berücksichtigung erfordert die Situation der Pädagoginnen, die durch dieses Vorhaben unter dem bereits bestehend Druck der eingeführten Kindertagenvorsorge zunehmend in eine Überforderungssituation kommen könnten. Die resultierende Gesundheitsbelastung infolge erhöhten Stresses kann gerade für den nicht geringen Anteil älterer Pädagoginnen eine Gesundheitsbelastung darstellen.

Hier ergeben sich zusätzliche Belastungen, wenn die Teilnahme am Vorhaben gefordert und nicht durch entsprechende Maßnahmen eines partizipativen Gestaltungsprozesses gefördert und begleitet wird.

Die unter den gegebenen Umständen optimierte Strategie beinhaltet:

- Ein koordiniertes Angebots- und Bildungskonzept
- Eine intensive Begleitung des Vorhabens unter Schaffung von Qualifizierungsmöglichkeiten
- Klare Transparenz und Kommunikation der Ziele und Bereitstellung ausreichender Ressourcen finanziell und personell

Geringere Erfolgsaussichten versprechen:

- Beibehaltung des „Unterhaltungsangebotes“
- Bewusstes oder unbewusstes Verschleiern des Ausmaßes der geplanten Veränderung bzw. Dissoziation vom Setting Kindergarten
- Top-down Vorgehen ohne breite Partizipation besonders der Pädagoginnen bzw. Leugnung ihrer Mehrbelastung

7. Empfehlungen

Der Zusammenhang zwischen frühzeitiger Intervention und Unterstützung von Kindern bzw. deren Eltern in Kinderbetreuungseinrichtungen und erhöhtem Nutzen auf sozialer und gesundheitlicher Ebene mit verbessertem Wohlbefinden besonders sozial schwacher Schichten ist durch Studien und Untersuchungen hinreichend belegt.

Die positiven Auswirkungen von gesteigertem gegenseitigem Verständnis, Gemeinschaftserleben, Teilhabe am spirituellen und kulturellen Leben, aufgehobener sozialer Isolation und die allgemeine Zufriedenheit mit dem Gemeinwesen sind ebenso gesichert wie die vorteilhaften Auswirkungen von Akzeptanz, Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdiensten, Bildungschancen und Kontrollmöglichkeit über das eigene Leben auf individueller Ebene.

Zunehmend wird man sich national und international der Rolle verschiedener sozialer, ökologischer und politischer Faktoren in der Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens sozialer Gruppen und Individuen bewusst. Einkommen, Arbeitssituation, Wohnbedingungen, Bildung, soziale Position und soziale Integration bzw. Ausschluss beeinflussen direkt oder indirekt Gesundheit, wobei die Faktoren untereinander verbunden sind und im Laufe eines Lebens kumulativ wirken.

Für die ungleiche Verteilung dieser Gesundheitsdeterminanten in der Bevölkerung mit fremdsprachlichem bzw. Migrationshintergrund oder sozial niedriger Schichtenzugehörigkeit gibt es klare Beweise mit den Folgen eines schlechteren Gesundheitszustandes und verminderter Bildungschancen der Kinder. Es ist deshalb von großer Wichtigkeit, sich auf Interventionen und Maßnahmen zu konzentrieren, die diese Determinanten beeinflussen.

Dieses Vorhaben hat das Potential, besonders Bedürfnisse von Familien mit unterschiedlichen Belastungen zu unterstützen und damit die großen Chancen des neutralen und positiv besetzten Begegnungsraumes Kindergarten zu nutzen.

Gleichzeitig kann durch Wahrnehmung der Bedürfnisse des Personals bzw. der Pädagoginnen präventive Gesundheitsförderung betrieben werden.

Mit dieser Strategie sollen die potentiellen positiven Gesundheitseffekte vergrößert und gleichzeitig mögliche negative Effekte minimiert werden, was sich wiederum positiv auf das soziale und körperliche Wohlbefinden und damit auf Gesundheit in weiterem Sinn auswirkt.

Angebotsplanung

Die Ziele der Angebotsplanung im Rahmen des Vorhabens sind:

- Ausarbeitung eines Angebotskonzeptes
 - Zusammenstellung von Modulen, die von einzelnen Kindergärten „gebucht“ werden können. Diese sollen von allgemeinem Interesse sein und den Zugriff auf Fachleute ermöglichen
 - Einbezug der Sozial- und Gesundheitsdienste in die Ausarbeitung, um deren Angebot niederschwellig für „beratungsferne“ Familien einfließen lassen zu können
 - Beachtung kultureller Besonderheiten

- Organisation
 - Erstellung einer webbasierten Datenbank mit Buchungsmöglichkeit
 - Fortlaufende Evaluation der Angebote – was bewährt sich, was fehlt

- Unterstützung
 - Ermöglichung partizipativer Prozesse
 - Information durch gegenseitigen Austausch

Die Zusammenstellung eines modularen Angebotes würde einerseits die jeweiligen „Gastgeber“ zeitlich und organisatorisch entlasten, andererseits einen Fundus schaffen, aus dem relevante Themen ausgesucht werden können. Die Zusammenstellung unter Einbezug von Institutionen von

Gesundheits- und Sozialdiensten würde sicherstellen, dass Themen mit aktuellem Bezug berücksichtigt werden.

Aus der Literatur ist bekannt, dass gerade sozial schwächere Familien den Weg in die Beratungsstellen nicht finden. Gleichzeitig ist der Nutzen eines derart konzipierten, breiten Angebots an Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialberatung im Zusammenhang mit Kinderbetreuungseinrichtungen (z.B. Pen Green Centre) belegt.

Die Erfahrung zeigt, dass auf individueller Ebene oft Unklarheit darüber besteht, welcher Anbieter welche Unterstützungsangebote anbietet und wie die Zugänge gestaltet sind. Die Datenbankpflege des Angebots würde einerseits den Zugriff erleichtern und andererseits eine laufende Evaluation ermöglichen.

Negative Auswirkungen können sich bei Beibehaltung der derzeitigen Angebotsplanung dadurch einstellen, dass eine „Ermüdung“ der Gastgeber und Familien durch ständige Wiederholung gleicher Vorschläge (Stichwort „Unterhaltung statt Qualität“) eintritt, sich Desinteresse an der Planung und Durchführung einstellt und insgesamt die Unzufriedenheit zunimmt.

So ist aus dem ersten Reflexionstreffen auch hervorgegangen, dass die Treffen bzw. Inhalte sehr ambitioniert und überengagiert angelegt waren und eine hohe Arbeitsbelastung und Überforderung auf Seiten aller Beteiligten resultierte. Das *Ungetüm Familientreffpunkte* gehöre eher gezähmt, die Treffen sollten auch Raum für Begegnungen lassen und nicht von vornherein den Anspruch haben, die gesamte Nachbarschaft einbeziehen zu müssen.

Zugangsmöglichkeit

Zwei Ziele einer verbesserten Zugangsmöglichkeit werden definiert:

- Berücksichtigung kultureller Besonderheiten
 - Erstellung fremdsprachlicher Einladungen und Informationen
 - Aufgreifen spezieller kultureller Bedürfnisse

- Berücksichtigung der Situation von Alleinerziehern
 - Erfassung der speziellen Bedürfnisse

Angehörige anderer Kulturen sind es oftmals überdrüssig, „problematisiert“ zu werden – andererseits stehen der Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen kulturelle Barrieren entgegen, auf die es gilt Rücksicht zu nehmen.

Verschiedene Studien zeigen, welche Probleme mangelnde sprachliche Fertigkeiten mit sich bringen. Gerade der frühe Kindergartenbeginn ermöglicht eine positive Beeinflussung der sprachlichen Entwicklung von Kindern, die durch gemeinschaftliche Veranstaltungen noch verstärkt werden kann und auch für die Eltern im Sinne sozialer Integration von Vorteil ist.

Als Zeichen des Verständnisses wären fremdsprachliche Informationen und Einladungen von Vorteil, vor allem um den Sinn der Veranstaltungen deutlich zu machen.

(Evidenz zur Frage, inwieweit Integration durch Ablehnung fremdsprachlicher Informationen „erzungen“ werden kann und soll, wurde nicht erhoben)

Alleinerziehende sind einerseits auf ein gut funktionierendes Betreuungssystem angewiesen, andererseits aber von nachmittäglichen Gemeinschaftsveranstaltungen aus beruflichen Gründen oftmals ausgeschlossen. Gleiches würde auch für Pädagoginnen mit eigenen Kindern im Betreuungsalter gelten. Aus Fairnessgründen sollte nach Wegen gesucht werden, die es dieser Gruppe ebenfalls ermöglicht, an Gemeinschaftsveranstaltungen teilzunehmen.

Bei fehlender Berücksichtigung der Bedürfnisse dieser vulnerablen Gruppen können negative Auswirkungen durch soziale Isolation und persönliche Unzufriedenheit mit erhöhtem Stresslevel entstehen. In Bezug auf Migranten hat sich die Situation ergeben, dass im Rahmen eines Treffens zwar sehr viele Frauen mit Migrationshintergrund teilnahmen, aber keine inländischen Familien, so dass es zu keiner Durchmischung kam. Dadurch wurde der Wert der Veranstaltung stark in Frage gestellt und Migranten sahen keinen Sinn darin, nochmals teilzunehmen.

Kosten und Ressourcen

Ziele der Strategie in Bezug auf Kosten und Finanzierung sind

- Kostenfreies Angebot
 - Kostenfreier bzw. sozial gestaffelter Kindergartenzugang
 - Kostenfreies (Beratungs-) Angebot
 - Unterstützung bei finanziellen Notlagen

- Finanzielle Abgeltung des Mehraufwandes der Pädagoginnen

- Berücksichtigung der Situation von Pädagoginnen über 50

Die Ursachenforschung zum Thema Kindergesundheit zeigt klare Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Problemlagen und sozialer Benachteiligung und Armut. „Arm“ bezieht sich dabei nicht nur auf materielle Dinge, sondern beinhaltet auch Mangel an unterstützenden Netzwerken für soziale Integration, Vorenthalten von für die Entwicklung von Sozialkompetenz wichtigen Sozialbeziehungen, fehlende Bildungsmöglichkeit für intellektuelle und kulturelle Entwicklung und Erleben von Vernachlässigung und Gewalt. Ausgehend von diesem Hintergrund sollten Überlegungen angestellt werden, wie zumindest die materielle Seite gemildert werden kann. Soziale Staffelung oder besser kompletter Wegfall des Kindergartenbeitrages können beitragen, die finanzielle Lage der Familien zu verbessern.

Gleichzeitig wären von einer kostenfreien Wahrnehmungsmöglichkeit der Angebote weitere Entlastungen zu erwarten.

Der „Wert des Kindes“ würde betont und dem Fairnessgebot gegenüber Familien mit mehreren Kindern entsprochen.

In bestimmten Notlagen und fehlender familiärer Unterstützung, z.B. ärztlich bestätigter Erkrankung des Kindes, sollten finanzielle Ausgleichs sowohl für den Arbeitgeber als Arbeitnehmer möglich sein, damit es nicht zu einem Arbeitsplatzverlust kommt. Damit wäre auch sichergestellt, dass Alleinerzieher

ihre kranken Kinder nicht zwangsläufig in den Kindergarten schicken müssen und so Pädagoginnen und andere Kinder vor Ansteckung geschützt sind.

Den Pädagoginnen sollten alle Mehraufwendungen zeitlich sowie finanziell abgegolten werden, um so zu demonstrieren, dass ihre zusätzliche Arbeit und Bereitschaft gewürdigt, wertgeschätzt und anerkannt wird.

In dem auf die Situation älterer Pädagoginnen durch entsprechende Personalressourcen Bedacht genommen wird, kann deren Gesundheitsbelastung durch verminderte Stressreaktion verringert werden.

Erhöhte Stresshormonlevel können über ausgelöste Entzündungsreaktionen, besonders bei Personen mit zusätzlichen Belastungsfaktoren, zu einer Reihe von nachteiligen Veränderungen am Herz-Kreislaufsystem führen.

Bei Unterbleiben angemessener Gratifikation bzw. „top-down“ – Verordnung sind negative Auswirkungen zu erwarten. So ist aus der betrieblichen Gesundheitsforschung bekannt, dass es bei zunehmender Belastung zu Gratifikationskrisen kommt, die zur „inneren Kündigung“ des Arbeitnehmers führen und dieser damit deutlich unter seinen Potentialen bleibt, ohne dass es unbedingt in der äußeren Arbeitshaltung erkennbar wäre.

Zusätzlich aufzubringende Kosten bei finanziell belasteten sozialen Lagen können im Sinne der drohenden Gefahr der Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung kumulativ wirken und „das Fass zum Überlaufen“ bringen. Aus der Sozialforschung ist bekannt, dass es in Familien meist nicht plötzlich zu gefährdenden Situationen kommt, sondern diese sich im zeitlichen Verlauf aufbauen. Das Gefühl der Ausgrenzung aus sozialen Gemeinschaften bzw. der fehlenden Teilnahmemöglichkeit führt zu aggressiven Verhaltensmustern, was durch neurobiologische Forschung belegt ist.

Begleitung und Bildung

Die Begleitung des Vorhabens soll den Fokus auf drei Bereiche legen: Bildungs- und Qualifizierungsangebot für die Pädagoginnen, Coaching-Angebot für die Pädagoginnen sowie Bildungsangebot für die Eltern.

- Förderung und Implementierung von Bildung und Qualifizierung
 - Entwicklung eines Ausbildungsprogramms für das Vorhaben
 - Durchführung eines Workshops mit Public Health-Experten.
Transparente Kommunikation der Ziele und Haltungen
 - Ermutigung der Pädagoginnen zur Teilnahme
 - Ermöglichung fortlaufender Qualifizierung

- Organisation eines Coaching-Angebotes
 - Schaffung kontinuierlicher, strukturierter Unterstützung
 - Ermutigung der Pädagoginnen zur Annahme durch
„belastungsarmen“ Zugang (Experte kommt)

- Förderung und Implementierung von Elternbildung
 - Entwicklung eines Ausbildungsprogramms für das Vorhaben
 - Ermutigung der Eltern zur Teilnahme

In der Übersichtsdarstellung lassen sich sowohl positive als auch negative Pfade in Zusammenhang mit Bildung und Gesundheit erkennen, wobei dieser Zusammenhang in erster Linie über die individuelle Zufriedenheit gegeben ist.

Aus der kontinuierlichen Evaluation des „So Früh“ - Projektes des Landes Niedersachsen, das über die Kindergärten ein soziales Frühwarnsystem etabliert, ist bekannt, dass die Pädagoginnen sich wünschen, für diese neuen Aufgaben Qualifizierungsmöglichkeiten zu erlangen. Die Schaffung von berufsbegleitenden Weiterbildungsmöglichkeiten, auch in der Arbeitszeit, trägt zur Prävention von Gratifikationskrisen bei, die sich gerade im Sozialbereich oftmals einstellen. Durch die dann eingennommene Arbeitshaltung bleiben aber erhebliche Potentiale ungenutzt oder werden nicht eingebracht.

Die übergeordneten Ziele des Vorhabens sind wenig transparent bzw. unklar kommuniziert, der Zusammenhang zwischen dem Vorhaben und erwünschtem Outcome ist unklar. Organisationen wie Kindergärten sind sich der Verschränkungen ihrer Tätigkeiten mit Gesundheit nicht unbedingt bewusst. Das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit erfordert eine

intensivere Auseinandersetzung, um die Motivation und das Mittragen zu verbessern.

Aus der betrieblichen Gesundheitsforschung ist bekannt, dass Gesundheitsbelastung und subjektive Gesundheit in Zusammenhang mit dem Verhältnis zum (unmittelbaren) Vorgesetzten steht. Ähnliche Ergebnisse liefern Untersuchungen zur Gesundheit von Jugendlichen, die ihr subjektives Gesundheitsempfinden umso höher bewerten, wie das Ausmaß der Unterstützung durch Mitschüler und Lehrer wahrgenommen wird. Auch wenn keine expliziten Forschungen zu diesem Thema bei Kindergartenpädagoginnen vorliegen, kann man annehmen, dass ähnliche Prozesse wirken.

Die Möglichkeit, jederzeit auf Unterstützung zurückgreifen zu können, wenn das subjektive Gefühl der Überforderung besteht, trägt damit zur Gesundheitsförderung, gerade auch bei älteren Arbeitnehmerinnen, bei.

Es ist aus der Forschung und Literatur hinlänglich bekannt, dass die Bildungsangebote für Eltern schwer an jene Gruppen heranzutragen sind, die davon angesprochen werden sollen. Hier bietet der Kindergarten ein ideales, neutrales Umfeld, das den Zugang zu gewünschten Adressaten ermöglicht. Zum Teil wird dies schon in der Durchführung von z.B. Sprachkursen für fremdsprachliche Eltern genutzt. Eine gezielte Erweiterung im Hinblick auf Vorbereitung zur Einbürgerungsprüfung, evtl. sogar mit der Möglichkeit der Qualifikation vor Ort, wäre grundsätzlich denkbar.

Überlegenswert ist auch, gezielt fremdsprachliche Eltern zu TrainerInnen auszubilden, die dann gemäß einem „train the trainer“ - Ansatz oder dem „peer approach“ bei Jugendlichen, kulturspezifische Bildungsangebote zu verschiedenen Themen machen. Es ist anzunehmen, dass damit eine größere Akzeptanz bei den Angesprochenen erreicht werden könnte.

Wie aus dem bisher Angeführten ersichtlich, stellen sich bei fehlender Berücksichtigung dieser Aspekte, wiederum über die Zunahme persönlicher Unzufriedenheit, u.a. durch Vorenthalten persönlicher Lernerfahrung, negative Gesundheitseffekte ein. Hinzu kommt bei den Pädagoginnen die Frustration, ständig mehr leisten zu müssen, ohne dafür eine Gratifikation, sei es finanziell

oder ideell, zu erhalten. Damit wird dem beruflichen Burn Out Vorschub geleistet, der mit erheblicher Gesundheitsbelastung verbunden ist.

Als problematisch wurde die aktuelle Situation gesehen, dass auf Seiten der „Gastgeberinnen“ ein regelrechter Rechtfertigungsbedarf besteht, warum man an diesem Projekt teilnimmt und Vorwürfen von Kolleginnen ausgesetzt ist. Dies wird dadurch gestützt, dass auch die Leiterin des Kindergarteninspektorats des Landes gebeten hat, mit allem, was dieses Thema anlangt, sehr vorsichtig zu sein. *Die Pädagoginnen haben in erster Linie einen pädagogischen Auftrag und entwickeln bei den kleinsten Anzeichen zusätzlicher Belastung Gegenstrategien.*

Dass dies relevant ist wird zusätzlich dadurch erhärtet, dass selbst die Verantwortlichen dieses Projektes aus diesem Wissen heraus die Verbindung zum Kindergarten eher herunterspielen, um die Pädagoginnen nicht zu beunruhigen

8. Literatur

1. Barnes R, Scott-Samuel, A. Health Impact Assessment - A ten minute guide. Online verfügbar: http://www.southeastra.gov.uk/documents/committees/healthy_region_forum/2001 letzter Zugriff 16.06.2008
2. Dür W. Gesundheitsförderung in der Schule - Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. 1. Auflage ed: Huber, 2008.
3. Hurrelmann K. Der Einfluss der Bildung auf Gesundheit und Krankheit. In: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa, 2006. 39.
4. Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber, 2005. 16
5. World Health Organisation Constitution WHO Geneva 1946. In: WHO, ed, 1946.
6. Antonovskij A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen, 1997.
7. Bauer J. Prinzip Menschlichkeit. 1. ed: Hoffmann und Campe, 2006.
8. Wilkinson RG. Kranke Gesellschaften - Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit: Springer, 2001.
9. Wikinson RG. Das Problem gesundheitlicher Ungleichheiten. Kranke Gesellschaften - Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit: Springer, 2001. 81.
10. Burns H. Speech on Meeting for focal points for family and community health St.Julian's, Malta, 29.Sept-2.Oct 2008, 2008.
11. Schwartz FW. Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage ed: Urban&Fischer, 2003.
12. Altgeld T, Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R., Trojan, A. Prävention und Gesundheitsförderung - Ein Programm für eine bessere

- Sozial- und Gesundheitspolitik. Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, 2006.
13. Fuchs K. Wovon der Besuch einer Kindertagesstätte abhängt! in Rauschenbach T Schilling M (Hg) Kinder- und Jugendhilfereport 2. Juventa, Weinheim und München. 2005. 157-173.
 14. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000564.
 15. Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007.
 16. REPORT CoSDoHF. Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health, 2008.
 17. Beaglehole R, Bonita, R. Public Health at the Crossroads - Achievement and Prospects. 2nd ed: Cambridge, 2004.
 18. Zorowka PG. Sprachentwicklungsstörungen. MonatsschrKinderheilk 2008 2008; 156: 875-884.
 19. World Health Organisation. The Ottawa Charter of health promotion. Health Promotion 1986; 1:i-v, 1986.
 20. Hering T. Der Settings-Ansatz der Gesundheitsförderung am Beispiel Kindergarten: Hochschule Magdeburg Stendal (FH), 2002:29.
 21. Grossmann R, Scala, K. Gesundheit durch Projekte fördern - Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. In: Badura B, Hurrelmann, K., Lasser U, ed. Gesundheitsforschung. 4. Auflage ed: Juventa Verlag 2006.
 22. Slack-Smith LM, Read AW, Darby J, Stanley FJ. Health of caregivers in child care. Child Care Health Dev 2006; 32:111-9.
 23. Berkman L, Kawachi I. Social Cohesion, Social Capital, and Health. In: Berkman L, Kawachi I, ed. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000:174 -190.
 24. Kemm J, Parry, J. What is HIA? Introduction and overview. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. health impact assessment: Oxford University press, 2004:1-11.
 25. Kemm J, Parry, J. health impact assessment, p16: oxford, 2004.
 26. Mindell J, Joffe, M., Ison, E. Planning an HIA. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. impact assessment. Oxford University press, 2004:91-102.
 27. Noack H. Einführungsvorlesung "Einführung in die Gesundheits- und Gesundheitssystemwissenschaften" ULG Public Health 1, Folie 18, 2006.
 28. Elliot E, Williams, G., Rolfe, B. The role of lay knowledge in HIA. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. health impact assesment: oxford, 2004:81-89.
 29. Sprenger M. Health Impact Assessment. Österreichische Krankenhauszeitung 2005:18-21.
 30. Erning G, Neumann, K., Reyer, J. Geschichte des Kindergartens. Freiburg: Lambertus, 1987.
 31. Grossmann W. Kindergarten. Eine historisch- systematische Einführung in seine Entwicklung und Pädagogik. Weinheim/Basel: Beltz, 1987.
 32. Kindergarten und Schule in Vorarlberg. Online verfügbar: http://www.vorarlberg.at/pdf/4_kindergarten_undschule_.pdf. letzter Zugriff 16.06.2008

33. Gesetz über das Kindergartenwesen (Kindergartengesetz – KGG)1)
LGBl.Nr. 52/2008
34. Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Die Herner
Materialien zum mit Verhaltensauffälligkeiten in
Kindertageseinrichtungen: Institut für soziale Arbeit e.V., 2007.
35. Wehinger U. Einblicke in die Arbeit des Pen Green Centres. In: Tschöpe-
Scheffler S, ed. Konzepte der Elternbildung - eine kritische Übersicht:
Verlag Barbara Budrich, 2006.
36. Whally M. Involving Parents in their Children's learning: Paul Chapman
Publishing, 3. Auflage, 2004.
37. Sievers F. Mama-Papa-Kindergärten. McK Wissen 14 2005:28-29.
38. Tomaselli K. Kindertagesheimstatistik 2007/2008. In: Landesstelle für
Statistik AdVL, ed, 2008.
39. Hauser R. Tendenzen der Armutsentwicklung in Deutschland. Frankfurt,
1989.
40. Praxisbespiel "Minifit" in: R. Geene, C. Gold, ed. Kinderarmut und
Kindergesundheit. Huber, 2009. 62.

Teil 6: Diskussion

Zur gesundheitlichen Auswirkung der Erweiterung von Kindergärten zu Familientreffpunkten gibt es keine expliziten Untersuchungen. Es gehört bislang nicht zum Selbstverständnis politischer Entscheidungsträger oder Aufgabenbereichen von Kindergärten als Organisationen, gesundheitliche Aspekte ihrer Tätigkeiten systematisch abzuschätzen bzw. einzubeziehen. Damit gibt es aber ebenso wenig Daten über mögliche positive wie nachteilige Beeinflussungen von Gesundheit durch Veränderungen in diesem Bereich. Die Auseinandersetzung mit der Thematik zeigt jedoch, dass sowohl positive Effekte gesteigert, als auch nachteilige Auswirkungen für vulnerable Gruppen vermindert werden könnten.

Ein Nachteil des Erstellens eines HIA im Rahmen einer Thesis ist der fehlende partizipative Zugang der Stakeholder, da wesentliche Teile des HIA-Prozesses, wie z.B. Screening und Scoping, zwangsläufig von einer Einzelperson durchgeführt werden müssen. Der Vorteil ist die freie Wählbarkeit der Rahmenbedingungen, unter denen das HIA erstellt wird.

Grundsätzlich lassen sich die gesundheitsfördernden Effekte des Projektes in der Veränderung sozialer Determinanten im Bereich sozialer und gemeinschaftlicher Netzwerke unter dem Überbegriff des Sozialkapitals verorten. Dies betrifft die Familien der betreuten Kinder durch vermehrte Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten, die um den Begegnungsraum Kindergarten initiiert werden und durch Partizipation die Möglichkeit zur Gestaltung und Erweiterung sozialer Beziehungen bieten. Darüber hinaus stellt das Setting Kindergarten für die Kinder das Modell einer gesunden physischen und sozialen Umwelt dar, in der soziale Interaktion positiv erlebbar wird. Die Ausweitung der Aufenthaltsmöglichkeit in dieser Umgebung unter Einbeziehung der Familie eröffnet die Chance auf nachhaltiges Gemeinschaftserleben für die zunehmende Zahl von Ein-Kind-Familien unter Abbau sozialer Isolation. Besonders profitieren könnten davon fremdsprachliche Familien durch verbesserte Integration und Lernen der Umgangssprache als wesentlicher Faktor der späteren Bildungslaufbahn. Dies gilt umso mehr, je konsequenter dabei ein breiter Ansatz zur Vermittlung sozialer Angebote unter Einbindung sämtlicher Anbieter relevanter Leistungen zur Familienunterstützung bei gleichzeitiger Vermeidung eines reinen „Unterhaltungsangebotes“ verfolgt wird.

Dies gilt aber nur dann, wenn sich alle Beteiligten über die zugrunde liegenden Hintergründe und Ziele im Klaren sind und diese auch transparent kommuniziert werden.

Für das analysierte Vorhaben lässt sich das nur bedingt sagen, da die Verantwortlichen aus nachvollziehbaren Gründen eine Doppelstrategie verfolgen. Aufgrund einer erst kürzlich erfolgten Erweiterung des Aufgabenbereiches durch verpflichtende Durchführung der Kindergartenversorgung ist die Belastbarkeitsgrenze der Pädagoginnen erreicht. So gerät der politische Entscheidungsträger in das Dilemma der erkannten sozialen Sinnhaftigkeit des Vorhabens bei fehlender Konsensbereitschaft der Durchführenden. Als Reaktion erfolgt ein „Herunterspielen“ des Vorhabens unter „Leugnung“ oder zumindest Verschleierung des unmittelbaren Kindergartenzusammenhangs, um die Pädagoginnen nicht zu beunruhigen. Damit wird aber der entscheidende, innovative gesundheitsfördernde Ansatz verspielt. Darüber hinaus zeigt sich ganz eindeutig, dass die Ausübung des dienstgeberlichen Weisungsrechtes zu nachhaltigen negativen Auswirkungen sowohl auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen als auch des gesamten Vorhabens führt. Das ganze Projekt gerät in Gefahr, wenn die Teilnahme daran gefordert und nicht durch entsprechende Maßnahmen eines partizipativen Gestaltungsprozesses gefördert wird.

Für die Durchführung des HIA's in Bezug auf formale Abläufe empfiehlt sich die Orientierung an vorhandenen Anleitungen. Ein prozesshaftes Vorgehen unter Nutzung entsprechender englischsprachiger Practical Guides erwies sich als vorteilhaft und ermöglichte im Verlauf wichtige Erkenntnisse. Der in anderen Ländern schon erkannte Vorteil des strukturierten Vorgehens anhand eines HIA zur Abschätzung gesundheitlicher Auswirkungen würde bei konsequenter Anwendung für politische Vorhaben die Sicherheit bedeuten, keine wesentlichen Aspekte der Gesundheitsbeeinflussung auf Bevölkerungsebene außer Acht gelassen zu haben. Gleichzeitig würde das Verständnis für Verschränkung von Gesundheit mit anderen Bereichen zunehmen und „gesunde“ Entscheidungen ermöglichen, die von allen getragen werden können und damit einen Beitrag zu sozial gerechter Gesundheitsentwicklung leisten.

Teil 7: Abkürzungen und Begriffe

aks	Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
CRP	C-reaktives Protein
EBM	Evidence Based Medicine
GVP	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
Health literacy	Gesundheitskompetenz
HIA	Health Impact Assessment
HPP	Healthy Public Policy
ifs	Institut für Sozialdienste
IIAP	Integrated Impact Assessment
Kita	Kindertageseinrichtung
SUP	Strategische Umweltprüfung
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
RCT	randomisierte, kontrollierte Studie

Teil 8: Literaturangaben (Teile 1 - 4)

1. Stahl T, Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. *Health in All Policies - Prospects and potentials*: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.
2. Barnes R, Scott-Samuel, A. *Health Impact Assessment - A ten minute guide*. Online verfügbar: http://www.southeastra.gov.uk/documents/committees/healthy_region_forum/01 letzter Zugriff 16.06.2008.
3. Dür W. *Gesundheitsförderung in der Schule - Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung*. 1.Auflage ed: Huber, 2008.
4. Hurrelmann K. *Der Einfluss der Bildung auf Gesundheit und Krankheit*. In: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa, 2006. 39.
5. Mielck A. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Einführung in die aktuelle Diskussion*. Huber, 2005. 16
6. Gadamer HG. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993.
7. Franck A. *Der Gesundheitsbegriff des Jedermann*, Inaugural-Dissertation, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. Marburg, 2007.
8. Gisser. Demographische Jahrbücher Österreichs. 1979.
9. Schipperges H. *Geschichte und Gliederung der Gesundheitserziehung*. In: Blohmke H, ed. Handbuch der Sozialmedizin, Bd.3. Stuttgart, 1977: 550-567.
10. World Health Organisation Constitution WHO Geneva 1946. In: WHO, ed, 1946.
11. Seelos H. *Patientensouverenität und Patientenführung*. Medizinmanagement in Theorie und Praxis: Gabler, 2008:1.
12. Giest H, Hintze, K. *Für einen aktiven Gesundheitsbegriff*. Grundschulunterricht. Berlin: Cornelsen, 2007. 10-18.
13. Antonovsky A. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Ausgabe von A.Franke. Tübingen, 1997.
14. Bauer J. *Prinzip Menschlichkeit*. 1. ed: Hoffmann und Campe, 2006.
15. Wilkinson RG. *Kranke Gesellschaften - Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit*: Springer, 2001.
16. Hesslow G. *Do we need a Concept of Disease?* In: Theoretical Medicine. 1993. 1-14.
17. Wikinson RG. *Das Problem gesundheitlicher Ungleichheiten. Kranke Gesellschaften - Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit*: Springer, 2001:81.
18. Burns H. Speech on Meeting for focal points for family and community health St.Julian's, Malta, 29.Sept-2.Oct 2008, 2008.
19. Schwartz FW. *Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Auflage ed: Urban&Fischer, 2003.
20. Altgeld T, Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R., Trojan, A. *Prävention und Gesundheitsförderung - Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik*. Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, 2006.

21. Hauser R. *Tendenzen der Armutsentwicklung in Deutschland*. Frankfurt, 1989.
22. Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 2001. 118.
23. Fuchs K. *Wovon der Besuch einer Kindertagesstätte abhängt!* in Rauschenbach T Schilling M (Hg) Kinder- und Jugendhilfereport 2, 157-173. Juventa, Weinheim und München. 2005.
24. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. *Day care for pre-school children*. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000564.
25. Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. *Health Impact Assessment: A Practical Guide*, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007.
26. REPORT CoSDoHF. *Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health*, 2008.
27. Beaglehole R, Bonita, R. *Public Health at the Crossroads - Achievement and Prospects*. 2nd ed: Cambridge, 2004.
28. Taylorismus. Wikipedia. <http://de.wikipedia.org/wiki/Taylorismus>, letzter Zugriff 25.10.2008.
29. Dermutz S. *Wurzeln des Widerstands. Zur Debatte um die Gesamtschule*. Schul-News Hg. Österr.Schulkompetenzzentrum 2008; 05/2008. 1-4.
30. Biegel T. *Berufliche Laufbahn und Lebenserwartung*, INAUGURAL-DISSERTATION Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin Marburg: Universität Marburg, 2004.
31. Zorowka PG. *Sprachentwicklungsstörungen*. MonatsschrKinderheilk 2008 2008; 156:875-884.
32. Schulstatistik. Online verfügbar: http://www.vorarlberg.at/pdf/-schulstatistik2007_08.pdf: Land Vorarlberg, 2008. letzter Zugriff 16.06.2008.
33. World Health Organisation. *The Ottawa Charter of health promotion*. Health Promotion 1986; 1:i-v.
34. Hering T. *Der Settings-Ansatz der Gesundheitsförderung am Beispiel Kindergarten*: Hochschule Magdeburg Stendal (FH), 2002:29.
35. Grossmann R, Scala, K. *Gesundheit durch Projekte fördern - Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. In: Badura B, Hurrelmann, K., Lasser U, ed. *Gesundheitsforschung*. 4. Auflage ed: Juventa Verlag 2006.
36. Slack-Smith LM, Read AW, Darby J, Stanley FJ. *Health of caregivers in child care*. Child Care Health Dec 2006; 32:111-9.
37. Taylorismus. <http://de.wikipedia.org/wiki/Taylorismus>, Zugriff 25.10.2008.
38. Badura B. *Public Health–Problemstellung und Ergebnisse*, Vortrag 14.12.2006, 1.PH-Lehrgang VIbg., 2006.
39. *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*, 1999.
40. Berkman L, Kawachi I. *Social Cohesion, Social Capital, and Health*. In: Berkman L, Kawachi I, ed. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000:174 -190.
41. Studie Sozialkapital, Dornbirn. Online verfügbar: http://www.dornbirn.at/News-Anzeigen.99.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Bpointer%5D=16&tx_ttnews%5Btt_news%5D=923&tx_ttnews%5BbackPid%5D=133, letzter Zugriff 07.03.2009.

42. WHO. Definitions of HIA. Online verfügbar <http://www.who.int/hia/about/-defin/en/index.html>, Letzter Zugriff 29.03.2009.
43. Mock S. *Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung*. Diplomarbeit an der Fachhochschule Pinkafeld. 2007.
44. Barnes R, Scott-Samuel, A. *Health Impact Assessment - A ten minute guide*. Online verfügbar http://www.southeastra.gov.uk/documents/-committees/healthy_region_forum/01. Letzter Zugriff 16.06.2008, 2000.
45. Kemm J, Parry, J. *What is HIA? Introduction and overview*. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. *health impact assessment*: Oxford University press, 2004:1-11.
46. Blau J, Ernst, K., Wismar, M., Baro, F., Blenkus, M.G., Bremen, K., Fehr, R., Gulis, G., Kauppinen, T., Mekel, O., Nelimarkka K., Perttilä, K., Scagnetti, N., Sprenger, M., Stegeman, I., Welteke, R.,. *The use of health impact assesment across Europe*. In: Stahl T, Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K., ed. *Health in All Policies, Prospects and potentials*. 2006 ed: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.
47. Petticrew M, Macintyre, S., Thomson, H. *Evidence and HIA*. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. *health impact assessment*: Oxford University press, 2004:71-79.
48. Mc Carthy M. UM. *Quantitative approaches to HIA*. In: Kemm J. PJ, Palmer S., ed. *health impact assesment*: oxford, 2004:60.
49. Hendley J BR, Hirschfield A, Scott-Samuel *What is HIA and how can it be applied to Regeneration Programmes?* Working paper series No1. Health Impact Research and Development Project. Liverpool:University of Liverpool. 1999.
50. Kemm J, Parry, J. *health impact assessment*, p16: oxford, 2004.
51. Mock S. *Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung*. Diplomarbeit an der Fachhochschule Pinkafeld. 2007.
52. Mindell J, Joffe, M., Ison, E. *Planning an HIA*. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. *health impact assessment*. Oxford University press, 2004:91-102.
53. Noack H. Einführungsvorlesung "Einführung in die Gesundheits- und Gesundheitssystemwissenschaften" ULG Public Health 1, Folie 18, 2006.
54. Elliot E, Williams, G., Rolfe, B. *The role of lay knowledge in HIA*. In: Kemm J, Parry, J., Palmer, S., ed. *health impact assesment*: oxford, 2004:81-89.
55. Parry J, Stevens, A. *Prospective Health Impact Assesment: Pitfalls, problems, and possible ways forward*. *British Medical Journal (BMJ)* 2001; 323:1177-1182.
56. Sprenger M. *Health Impact Assessment*. *Österreichische Krankenhauszeitung* 2005:18-21.
57. Erning G, Neumann, K.,Reyer, J. *Geschichte des Kindergartens*. Freiburg: Lambertus, 1987.
58. Grossmann W. *Kindergarten. Eine historisch- systematische Einführung in seine Entwicklung und Pädagogik*. Weinheim/Basel: Beltz, 1987.
59. *Kindergarten und Schule in Vorarlberg*. Online verfügbar: http://www.vorarlberg.at/pdf/4_kindergarten_undschule_.pdf letzter Zugriff 07.03.2009.
60. Gesetz über das Kindergartenwesen (Kindergartengesetz – KGG)1) LGBl.Nr. 52/2008
61. Salcher A. *Der talentierte Schüler und seine Feinde*: Ecowin Verlag, 2008:200.

62. *Brauchen wir einen Bildungs-TÜV?* GEO Wissen 31.
63. Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Die Herner Materialien zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten in Kindertageseinrichtungen: Institut für soziale Arbeit e.V., 2007.
64. Wehinger U. *Einblicke in die Arbeit des Pen Green Centres*. In: Tschöpe-Scheffler S, ed. *Konzepte der Elternbildung - eine kritische Übersicht*: Verlag Barbara Budrich, 2006.
65. Whally M. *Involving Parents in their Children's learning*: Paul Chapman Publishing, 3.Auflage, 2004.
66. Sievers F. Mama-Papa-Kindergärten. *McK Wissen 14* 2005:28-29.
67. Tomaselli K. Kindertagesheimstatistik 2007/2008. In: Landesstelle für Statistik AdVL, ed, 2008.

Anhang

Kindergartenvorsorge - Messinstrumente

Differenzierungsprobe (DP) nach Breuer/Weuffen

optisch-graphische Differenzierung

koordinative Auge-Schreib-Unterscheidung

Schriftzeichen auch bei geringen Unterschieden sehen und unterscheiden können (b d, m n)

Nachzeichnen von Bildsymbolen nach Bildvorgaben

akustisch-phonematische Differenzierung

koordinative Ohr-Laut-Unterscheidung

Laut bei geringen Unterschieden sicher hören und unterscheiden können (Nagel - Nadel)

Hören unterschiedlicher Laute mit Bildtafeln

kinästhetisch-artikulatorische Differenzierung

Bewegungs-Aussprache-Unterscheidung

Bewegungskoordination für Sprechen und Schreiben korrekte Aussprache als Basis für Rechtschreibung, Sprechmotorische Gliederung von Wörtern

Nachsprechen komplizierter Wörter

melodische Differenzierung

Sprachmelodische Unterscheidung

Sprachmelodie zur Inhaltsvermittlung und Beziehungssituation zum Gesprächspartner
Kinderlied singen

rhythmische Differenzierung

Sprachrhythmische Unterscheidung

Erkennen von Betonung, Pausen, Muster und Sprachstruktur, enger Zusammenhang mit mathematischen Leistungen

nachklatschen, nachahmen

Vorarlberger Beobachtungsbogen (VBB) nach Barth

A Sinnesmodalitäten

41 Fragen

Berührungsempfindung, Bewegungsempfindung, Gleichgewicht, Sehen, Hören, Verbindung Sehen und Bewegung mittels Auge-Hand-Koordination

B Bewegungsplanung/Körperschema

7 Fragen

C Händigkeit

1 Frage

D Sprachentwicklung

altersgemäße Sprachentwicklung

3 Fragen

Sprachausdruck

3 Fragen

Sprachverständnis

2 Fragen

E Gedächtnis/Merkfähigkeit

Gehörtes merken

2 Fragen

Gesehenes Merken

2 Fragen

F Spezifischen Lernvoraussetzungen

bei nach erster Beobachtung in einem oder mehreren Bereichen

(also nur im 2 KiGa Jahr) "entwicklungsverzögert" -

18 Fragen

G Aufmerksamkeit/Konzentration/Ausdauer

7 Fragen

H Verhaltensbereich

Lebenspraktischer Bereich u. Selbstständigkeit

12 Fragen

Gefühlsentwicklung u. Umgang mit negativen Gefühlen

6 Fragen