

Die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele in Kanada und Schweden

Empirische Untersuchung der Motivationen
nationale Gesundheitsziele zu entwickeln
sowie der Erfolgsfaktoren der Zielfindungsprozesse
in Kanada und Schweden

Dr. Jürgen Peter Soffried

Matrikelnummer 8903792

Medizinische Universität Graz

Universitätslehrgang Public Health

Universitätsplatz 4/3, 8010 Graz

Leiter: Univ.-Prof.Dr.med. Horst Richard Noack PhD

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

Graz, September 2006

Kurzfassung

Hintergrund: Ziel Nummer 21 des WHO-Rahmenkonzeptes „Gesundheit 21“ besagt, dass bis zum Jahr 2010 in allen Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO „Gesundheit für alle (GFA)“-Konzepte formuliert und umgesetzt werden sollen. GFA-Konzepte zielen auf die sozialen Determinanten von Gesundheit, die für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger sind als Krankenversorgung. Die Formulierung von Gesundheitszielen ist ein wesentlicher Bestandteil des Public Health Action Cycle, an dem sich moderne Gesundheitspolitik im Idealfall orientiert. Österreich hat noch kein GFA-Konzept formuliert, andere Länder haben dies bereits getan oder arbeiten daran, zB Kanada und Schweden.

Fragestellungen: Die Arbeit untersucht, warum in Schweden und Kanada nationale Gesundheitsziele entwickelt wurden, was auf dem Weg zu nationalen Gesundheitszielen geschehen ist und vor allem wie die Zielfindungsprozesse gestaltet wurden.

Ziele: Meilensteine des kanadischen und schwedischen Weges zu nationalen Gesundheitszielen darzustellen; Motivationen für die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele zu ergründen; Den Ablauf der Zielfindungsprozesse beider Länder zu beschreiben; Erfolgsfaktoren und Fallstricke in einem Zielfindungsprozess zu ermitteln. Zweck dieser Untersuchung ist es, Erkenntnisse und Erfahrungen aus zwei Ländern, die bereits nationale Gesundheitsziele entwickelt haben, zugänglich zu machen.

Methodik: Erstens Internetrecherche, zweitens Leitfadeninterviews mit drei Personengruppen: Personen, die direkt in den Prozess involviert waren; Personen, die eine beratende Funktion im Prozess ausübten; Personen in beobachtender Rolle. Anschließend qualitative Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: Sowohl in Kanada als auch in Schweden hat die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele eine mindestens 20jährige Vorgeschichte. Es lassen sich für beide Länder drei wesentliche Motivationen ausmachen nationale Gesundheitsziele zu entwickeln. Erstens: Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung; Prävention und Gesundheitsförderung sollen mehr Gewicht bekommen und andere Politiksektoren für gesundheitliche Belange in die Verantwortung genommen werden. Zweitens: Ungleiche Gesundheitschancen; Die gesundheitlichen Benachteiligungen der sozial unteren Schichten sollen reduziert werden durch Gesundheitsziele, die auf die sozialen Determinanten von Gesundheit fokussieren. Drittens: Orientierung und Koordination; Klärung der Frage was Gesundheitspolitik erreichen will und welche Partner welchen Beitrag zu leisten haben.

Einflussfaktoren auf den Zielfindungsprozess werden getrennt in drei wesentliche Umgebungsfaktoren, die aus dem Prozess heraus nicht beeinflusst werden können, und in sechs Erfolgsfaktoren, die von den Handelnden im Prozess gestaltbar sind.

Umgebungsfaktoren: Erstens die politische Struktur und Kultur des Landes – in Schweden haben politische Komitees eine lange Tradition, in Kanada bestimmt die föderale Struktur den Ablauf eines nationalen Prozesses. Zweitens können Gesundheitsziele nur entwickelt werden, wenn der politische Wille dazu vorhanden ist – dieser kann auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden. Drittens begünstigt bereits vorhandene Public Health Infrastruktur den Zielfindungsprozess.

Erfolgsfaktor 1: Die Entwicklung von Gesundheitszielen, die auf die sozialen Determinanten von Gesundheit fokussieren, stützt sich auf breite und stabile Partnerschaften zwischen Politikerinnen, Expertinnen und weiteren Stakeholdern. Erfolgsfaktor 2: Zwecks Bewusstseinsbildung, Transparenz und Legitimation bietet der Prozess die Möglichkeit zur Partizipation seitens Stakeholdern und Expertinnen, die nicht unmittelbare Partner im Prozess sind, und auch der breiten Öffentlichkeit. Erfolgsfaktor 3: Damit diese Gruppen sinnvoll partizipieren können, schafft man eine gemeinsame Diskussionsgrundlage durch Investitionen in Empowerment dieser Gruppen (wissen worum es geht). Erfolgsfaktor 4: Der Prozess bekommt eine echte Führungspersönlichkeit (Leadership) und wird durch die nötige Verbindlichkeit seitens der Auftraggeber (Commitment) getragen. Erfolgsfaktor 5: Der Prozess wird mit entsprechenden Ressourcen (Zeit, Geld, Infrastruktur) und Kapazität (kompetente Kräfte) ausgestattet und trägt Sorge dafür, dass für die anschließenden Schritte des Public Health Action Cycle ausreichend Kapazität zur Verfügung stehen wird. Erfolgsfaktor 6: Die im Prozess zu treffenden Entscheidungen basieren auf möglichst gut abgesicherter wissenschaftlicher Evidenz.

Projektfinanzierung: Sämtliche Kosten des Projektes wurden allein vom Autor getragen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsziele, Zielfindungsprozess, soziale Determinanten von Gesundheit, „Gesundheit für alle“ – Konzepte, Leitfadeninterview

Abstract

Background: Target 21 of the WHO document 'Health 21' states that by the year 2010, the WHO concept 'Health for All' should have been implemented in all the European member states of the WHO. 'Health for All' concepts target the social determinants of health, which are far more important than health care itself. Formulating the health goals is a fundamental part of the Public Health Action Cycle, on which, ideally, modern health policy is oriented. Austria does not yet have a 'Health for All' concept, other countries, such as Canada or Sweden, already have one or are working on its formulation.

Scope: This paper investigates why national health goals were developed in Canada and Sweden, what happened en route to these goals and how the process of finding them was organised.

Aims: To show the milestones on the way to national health goals in Sweden and Canada: to find out the motives for developing national health goals: to describe the processes of developing national health goals in both countries: to identify success factors and pitfalls during this development. The aim of this paper is to make available the knowledge and experience of these two countries which have already developed national health targets.

Methods: Primarily internet research, followed by guided interviews with three groups of people: those directly involved in the process: those with an advisory function: and those who monitored the process. Finally, there is a qualitative analysis.

Findings: The development of national health goals has a history of over 20 years in both Canada and Sweden. Three main motives for their development can be identified in both countries. Firstly; health policy is more than health care: prevention and health promotion should become more important and other sections of policy should take on more responsibility for health matters. Secondly, health inequities: the disadvantages that lower social classes have concerning health should be reduced by setting health goals which focus on the social determinants of health. Thirdly, orientation and co-ordination: clarification of what health policy wants to achieve and what the individual partners can contribute.

There are three basic environmental factors influencing the goal-setting process which cannot be influenced by the process itself and six success factors which can be influenced by participants in the process.

Environmental factors: Firstly, the political structure and culture of the country – there is a long tradition of political committees in Sweden; in Canada, the federal structure of the country influences course of any national process. Secondly, health goals can only be developed if the political will to do so exists – this can be achieved in different ways. Thirdly, existing public health infrastructure is advantageous for the goal setting process.

Success factors: 1) The development of goals focused on social determinants necessitates a stable partnership between politicians, experts and stakeholders. 2) The process provides an opportunity to participate for persons who are not direct partners in the process; involving stakeholders, experts and the general public raises awareness and creates transparency and legitimation. 3) These groups need empowerment in order to participate competently; they have to have a basis for discussion. 4) The process needs both a leader with personality and the commitment of the authority responsible. 5) The required resources of time, money, infrastructure and capacity (competent workers) must be available and there must be enough capacity for the subsequent steps of the Public Health Action Cycle to be implemented. 6) As far as possible, the decisions involved in the process should be based on well-founded scientific evidence.

Funding: All the costs were carried by the author.

Keywords: health goals, goal setting process, social determinants of health, 'Health for All' concept, guided interviews

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Horst R. Noack, dessen unermüdlichem Einsatz es zu verdanken ist, dass es in Graz ab Oktober 2002 erstmals in Österreich eine Ausbildung zum Master of Public Health gegeben hat. Zudem ist es ihm gelungen, ein großartiges Team um sich zu versammeln, das wirklich immer mit Rat und Tat zur Seite steht. Mein Dank gilt daher genauso Martin Sprenger, Dorli Kahr-Gottlieb, Christoph Pammer und Sabine Schinagl. Schön, dass es euch gibt!

Erklärung

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

Anmerkung

Um der Gender-Perspektive gerecht zu werden, habe ich im Text dort die weibliche Form verwendet, wo sich ein Ausdruck eindeutig auf Personen bezieht (z.B. Politikerinnen, Expertinnen, Ärztinnen etc.) und dabei zu Gunsten der besseren Lesbarkeit auf das groß geschriebene I im Wortinneren verzichtet. In diese Bezeichnung sind Männer und Frauen gleichermaßen eingeschlossen. Wenn sich ein Ausdruck eher auf Institutionen bzw. Organisationen als auf Personen bezieht, wurde die männliche Form verwendet (z.B. Leistungserbringer, Auftraggeber, Partner).

Namen von Institutionen (z.B. *Public Health Agency of Canada*) sowie Titel von Publikationen (z.B. *Lalonde Report*) werden im Text zumindest bei der ersten Erwähnung in einem Abschnitt *kursiv* geschrieben, dasselbe gilt für englische Fachtermini (z.B. *healthy public policies*) und die Wiederholung von Überschriften im Text (z.B. *Leadership*).

Dr. Jürgen Peter Soffried
Schillerstrasse 4/34, 4020 Linz
+43-(0)664-3611614
juergen_soffried@yahoo.de

OÖGKK, Abteilung Behandlungsökonomie
Gruberstrasse 77, 4020 Linz
+43-(0)732-7807-3248
juergen.soffried@oegkk.at

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	7
1.1. HINTERGRUND	7
1.1.1. <i>Gesundheitspolitik</i>	7
1.1.2. <i>Gesundheitsziele</i>	8
1.1.3. <i>Die sozialen Determinanten von Gesundheit</i>	9
1.1.4. <i>Gesundheit für alle (GFA) – ein Rahmenkonzept der WHO</i>	13
1.1.5. <i>Der Public Health Action Cycle</i>	16
1.2. AUSGANGSLAGE	17
1.3. FRAGESTELLUNGEN	17
1.4. ZIELE DER VORLIEGENDEN ARBEIT	18
2. METHODIK	19
2.1. VORGEHEN	19
2.2. BESCHREIBUNG DES QUALITATIVEN VERFAHRENS	19
2.2.1. <i>Das Leitfadeninterview</i>	20
2.2.2. <i>Die Interviewpartnerinnen</i>	21
2.2.3. <i>Qualitative Inhaltsanalyse</i>	25
3. VORGESCHICHTE, ZIELFINDUNGSPROZESS UND ZIELE	27
3.1. KANADA	27
3.1.1. <i>Public Health-Meilensteine vor den Gesundheitszielen (Kanada)</i>	28
3.1.2. <i>Der Zielfindungsprozess in Kanada</i>	32
3.1.3. <i>Die kanadischen Gesundheitsziele</i>	34
3.2. SCHWEDEN	35
3.2.1. <i>Public Health-Meilensteine vor den Gesundheitszielen (Schweden)</i>	36
3.2.2. <i>Der Zielfindungsprozess in Schweden</i>	39
3.2.3. <i>Die schwedischen Gesundheitsziele</i>	42
4. MOTIVATIONEN, UMGEBUNGS- UND ERFOLGSFAKTOREN	44
4.1. MOTIVATIONEN	45
4.1.1. <i>Ungleiche Gesundheitschancen</i>	45
4.1.2. <i>Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung</i>	46
4.1.3. <i>Orientierung & Koordination</i>	48
4.2. WESENTLICHE UMGEBUNGSFAKTOREN	50
4.2.1. <i>Politische Struktur & Kultur des Landes</i>	51
4.2.2. <i>Richtiger Zeitpunkt & politischer Wille</i>	56
4.2.3. <i>Public Health als eigenständige Entität im Gesundheitswesen</i>	62
4.3. ERFOLGSFAKTOREN IM ZIELFINDUNGSPROZESS	64
4.3.1. <i>Networking & Partnerschaften</i>	64
4.3.2. <i>Empowerment</i>	70

4.3.3.	<i>Partizipation</i>	74
4.3.4.	<i>Leadership & Commitment</i>	79
4.3.5.	<i>Kapazität & Ressourcen</i>	85
4.3.6.	<i>Evidenz</i>	89
5.	ERGEBNISSE UND WEITERFÜHRENDE FRAGESTELLUNGEN	92
5.1.	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	92
5.1.1.	<i>Motivationen</i>	92
5.1.2.	<i>Wesentliche Umgebungsfaktoren</i>	92
5.1.3.	<i>Erfolgsfaktoren im Prozess</i>	94
5.2.	WEITERFÜHRENDE FRAGESTELLUNGEN	98
5.3.	PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME	99
6.	LITERATURVERZEICHNIS	100
7.	ANHANG	103
7.1.	DER LEITFADEN	103
7.2.	VERZEICHNIS DER INTERVIEWPARTNERINNEN	105
7.3.	SELBSTZUORDNUNG DER INTERVIEWPARTNERINNEN NACH KATEGORIEN	107

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Public Health Action Cycle	16
Abbildung 2: Selbstzuordnung der Interviewpartnerinnen nach Kategorien	107

1. Einleitung

Die Einleitung beleuchtet zuerst das der Arbeit zu Grunde liegende Verständnis von Gesundheitspolitik und Gesundheitszielen und beschäftigt sich weiters mit den sozialen Determinanten von Gesundheit, dem WHO-Konzept *Gesundheit für alle* (GFA) und mit dem *Public Health Action Cycle*. Danach werden die Ausgangslage sowie die Fragestellungen und Ziele der Arbeit dargestellt.

1.1. Hintergrund

1.1.1. Gesundheitspolitik

Grundsätzlich ist es Ziel von Gesundheitspolitik, für die gesamte Bevölkerung die dem jeweiligen Gesundheitszustand entsprechende Intervention bereitzustellen, den Zugang dazu tatsächlich zu ermöglichen und damit den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu maximieren. Zunächst sind Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Therapie, Pflege und Rehabilitation gleichrangige Interventionsfelder. Angesichts beschränkter Ressourcen muss allerdings eine Auswahl oder Gewichtung der zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten erfolgen. Für diese Entscheidung ist es nötig folgende Leitfrage zu beantworten: Auf welcher Strecke des Kontinuums zwischen völliger Gesundheit und schwerer Erkrankung bzw. Tod ist mit welcher Intervention und möglichst kostengünstig der epidemiologisch abschätzbar größte Gesundheitsgewinn zu erzielen? Die Auswahl der am besten geeigneten Intervention erfolgt dann unter den Gesichtspunkten der Effektivität und der Effizienz, wobei darauf zu achten ist, dass in die Beurteilung einer Maßnahme die Gesamtheit der erwünschten und unerwünschten Wirkungen einfließt, die erwünschten Wirkungen dabei eindeutig überwiegen und die unerwünschten insgesamt tolerabel sind (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004).

Folgt man diesem Verständnis von Gesundheitspolitik, so fällt eine Diskrepanz auf zwischen der Erkenntnis, es gäbe mehrere gleichrangige Interventionsfelder und der allgemeinen Erfahrung, dass der Fokus von Gesundheitspolitik in der Regel auf der Krankenversorgung liegt und die finanziellen Ressourcen eben dieser Fokussierung folgen. Dies verwundert umso mehr als der Anteil der Krankenversorgung an der Schaffung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung ein relativ geringer ist. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Deutschland kommt in einem Gutachten zu dem Ergebnis, dass in reichen Ländern der Anteil des

Krankenversorgungssysteme an der Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung lediglich bei 10 bis 30 Prozent liegt (vgl. Sachverständigenrat 2002 Band I).

Neben den expliziten Handlungsfeldern der Gesundheitspolitik wie Krankenversorgung, Krankheits- und Unfallprävention oder Gesundheitsförderung haben auch andere Politikbereiche Einfluss auf die Gesundheit. Gesundheitliche Wirkungen von bildungs-, sozial- oder verkehrspolitischen Interventionen werden jedoch kaum als Gesundheitspolitik wahrgenommen. Ungeachtet dessen sind gesundheitliche Wirkungen oft und teilweise auch in größerem Umfang Konsequenz aus politischen Entscheidungen, die weder nach der Selbstdefinition der Entscheidungsträgerinnen noch in der öffentlichen Wahrnehmung explizit mit dem Thema Gesundheit in Verbindung gebracht werden. Man spricht daher von impliziter Gesundheitspolitik bzw. von *healthy public policy* (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004).

1.1.2. Gesundheitsziele

Unter Gesundheitszielen versteht man eine bindende Festlegung von Prioritäten in der Gesundheitspolitik. Diese gesundheitspolitischen Ziele beziehen sich im Idealfall auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung und intendieren beispielsweise die Lebenserwartung zu verbessern, Krankheits- und Behinderungslast zu verringern oder Ungleichheiten im Gesundheitsstatus verschiedener sozialer Schichten zu reduzieren. Realpolitisch beschäftigt sich Gesundheitspolitik jedoch häufig mit Themen wie Ärztedichte, Krankenhausbettendichte, Standortfragen, Beitragsaufkommen oder Industrieinteressen. Aus Sicht der Public Health – Wissenschaft wird der Nutzen ausformulierter Ziele grundsätzlich darin gesehen, dass eine an Gesundheitszielen ausgerichtete und gleichzeitig auch an Ergebnissen orientierte Gesundheitspolitik ein effektiver Weg ist, den Gesundheitsstatus einer ganzen Bevölkerung zu verbessern. Aus dieser Perspektive ist es daher von erheblicher Bedeutung, ob sich die Gesundheitspolitik eines Landes vorrangig an der Nichtüberschreitung eines bestimmten Budgetrahmens orientiert oder an der Erreichung explizit gemachter Gesundheitsziele (vgl. Schwartz/Kickbusch/Wismar 2003, Rosenbrock/Gerlinger 2004).

Grundsätzlich unterscheidet man zwei Gruppen von Zielen. Erstens gibt es solche Ziele, die ein Handlungsfeld oder einen Zielbereich benennen, diese werden im englischen Sprachgebrauch meist als *goals* bezeichnet. Zweitens finden sich jene

Ziele, die ganz konkret bezeichnen, was bis wann in welchem Ausmaß erreicht werden soll. Das heißt, diese Ziele sind messbar und daher deren Erreichung evaluierbar. Man nennt solche Ziele zum Beispiel SMART. Die Abkürzung SMART steht für: Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Timed. Bei SMARTen Zielen können wiederum zwei Arten unterschieden werden, nämlich die Ziele und deren Teilziele, im Englischen meist als *objectives* und *targets* bezeichnet (vgl. Public Health Goals for Canada 2005b).

Diese Untergliederung der Ziele wird anhand eines rein hypothetischen Beispiels veranschaulicht. Nehmen wir an ein Zielbereich (*goal*) wäre beispielsweise die Verbesserung der Unfallprävention. Ein in diesen Zielbereich fallendes SMARTes Ziel (*objective*) könnte zum Beispiel die Reduktion der Verkehrstoten bis zum Jahr 2010 um zehn Prozent sein, Ausgangswert Verkehrstote des Jahres 2005. Da es sich um ein langfristiges Ziel handelt, welches mit verschiedenen Maßnahmen erreicht werden kann, ist es sinnvoll Teilziele zu definieren. Ein SMARTes Teilziel (*target*) wäre beispielsweise die bessere Absicherung von Autobahnbaustellen und dadurch Reduktion der Unfälle im Baustellenbereich um 50 Prozent bis 2007. Diese Terminologie mit *goals*, *objectives* und *targets* bzw. Zielbereichen, Zielen und Teilzielen ist nicht die einzig mögliche, aber doch eine sehr gebräuchliche und praktikable. Entscheidendes Kriterium ist es, ob die Ziele SMART sind oder nicht.

1.1.3. Die sozialen Determinanten von Gesundheit

Die 1986 entstandene *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung* beschreibt Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist demnach an diese Grundvoraussetzungen gebunden. Die Verfasserinnen der Ottawa Charta geben daher die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik als Ziel aus und konstatieren, dass diese weit mehr als medizinische und soziale Versorgung beinhalten müsse. Gesundheit solle auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Politikerinnen sollten dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheit deutlich werden. Als mögliche, sich gegenseitig ergänzende Ansätze einer solchen Politik der Gesundheitsförderung sieht die Ottawa Charta Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle

Veränderungen. Nur koordiniertes Handeln könne zu größerer Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen (vgl. Ottawa Charta 1986).

Die Ottawa Charta markiert einen frühen Meilenstein des sich vollziehenden Wandels im Verständnis der Determinanten von Gesundheit. Die in den Folgejahren gewonnenen Forschungsergebnisse zeigten immer wieder, dass Ungleichheiten im Gesundheitsstatus verschiedener sozialer Gruppen bestehen und auf welche Faktoren diese zurückzuführen sind. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht, ausgedrückt durch die Indikatoren Bildung, Einkommen und berufliche Stellung, bestimmt in entscheidendem Ausmaß die gesundheitlichen Chancen und Risiken des betreffenden Individuums. Diese sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zeigt sich darin, dass das – an diesen drei Indikatoren gemessen – unterste Fünftel der Bevölkerung in jedem Lebensalter im Durchschnitt ein ungefähr doppelt so hohes schweres Erkrankungs- und Sterberisiko trägt wie das oberste Fünftel. Dieses überdurchschnittliche Krankheits- und Sterberisiko von Angehörigen der sozialen Unterschichten ist auf eine Kumulation gesundheitlicher Belastungen bei einer gleichzeitig unzureichenden Ausstattung mit gesundheitlichen Ressourcen bei diesen Gruppen zurückzuführen (vgl. Mielck 2000).

Richard Wilkinson beschreibt unter anderem, dass auf dem bereits erreichten Wohlstandssockel der industrialisierten Gesellschaften nicht mehr die durchschnittliche Einkommenshöhe, sondern die Einkommensverteilung und der soziale Zusammenhalt innerhalb einer Gesellschaft die wesentlichen Determinanten der gesundheitlichen Entwicklung der Menschen darstellen. Eine ausgewogene Einkommensverteilung vermittelt den Menschen das Gefühl, in einer gerechten Gesellschaft zu leben, die über vergleichsweise starke soziale Bindekräfte verfügt und mit einem hohen Maß an Gemeinschaftssinn ausgestattet ist. Geringe Einkommensunterschiede und ein großer sozialer Zusammenhalt haben einen positiven Einfluss auf die kulturelle, soziale und wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft, auf ihre Kreativität und Produktivität (vgl. Wilkinson 2001).

Rund zwei Jahrzehnte nach der Ottawa Charta halten Richard Wilkinson und Michael Marmot im Namen der WHO fest:

„Bei Gesundheitspolitik dachte man früher hauptsächlich an die Bereitstellung und Finanzierung von medizinischer Versorgung. Die sozialen Determinanten der Gesundheit wurden nur in akademischen Kreisen erörtert. Das ändert sich zurzeit.

Auch wenn die medizinische Versorgung bei einigen schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf führen kann, so sind die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Menschen krank und hilfebedürftig machen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger. Allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung ist allerdings selbst eine der sozialen Determinanten von Gesundheit“ (WHO 2004, 7).

Die sozialen Determinanten von Gesundheit laut WHO:

1. *Das soziale Gefälle:*

Menschen, die sich auf der Leiter der gesellschaftlichen Hierarchie auf einer unteren Sprosse befinden, erkranken häufiger schwer und sterben früher als Menschen am oberen Ende der Leiter. Das mag vielleicht noch nicht überraschen, aber die sozialen Ungleichheiten der Gesundheit erstrecken sich über die gesamte Gesellschaft: Auch Angestellte in einer mittleren Position sind stärker von Krankheit und vorzeitigem Tod betroffen als ihre Vorgesetzten im höheren Management.

2. *Stress:*

Stress wird durch soziale und psychologische Umstände verursacht und wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit aus. Stressfaktoren sind zum Beispiel andauernde Sorgen und Unsicherheit, soziale Vereinsamung, geringe Selbstachtung oder fehlende Möglichkeiten, am Arbeitsplatz selbst bestimmt zu arbeiten. Lange sorgenvolle und unsichere Lebensphasen und ein Fehlen stützender Beziehungen sind gesundheitsschädlich und umso häufiger zu beobachten, je weiter unten jemand gesellschaftlich rangiert.

3. *Frühe Kindheit:*

Mangelhafte Ernährung, Stress, Tabak-, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Bewegungsarmut der Schwangeren gefährden die optimale Entwicklung des Fötus. In der Kleinkindphase können unsichere Gefühlsbindungen und mangelhafte Stimulation Problemverhalten auslösen und zu sozialer Ausgrenzung im Erwachsenenalter führen. Eine gesunde Lebensweise mit ausgewogener Ernährung und viel Bewegung, Verzicht auf Tabak und ein beispielhaftes Verhalten der Eltern und Peer-Gruppen sowie eine gute Ausbildung sind Fundamente späterer Gesundheit.

4. *Soziale Ausgrenzung:*

Armut und soziale Ausgrenzung sind auch in den reichsten Ländern Europas anzutreffen, haben verschiedenste Ursachen und verhindern angemessene

Unterkunft, Ausbildung, Transportmöglichkeiten und andere wichtige Voraussetzungen für die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ausschluss aus der Gesellschaft und Ungleichbehandlung verursachen soziale und psychologische Schäden sowie materielle Kosten, beeinträchtigen dadurch die Gesundheit und erhöhen die Gefahr eines vorzeitigen Todes.

5. *Arbeit:*

Die soziale Organisation der Arbeit, der Führungsstil und die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz haben Bedeutung für die Gesundheit. Stress am Arbeitsplatz trägt stark zu gesundheitlichen Unterschieden, durch Krankheit bedingten Fehlzeiten und sozialschichtabhängigen Frühsterbefällen bei. Hohe Anforderungen und ein gleichzeitig niedriger Grad an Selbstbestimmtheit sowie fehlende Anerkennung der Arbeitsleistung sind besonders risikoträchtig.

6. *Arbeitslosigkeit:*

Arbeitslose und ihre Familien haben ein höheres Risiko frühzeitig zu sterben, indem Arbeitslosigkeit psychologische Schäden und finanzielle Probleme nach sich zieht, was wiederum die Gesundheit gefährdet. Auch die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. Das heißt, die Tatsache, dass man Arbeit hat, reicht noch nicht aus, um die physische und psychische Gesundheit zu schützen. Die Arbeitsplatzsicherheit und die Qualität des Arbeitsplatzes sind ebenfalls wichtig.

7. *Soziale Unterstützung:*

Ein soziales Netz aus Verständnis und gegenseitiger Verpflichtung erzeugt das Gefühl, umsorgt, geliebt, geachtet und geschätzt zu werden. Die Qualität der sozialen Beziehungen und das Vorhandensein von Vertrauen sowie von Respekt in der Gemeinschaft oder in der Gesellschaft helfen den Menschen und schützen ihre Gesundheit. Ungleichheit hingegen führt zum Zerfall guter sozialer Beziehungen. Gesellschaften mit großen Einkommensunterschieden leiden unter mangelndem sozialen Zusammenhalt und fehlendem wechselseitigen Vertrauen und erleben ein höheres Ausmaß an Kriminalität.

8. *Sucht:*

Rauchen, Alkoholabhängigkeit und illegaler Drogengebrauch sind eng mit den Kennzeichen sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung verbunden und eine Reaktion auf den Zusammenbruch des sozialen Gefüges. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, die gesundheitlichen Ungleichheiten weiter zu verstärken. Schlechte Wohnverhältnisse, niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit oder

Obdachlosigkeit und soziale Isolation zeigen einen starken Zusammenhang mit Rauchen und Alkoholkonsum.

9. *Lebensmittel:*

Gute Ernährung und bedarfsgerechte Lebensmittelversorgung fördern Gesundheit und Wohlbefinden. Sowohl Lebensmittelknappheit als auch einseitige Ernährung oder zu viel Essen führen zu Krankheit und vorzeitigem Tod. Entscheidend für eine richtige und ausgewogene Ernährung in der Bevölkerung ist weniger gesundheitliche Aufklärung als vielmehr, was gesunde Lebensmittel kosten und wie zugänglich sie sind. Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen wie junge Familien, ältere Menschen und Arbeitslose können sich gesundes Essen am wenigsten leisten.

10. *Verkehr:*

Der Umstieg vom Auto auf Fortbewegung zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln, hat vier gesundheitsförderliche Aspekte: Man hat mehr Bewegung, es passieren weniger tödliche Unfälle, die sozialen Kontakte werden gefördert und die Luftverschmutzung verringert. Regelmäßige Bewegung schützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes, Depression und fördert das Wohlbefinden (Punkte 1.-10. vgl. WHO 2004).

1.1.4. *Gesundheit für alle (GFA) – ein Rahmenkonzept der WHO*

Die Idee einer langfristigen Perspektive zur Neuorientierung von Gesundheitspolitik bzw. das Engagement der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Gesundheitsziele geht zurück bis zur 30. Weltgesundheitsversammlung 1977. Im Rahmen der Konferenz von Alma-Ata 1978 wurde die Vision der neuen Gesundheitspolitik ausformuliert unter dem Titel *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*. In weiterer Folge erarbeitete die WHO ein Programm mit 38 Zielen, denen die Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO 1984 zustimmten. Ein nächster Meilenstein war die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 1986 (siehe Punkt 1.1.3.). Die 38 Ziele der WHO wurden 1991 überarbeitet und das Konzept *Gesundheit für alle (GFA)* in den Folgejahren immer weiter entwickelt und differenziert bis schließlich aus *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* – nicht zuletzt bedingt durch die rasch voranschreitende Zeit – das Konzept *Gesundheit 21* wurde (vgl. Alma-Ata Deklaration 1978, Ottawa Charta 1986, Schwartz/Kickbusch/Wismar 2003).

Das WHO-Rahmenkonzept *Gesundheit 21* formuliert 21 Ziele für die europäische Region der WHO für das 21. Jahrhundert, wobei die zugrunde liegende Vision nach wie vor *Gesundheit für alle* heißt. Angelpunkt der vorliegenden Arbeit ist das Ziel Nummer 21 dieses Programms, welches lautet:

„Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden“ (WHO 1999, 201).

Nach Auffassung der WHO ist es eine unabdingbare Voraussetzung, dass es ein schriftliches Grundsatzpapier gibt, das aufgegriffen, gelesen, erörtert und auch kontrovers diskutiert werden kann, damit die zahlreichen Partnerinnen, die einbezogen werden müssen, auch genau verstehen, weshalb sie für die Gesundheit zusammenarbeiten sollen oder was ihr spezieller Input dabei sein könnte. Ein derartiges Grundsatzdokument mit klaren Zielvorgaben und Strategien sieht die WHO als den wesentlichen Rahmen, Bezugs- und Ausgangspunkt, so dass selbst kleine weitere Schritte in die richtige Richtung erfolgen. Die Entwicklung einer solchen Richtungsvorgabe für den weiteren Weg setze daher einen demokratischen, partizipatorischen Planungsprozess voraus, der langwierige und entschlossene Bemühungen seitens vieler Partnerinnen erfordere (vgl. WHO 1999).

In *Gesundheit 21* konstatiert die WHO weiters, dass Engagement für Gesundheit, Initiativen und Konzepte nicht von selbst kommen. Das Bewusstsein über die Notwendigkeit von Gesundheitszielen als Steuerungsinstrument der Gesundheits- und Sozialpolitik müsse durch Public Health Expertinnen geschärft werden. Nach Ansicht der WHO sollte der gesamte Gesundheitssektor als Verfechter der Gesundheit und Fürsprecher von mehr Chancengleichheit und Solidarität im Gesundheitsbereich auftreten. Regelmäßige Berichte über Gesundheitsdeterminanten und gesundheitliche Ungleichheiten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene könnten einen wesentlichen Beitrag zu deren besseren Verständnis leisten. Diese Berichterstattung müsse jedoch zielgruppengerecht aufbereitet werden und sowohl Fachkreise als auch Politikerinnen und die Öffentlichkeit in geeigneter Weise erreichen (vgl. WHO 1999).

Für den Erfolg des Prozesses erachtet es die WHO als von entscheidender Bedeutung, dass die weitestgehende Beteiligung der verschiedenen Sektoren, Ebenen und Interessensgruppen gewährleistet ist und der Prozess selbst transparent abläuft. Ansonsten bestehe die Gefahr, dass diejenigen, die die GFA-Programme realisieren

sollen, nicht sonderlich engagiert seien die Politik auch in die Praxis umzusetzen, wenn sie nicht an der Gestaltung derselben beteiligt waren. Für die Abstimmung des politischen Entwicklungsprozesses schlägt die WHO vor, beispielsweise einen nationalen Gesundheitsrat einzusetzen, der die Zusammenarbeit aller maßgeblichen Stakeholder organisiert und regelt. Dieser Gesundheitsrat solle in seiner Arbeit durch den Input verschiedener Expertengruppen unterstützt werden. Wichtig für die spätere Umsetzbarkeit der erarbeiteten Maßnahmen sei die Schaffung eines breiten Konsenses hinsichtlich der Prioritäten. Diese müssten unter den Beteiligten ausgehandelt werden bzw. folgen sie den Zielvorgaben des Auftraggebers (Regierung oder Parlament). Um die Nachhaltigkeit eines solchen Prozesses sicherzustellen (Unabhängigkeit von Wahlen oder Regierungswechsel) empfiehlt die WHO, langfristige und Partei übergreifende Vereinbarungen anzustreben, die durch die möglichst frühzeitige Einbeziehung von Politikerinnen aller Lager erreicht werden könne (vgl. WHO 1999).

Unter Transparenz im Zielfindungsprozess versteht die WHO sowohl Transparenz nach innen als auch nach außen. Nach innen meint, dass Ergebnisse und Positionen einzelner Akteurinnen schriftlich festgehalten werden, damit alle Beteiligten jederzeit erkennen können, worauf sie sich eingelassen haben, und verstehen, welche Rolle sie selbst dabei einnehmen. Nach außen meint, dass die Ergebnisse auch jenen Stakeholdern kommuniziert werden, die nicht unmittelbar am Prozess beteiligt sind. Ansonsten fühlten sich jene ausgeschlossen, deren Akzeptanz man später für die Umsetzung braucht. Noch stärker Akzeptanz fördernd wirke Legitimierung durch einen Konsultationsprozess. Dabei wird ein vorläufiges Ergebnis den nicht unmittelbar beteiligten Stakeholdern offiziell zur Kenntnis gebracht mit der Möglichkeit ihre Position dazu einzubringen. Das Einbauen einer solchen Feedbackschleife in den Prozess habe sich in der Vergangenheit sehr bewährt (vgl. WHO 1999).

Die WHO betont, dass die Formulierung und Umsetzung einer modernen Public Health Strategie im Sinne von *Gesundheit für alle* neue Bündnisse des Gesundheitssektors mit verschiedenen anderen Sektoren erfordert. Dies bedeute das Führen eines neuen Dialoges sowie lernen über andere und von anderen. Bei der Suche nach, dem Aufbau von und dem Handeln durch neue Partnerschaften sei unbedingt danach zu trachten ein Vertrauensklima zu schaffen und zu bewahren. Public Health Expertinnen wird in diesem Prozess seitens der WHO eine zentrale Rolle zugewiesen (vgl. WHO 1999).

Die WHO sieht für intersektorales Handeln – wie es bei der Umsetzung einer GFA-Strategie unbedingt erforderlich sei – gesetzgeberische und finanzielle Maßnahmen allein nicht als ausreichend. Verwaltungs- und Managementinstrumente seien ebenso einzufordern wie Maßnahmen in Forschung und Ausbildung, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen und gesundheitspolitische Audits. Als weitere Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung einer GFA-Strategie nennt die WHO das Benennen von Verantwortlichen für Koordinierung, Verlaufsbeobachtung und Evaluation des Prozesses sowie das Vorhandensein einer regelmäßigen Berichterstattung an gewählte Gremien (vgl. WHO 1999).

1.1.5. Der Public Health Action Cycle

„Gesundheitspolitik umfasst die Formulierung von Zielen, die politische Auseinandersetzung um diese, die Wahl der geeigneten Instrumente und Maßnahmen sowie deren Anwendung und Überprüfung“ (Schwartz/Kickbusch/Wismar 2003, 229).

Was in diesem Statement zum Ausdruck gebracht wird, ist die Tatsache, dass Public Health Politik nie fertig ist, sondern immer wieder von vorne anfängt. Sie bewegt sich in einem Zyklus, der wie folgt abläuft: Problemdefinition, Politik- bzw. Strategieformulierung, Umsetzung und Evaluation. Wichtig dabei ist, dass man beim Eintritt in den Zyklus mit der Problemdefinition beginnt und nicht bei Schritt zwei oder gar drei (vgl. WHO 1999, Agren 2003, Rosenbrock/Gerlinger 2004).

Public Health Action Cycle

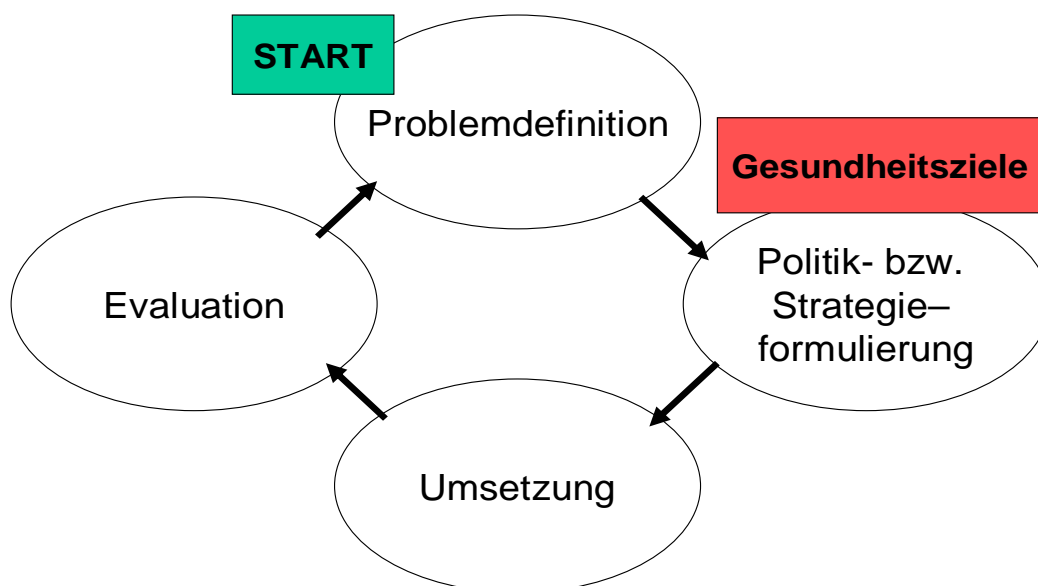


Abb. 1: Public Health Action Cycle (in Anlehnung an Rosenbrock/Gerlinger 2004)

1.2. Ausgangslage

Österreich hat bis heute keine nationale *Gesundheit für alle* – Strategie im Sinne der WHO. Auch sind bisher keine nationalen Gesundheitsziele, die auf die sozialen Determinanten von Gesundheit fokussieren, entwickelt worden. Möglicherweise ist das Ziel der WHO, bis 2010 eine nationale GFA-Strategie formuliert zu haben und umzusetzen, auch für Österreich noch erreichbar. Andere Länder sind in der Entwicklung nationaler Gesundheitsziele bzw. einer nationalen GFA-Strategie schon weiter. Daher ist es nahe liegend zu untersuchen, wie solche Länder ihre nationalen Gesundheitsziele entwickelt haben. In der vorliegenden Arbeit werden zwei Länder – Schweden und Kanada – aufgrund folgender Überlegungen untersucht:

- Schweden hat im April 2003 ein Gesetz verabschiedet, das nationale Gesundheitsziele definiert und die Basis einer nationalen Public Health Strategie bildet. Schweden ist von der Einwohnerzahl her mit Österreich vergleichbar, ist wie Österreich ein Mitglied der Europäischen Union mit vergleichbaren Rahmenbedingungen und gilt wie Österreich als ein Wohlfahrtsstaat, ist allerdings im Unterschied zu Österreich ein zentral regiertes Land mit nur einer Gesetzgebungsebene.
- Kanada ist zwar kein europäisches Land und hat rund viermal so viel Einwohner wie Österreich, ist aber wie Österreich ein Bundesstaat mit regionaler Gesetzgebung im Bereich Gesundheit und aufgrund dieser föderalen Struktur und der damit einhergehenden politischen Herausforderungen für Österreich interessant. Während das Konzept zur vorliegenden Arbeit entstand, befand sich Kanada gerade mitten im Prozess nationale Gesundheitsziele zu entwickeln, welche im Oktober 2005 verlautbart wurden. Auch dies war ein Aspekt Kanada als Fallstudie zu wählen.

1.3. Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit soll folgende Fragen beantworten:

- Was ist in Schweden und Kanada auf dem Weg zu nationalen Gesundheitszielen geschehen?
- Warum wurden nationale Gesundheitsziele entwickelt bzw. was soll damit erreicht werden?
- Wie wurden die Zielfindungsprozesse gestaltet?

1.4. Ziele der vorliegenden Arbeit

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind es:

- Meilensteine des kanadischen bzw. schwedischen Weges zu nationalen Gesundheitszielen darzustellen,
- die Motivationen zu ergründen, warum diese beiden Länder nationale Gesundheitsziele entwickelt haben,
- den Ablauf des Zielfindungsprozesses selbst zu beschreiben sowie
- die Erfolgsfaktoren bzw. eventuelle Fallstricke in einem solch komplexen Prozess zu ermitteln.

Mit dieser Untersuchung sollen Erkenntnisse und Erfahrungen aus zwei Ländern, die bereits nationale Gesundheitsziele entwickelt haben, zugänglich gemacht werden für all jene, die sich mit Gesundheitszielentwicklung beschäftigen oder sich dafür interessieren, damit sie daraus hilfreiche Anregungen entnehmen können.

2. Methodik

2.1. Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragen, was Kanada und Schweden in punkto Entwicklung nationaler Gesundheitsziele wie und warum gemacht haben, wurde zuerst eine Internetrecherche durchgeführt. Dabei wurde zu Beginn mit Suchbegriffen wie *public health strategy*, *public health goals* oder *public health policy* und dem Namen des jeweiligen Landes über Google gesucht. Diese erste Suche führte weiter zu offiziellen Regierungsseiten in beiden Ländern, zu verschiedenen Ministerien und Behörden, zu Non Governmental Organisations (NGOs) und einschlägigen Public Health Institutionen wie auch zur WHO, deren Internetseiten dann weiter systematisch durchsucht wurden. Diese Recherche ermöglichte es, Meilensteine auf dem Weg zu nationalen Gesundheitszielen sowie den zeitlichen Ablauf des Zielfindungsprozesses selbst in beiden Ländern zu beschreiben. Das heißt es ließ sich die Frage nach dem Was bereits gut beantworten. Die Erfahrung der durchgeführten Internetrecherche zeigte, dass das Warum und das Wie nicht zufrieden stellend beantwortet werden konnten. Zuviel Information blieb zwischen den Zeilen verborgen. Um die fehlende Information zu erschließen, also zur Ermittlung der Motivationen und Erfolgsfaktoren, wurde daher ein qualitatives Verfahren angeschlossen, indem Interviews in Kanada und Schweden durchgeführt wurden.

2.2. Beschreibung des qualitativen Verfahrens

Nach Mayring können Interviews nach folgenden Kriterien unterschieden werden:

- **Offenes versus geschlossenes Interview:**
Bezogen auf die Freiheitsgrade der befragten Person unterscheidet man offene von geschlossenen Interviews. In einem offenen Interview kann die befragte Person frei antworten und das formulieren, was ihr in Bezug auf das Thema wichtig erscheint.
- **Unstrukturiertes versus strukturiertes Interview:**
Bezogen auf die Freiheitsgrade der befragenden Person unterscheidet man unstrukturierte von strukturierten Interviews. In einem unstrukturierten Interview geht die befragende Person ohne starren Fragenkatalog vor und kann Fragen und Themen je nach Situation frei formulieren.

- Qualitatives versus quantitatives Interview:
Bezogen auf die Auswertung des Interviewmaterials unterscheidet man qualitative von quantitativen Interviews. Bei qualitativen Interviews erfolgt die Auswertung mittels qualitativ-interpretativer Techniken (vgl. Mayring 2002). Mehr zur qualitativen Inhaltsanalyse unter Punkt 2.2.3.

Ziel der Interviews war es, Motivationen sowie Erfolgsfaktoren bzw. Fallstricke eines nationalen Gesundheitszielfindungsprozesses fest und damit für alle Interessierten in Österreich zugänglich und nutzbar zu machen. Um die gesuchten Informationen mittels Interviews auch tatsächlich zu erhalten, war es wichtig die geeignete Form des Interviews zu wählen. Diese fand sich in der Form des Leitfadeninterviews.

2.2.1. Das Leitfadeninterview

Das Leitfadeninterview ist eine offene, halbstrukturierte, qualitative Befragung. Zur Erstellung des Leitfadens bedarf es einer Voranalyse des Forschungsgegenstandes, die Fragen beziehungsweise Stichworte des Leitfadens beziehen sich somit auf vorher als relevant ermittelte Themenkomplexe. In anhand eines Leitfadens geführten Interviews erfolgt die Strukturierung des Gespräches sowohl durch die befragende als auch durch die befragte Person. Der Leitfaden stellt ein Gerüst dar, mit dessen Hilfe die befragende Person sicherstellt, dass bestimmte Themenbereiche angesprochen werden. Die Fragen werden im Gespräch sehr offen formuliert und müssen im Leitfaden nicht vorformuliert sein, es ist ausreichend Stichworte aufzuschreiben und die Frage dazu aus dem Gespräch heraus zu formulieren. Die befragte Person ist möglichst frei und kann ausführlich antworten und damit wieder den weiteren Gesprächsverlauf mit strukturieren. Das wiederum ermöglicht der befragenden Person eine Vertiefung in die von der befragten Person eingebrachten Aspekte durch Nachfragen. Es ist wichtig, dass der Leitfaden nicht zu umfangreich ist. Die Handhabung des Leitfadens erfolgt flexibel, das heißt es gibt keine fixe Reihenfolge, nach der die Themen abgehandelt werden. Zu Beginn des Interviews erfolgt eine kurze Einführung in das Thema und die Forschungsfrage, dann eröffnet die befragende Person mit einer Einstiegsfrage oder einem Stichwort, und danach verläuft das Gespräch sehr offen in wechselseitiger Strukturierung. Der Leitfaden fungiert dabei als eine Gedächtnisstütze für die befragende Person und erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews (vgl. Froschauer/Lueger 2003, Mayring 2002, Marotzki 2003).

Der für die vorliegende Arbeit erstellte Leitfaden setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Eine kurze Einführung in die Forschungsfrage und das Ziel der Arbeit
- Die Eröffnungsfrage nach der Motivation nationale Gesundheitsziele zu entwickeln
- Anschließend drei Themenblöcke, die in der Reihenfolge frei gestaltbar sind:
 - Ein Block zum Prozess der Zielentwicklung
 - Ein Block zur politischen Struktur und Kultur des Landes
 - Ein Block zur Person des Interviewpartners

Der komplette Leitfaden mit allen Stichwörtern und Fragen findet sich im Anhang unter Punkt 7.1.

2.2.2. Die Interviewpartnerinnen

Insgesamt wurden 14 Interviews geführt mit 15 Gesprächspartnerinnen – acht Interviews mit neun Gesprächspartnerinnen in Kanada und sechs Interviews mit ebenso vielen Gesprächspartnerinnen in Schweden. Wenn man selbst (noch) kein Experte im untersuchten Forschungsfeld von Gesundheitszielen und Gesundheitspolitik ist, benötigt man Hilfe beim Zugang zu Interviewpartnerinnen aus eben diesem Feld. Diese Hilfe kam sowohl von meiner Betreuerin Maria Hofmarcher als auch von der Lehrgangsleitung des Public Health Lehrganges in Graz. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, aus dem in der Literaturrecherche gesammelten Material potenzielle Interviewpartnerinnen ausfindig zu machen. Dieser Weg erwies sich jedoch als weit weniger ergiebig als der Weg der Kontaktaufnahme mit persönlicher Empfehlung.

Für das Projekt der qualitativen Interviews standen zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen zwar begrenzt zur Verfügung (beide Reisen wurden von mir allein geplant, durchgeführt und vollständig finanziert), dennoch wurde versucht, unterschiedliche Personengruppen zu interviewen, um mehrere Perspektiven erfassen zu können. Zugrunde lag die Überlegung, dass es drei Personenkreise gibt, die Auskunft über den Zielfindungsprozess geben können:

- Erstens Personen, die selbst direkt in den Zielfindungsprozess involviert sind.
- Zweitens Personen, die eine beratende Funktion in diesem Prozess ausüben.
- Und drittens Personen, die den Prozess – aus welchen Hintergründen auch immer – mit Interesse beobachten.

Entsprechend dieser Überlegung war es eine Intention Gesprächspartnerinnen aus allen drei Personenkreisen zu finden, möglichst in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander. Um dies evaluieren zu können, war in den Leitfaden ein Punkt eingefügt, der auf die Selbstzuordnung der Gesprächspartnerinnen zu diesen Kategorien abzielt (vgl. Leitfaden Punkt 7.1.). Im Rahmen dieser Selbstzuordnung zu Kategorien war eine Mehrfachnennung möglich, da Personen mehr als eine Rolle im Zielfindungsprozess haben können. Von drei Interviewpartnerinnen erfolgte eine Doppelnennung, sodass von 15 Interviewpartnerinnen insgesamt 18 Nennungen vorlagen, die sich wie folgt verteilten:

- Sieben Nennungen für „im Zielfindungsprozess direkt involviert“
- Sechs Nennungen bei „beratende Funktion“
- und fünf Nennungen als „Beobachter“

(eine detaillierte Tabelle dazu findet sich im Anhang unter 7.3.).

Kanada befand sich im Sommer 2005 – zu diesem Zeitpunkt entstand der Leitfaden – mitten im Zielfindungsprozess. Es war daher nahe liegend diese Gelegenheit zu nutzen, um Informationen und Perspektiven sozusagen ganz frisch aus dem aktuellen Prozess zu bekommen. Da der Zielfindungsprozess in Schweden bereits 2003 mit dem Erlass des Gesetzes *Public Health Objectives* zu Ende gewesen war, ergab sich daraus automatisch, dass die Interviews dort auf jeden Fall retrospektiv sein würden. Daher führte die erste Reise im September 2005 nach Kanada.

Die neun Interviewpartnerinnen konnten in der Vorbereitungsphase der Reise bzw. während des Aufenthaltes in Kanada selbst auf folgende Art und Weise gefunden werden. Fünf Interviewtermine wurden bereits vor der Abreise vereinbart. Maria Hofmarcher kennt aufgrund ihres Arbeitsschwerpunktes der internationalen Vergleiche von Gesundheitssystemen viele Kolleginnen in der ganzen Welt, die bei ähnlich ausgerichteten Institutionen arbeiten wie dem *Institut für Höhere Studien (IHS)* in Wien. Sie empfahl die Kontaktaufnahme mit Cathy Fooks und Tom McIntosh vom *Canadian Policy Research Network (CPRN)*. Cathy Fooks war mir bereits bekannt als Autorin von Beiträgen über Kanadas Public Health System, die im *Health Policy Monitor – International Network for Health Policy and Reform* (eine Einrichtung der Bertelsmann Stiftung) erschienen waren. Cathy Fooks konnte ich daher sowohl mit der Referenz von Maria Hofmarcher als auch mit dem Hinweis auf ihre eigenen Beiträge für den *Health Policy Monitor* kontaktieren. Cathy Fooks hatte inzwischen die Position der Geschäftsführerin beim *Health Council of Canada (HCC)* übernommen und stand gerne für ein Interview zur Verfügung.

Tom McIntosh ist Direktor der Abteilung *Health Network* bei CPRN und Professor für Politikwissenschaften an der University of Regina in Saskatchewan, wo er auch die Forschungseinheit *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit* mit leitet. Nachdem Maria Hofmarcher ihn um Unterstützung bei der Suche nach Interviewpartnerinnen gebeten hatte, war Tom McIntosh eine sehr große Hilfe, indem dank seiner Fürsprache ein Interview mit Carolyn Bennett, Kanadas Staatssekretärin für Public Health (*Minister of State for Public Health*), möglich wurde. Außerdem vermittelte er mir Lucy Falastein, eine ehemalige Kollegin in Saskatchewan, als Gesprächspartnerin. Lucy Falastein arbeitet als Politikanalystikerin bei *Health Canada*, der kanadischen Bundesgesundheitsbehörde. Leider gelang es Tom McIntosh trotz intensiver Bemühungen nicht einen Termin mit David Butler-Jones, dem *Chief Public Health Officer of Canada (CPHO)* und damit Leiter der *Public Health Agency of Canada (PHAC)*, zu vereinbaren. Zudem konnte ich leider auch kein Interview mit ihm selbst führen, da sein Aufenthaltsort innerhalb der dreiwöchigen Reise nie mit meiner Reiseroute zusammenpasste.

Horst Noack, der Leiter des Universitätslehrgangs Public Health (UPH) in Graz, hatte bei der sechsten globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok im August 2005 Suzanne Jackson, Leiterin des Zentrums für Gesundheitsförderung der University of Toronto, kennen gelernt und mir als Gesprächspartnerin ans Herz gelegt. Sie war dank seiner Referenz gerne bereit für ein Interview. Studienkollege Christoph Pammer, inzwischen selbst wissenschaftlicher Mitarbeiter des UPH Graz, hatte einen Teil seiner Ausbildung zum Master of Public Health in der Schweiz absolviert und kannte von dort Jürgen Rehm, der unter anderem einen Lehrstuhl für Drogenpolitik an der University of Toronto inne hat und sich sofort zu einem Interview bereit erklärte.

Mit diesen fünf Gesprächsterminen (Carolyn Bennett, Lucy Falastein, Cathy Fooks, Suzanne Jackson und Jürgen Rehm) im Gepäck reiste ich nach Kanada. Während des Aufenthaltes dort gelang es, einen weiteren Termin mit Dorothy Pringle, Professorin an der Fakultät für Pflegewissenschaften der University of Toronto, zu vereinbaren. Dieser Kontakt kam zustande über Sharon Wood-Dauphinee von der McGill University in Montreal, die wie auch Jürgen Rehm eine Lektorin meines Studienkollegen Christoph Pammer in der Schweiz gewesen war. In Ottawa besuchte ich die jährliche Konferenz der *Canadian Public Health Association (CPHA)* und konnte dort dank der persönlichen Vorstellung durch Ministerin Bennett James Gilbert von der PHAC für ein Interview gewinnen. James Gilbert leitet die Sektion Politik und Planung bei der PHAC und war im Zielfindungsprozess die rechte Hand Ministerin Bennetts bei der PHAC. Bei dieser

Konferenz gelang es mir, einige Minuten mit David Butler-Jones zu sprechen, und er empfahl Jean-Louis Caya, den Regionalleiter der PHAC in Quebec, als weiteren Gesprächspartner. Beide – James Gilbert und Jean-Louis Caya – erklärten sich gerne zu Interviews bereit. Einen weiteren Gesprächspartner, Jonathan Wells, brachte Lucy Falastein aus eigenem Antrieb zum Interviewtermin mit, um sicher zu gehen alle meine Fragenbereiche abdecken zu können. Jonathan ist wie Lucy Politikanalytiker bei *Health Canada*. So kamen die acht kanadischen Interviews mit neun Interviewpartnerinnen zustande.

Im November 2005 fand die jährliche Konferenz der Europäischen Public Health Gesellschaft (EUPHA) in Graz statt. Als Konferenzmitarbeiter hatte ich dabei die Aufgabe zwei Referenten für ein wissenschaftliches Projekt rund um die Konferenz zu interviewen. Einer der beiden war Bosse Pettersson, dem ich von meinem Forschungsprojekt erzählte und der mich daraufhin einlud eine Woche lang Gast des *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)* zu sein, dessen stellvertretender Generaldirektor er ist. Anfang Jänner 2006 brach ich mit vier vereinbarten Interviewterminen nach Stockholm auf. Einen davon hatte mir Bosse Pettersson selbst zugesagt. Mit seiner Empfehlung konnte ich Bernt Lundgren als Interviewpartner gewinnen, der über die gesamte dreijährige Dauer des Nationalen Komitees für Public Health in dessen Sekretariat gearbeitet hatte – zuletzt als Leiter des Sekretariats. Zwei weitere Gesprächspartnerinnen hatte ich ohne jemandes Referenz gefunden: Piroska Östlin war Co-Autorin der WHO Europe Publikation *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden* gewesen. Als solche hatte ich sie bereits im Sommer 2005 mit einigen Fragen zur Publikation angeschrieben und konnte sie anknüpfend an diesen e-mail Kontakt als Interviewpartnerin gewinnen. Britt-Inger Stoltz gehörte zu den Expertinnen des Nationalen Komitees für Public Health und war eine von mehreren aus dieser Gruppe, die ich mit der Bitte um ein Interview angeschrieben hatte. Sie war allerdings die einzige, die allein auf mein e-mail hin – ohne jegliche Referenz – einem Interview zustimmte. Wie bereits erwähnt ist der Zugang zu Interviewpartnerinnen mittels Referenz eher Erfolg versprechend. Während des Aufenthaltes am SNIPH konnte ich dank Bernt Lundgrens Empfehlung Karin Berensson und Christer Hogstedt als Gesprächspartner Nummer fünf und sechs gewinnen. Karin Berensson ist eine Expertin für *Health Impact Assessment (HIA)* und hat den Entwicklungsprozess der schwedischen Gesundheitsziele aus ihrer damaligen Position beim Bund der Regionen (*Federation of County Councils*) beobachtet. Christer Hogstedt leitet heute die Abteilung für Forschung am SNIPH und war als Experte Mitglied des Nationalen Komitees für Public Health – damals noch als Professor am *National Institute for*

Working Life. So kamen die sechs schwedischen Interviews zustande. Ein Verzeichnis aller 15 Interviewpartnerinnen – getrennt nach Ländern und inklusive Kontaktadressen – findet sich im Anhang unter Punkt 7.2.

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend in voller Länge wortwörtlich – soweit dies möglich war – transkribiert. Die vollständigen Interviews werden aufgrund des Gesamtumfangs von 179 Seiten (Arial Schriftgröße 12, Zeilenabstand einfach) nicht im Anhang wieder gegeben, können aber beim Autor eingesehen werden.

2.2.3. Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Interviews folgte dem Schema der inhaltlichen Strukturierung wie sie bei Mayring beschrieben ist: „Ziel inhaltlicher Strukturierung ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen“ (Mayring 2003, 89). Dabei werden zuerst die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen bestimmt, die sich aus der Fragestellung ableiten. Die Strukturierungsdimensionen werden dann weiter differenziert, indem sie in einzelne Ausprägungen aufgespaltet werden. Im gegenständlichen Projekt waren die Dimensionen einerseits die Motivationen und andererseits die Erfolgsfaktoren. In den Interviews wurden verschiedene Motivationen und Erfolgsfaktoren genannt, aus denen sich bestimmte Ausprägungen der Dimensionen ableiten ließen. Dimensionen und Ausprägungen bilden zusammen ein Kategoriensystem. Dabei ist es wichtig die einzelnen Kategorien möglichst präzise zu definieren, mit so genannten Ankerbeispielen zu versehen und mittels Regeln von anderen Kategorien abzugrenzen. Mit dem fertigen Kategoriensystem macht man einen Probematerialdurchlauf, um zu sehen, ob sich die Kategorien auch tatsächlich eignen oder noch überarbeitet werden müssen. Danach erfolgt der Hauptmaterialdurchlauf, bei dem die Fundstellen zu den einzelnen Kategorien zunächst markiert werden. Anschließend wird das zu jeder Kategorie gefundene Material zusammengefasst und bearbeitet, indem es entweder paraphrasiert – also in eigenen Worten sachlich wiederholt – und/oder wörtlich zitiert wird (vgl. Mayring 2003).

Zu Beginn der inhaltlichen Strukturierung standen mit den Motivationen und Erfolgsfaktoren zwei Dimensionen fest. Nachdem der Dimension Erfolgsfaktoren mehrere Ausprägungen zugeordnet worden waren, zeigte sich, dass diese Dimension sinnvoll in zwei Dimensionen getrennt werden kann, nämlich einerseits in

Erfolgsfaktoren, die im Prozess selbst gestaltbar sind, und andererseits in Faktoren, die nur schwer oder gar nicht beeinflussbar sind und im Weiteren als wesentliche Umgebungsfaktoren bezeichnet werden. Daraus ergeben sich nun folgende drei Dimensionen der inhaltlichen Strukturierung: Motivationen, wesentliche Umgebungsfaktoren und Erfolgsfaktoren im Zielfindungsprozess. Diesen drei Dimensionen wurden folgende Ausprägungen zugeordnet:

- Motivationen
 - Ungleiche Gesundheitschancen
 - Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung
 - Orientierung & Koordination
- Wesentliche Umgebungsfaktoren
 - Politische Struktur & Kultur des Landes
 - Richtiger Zeitpunkt & politischer Wille
 - Public Health als eigenständige Entität im Gesundheitswesen
- Erfolgsfaktoren im Zielfindungsprozess
 - Networking & Partnerschaften
 - Empowerment
 - Partizipation
 - Leadership & Commitment
 - Kapazität & Ressourcen
 - Evidenz

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden die insgesamt zwölf Ausprägungen dieser drei Dimensionen erst im Kapitel vier, in dem die Ergebnisse der Interviews dargestellt sind, erklärt und mit Ankerbeispielen versehen, jeweils unmittelbar vor der Zusammenfassung der Fundstellen.

3. Vorgeschichte, Zielfindungsprozess und Ziele

In diesem Kapitel werden bedeutende Entwicklungsschritte vor dem Entschluss Gesundheitsziele zu entwickeln – sozusagen „Public Health-Meilensteine“ in Kanada und Schweden – beschrieben. Anschließend folgen eine Darstellung des Zielfindungsprozesses selbst sowie die Auflistung der jeweiligen nationalen Gesundheitsziele. Voran gestellt finden sich ein paar Eckdaten zum jeweiligen Land und dessen Gesundheitssystem.

3.1. Kanada

Kanada ist das zweitgrößte Land der Erde nach Russland, hat aber in Relation dazu nur rund 33 Millionen Einwohner. Kanada ist ein Bundesstaat mit zehn Provinzen und drei Territorien, wobei die bevölkerungsreichste Provinz Ontario mit über elf Millionen Einwohnern vergleichsweise mehr Einwohner hat als Schweden. Die Staatsform ist die einer konstitutionellen Monarchie, Staatsoberhaupt ist Queen Elisabeth II., die in Kanada durch einen *Governor General* repräsentiert wird. Gleichzeitig ist Kanada eine parlamentarische Demokratie, das nationale Parlament in Ottawa hat zwei Kammern, den *Senate* und das *House of Commons*. Die für 2006 geschätzte Lebenserwartung bei Geburt liegt für Frauen bei 83,7 und für Männer bei 76,9 Jahren (vgl. The World Factbook 2006 – Canada).

In Kanada werden die Gesundheitsdienste öffentlich über Steuern finanziert, wobei die Zuständigkeit laut Verfassung zum ganz überwiegenden Teil bei den zehn Provinzen und drei Territorien liegt. Diese planen und verwalten eigenständig ihre Programme – genannt *Medicare* – mit finanzieller Unterstützung durch Bundesmittel. Man spricht daher davon, dass es in Kanada 13 verschiedene *Medicare*-Systeme gibt. Der Bund selbst ist zuständig für die Versorgung der *First Nations* und der Inuit, der Angehörigen der Streitkräfte sowie der *Royal Canadian Mounted Police (RCMP)*, von anspruchsberechtigten Veteranen, Insassinnen von Bundesstrafanstalten und Antragstellerinnen auf Flüchtlingshilfe. Im Bereich Public Health sind die Zuständigkeiten ebenso verteilt. Die *Public Health Agency of Canada (PHAC)* ist ein zentral koordinierendes Organ für Prävention und Kontrolle von Krankheiten generell sowie für Reaktionen auf den Ausbruch von Infektionskrankheiten. Grundsätzlich werden Public Health Leistungen aber auf Ebene der Provinzen und Territorien bzw. auch auf kommunaler Ebene vorgehalten (vgl. Health Canada 2005).

3.1.1. Public Health-Meilensteine vor den Gesundheitszielen (Kanada)

In den Jahren 1973 und 1974 wurde unter dem damaligen Minister Marc Lalonde im kanadischen Gesundheitsministerium ein politisches Dokument erarbeitet, um der Gesundheitspolitik eine neue Richtung zu geben. Der abschließende Bericht *A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document* ist in Kanada als der *Lalonde Report* bekannt. Darin wird beschrieben, dass es vier wesentliche Einflüsse auf den Gesundheitsstatus gibt: Humanbiologie, Umweltfaktoren, Lebensstil und Organisation der Krankenversorgung. Unter den Umweltfaktoren werden auch soziale Umwelten dezidiert angeführt. Es wird die Forderung erhoben diesen vier Bereichen dieselbe Wichtigkeit beizumessen entgegen der traditionellen Dominanz des Krankenversorgungswesens. Um den Gesundheitsstatus der kanadischen Bevölkerung zu verbessern, empfiehlt der *Lalonde Report* Investitionen in fünf verschiedene Bereiche: Forschung, Prävention, Gesundheitsförderung, Effizienzsteigerung in der Krankenversorgung und schließlich Ausrichtung der Aktivitäten an Zielen (vgl. Government of Canada 1974).

Die *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung* ist selbstverständlich ein internationales Dokument, hat aber auch in Kanada selbst Spuren hinterlassen und wird dezidiert als ein Meilenstein am Weg zu Gesundheitszielen genannt (vgl. Public Health Goals for Canada 2005b). Die Ottawa Charta greift das bereits acht Jahre davor in der *Deklaration von Alma-Ata* definierte Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ auf, hebt die Bedeutung der Grundvoraussetzungen für Gesundheit wie Bildung, Einkommen, Wohnsituation, Ernährung, soziale Gerechtigkeit – um nur einige zu nennen – hervor und unterstreicht die Notwendigkeit der intersektoralen Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche, um diese Voraussetzungen garantieren zu können (vgl. Alma-Ata Deklaration 1978, Ottawa Charta 1986).

Nach Aussage kanadischer Interviewpartnerinnen verlief 1994 ein Versuch, Gesundheitsziele innerhalb des Verwaltungsapparates im Sinne eines bottom-up Prozesses auf die nationale politische Agenda zu bringen, erfolglos (vgl. Punkt 4.2.2.).

1996 erschien der erste *Report on the Health of Canadians*, der die vier wesentlichen Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus aus dem *Lalonde Report* wieder aufgreift, wenn auch mit etwas verändertem Wording: Lebensstil heißt nun individuelles Gesundheitsverhalten, Humanbiologie wird explizit um Genetik ergänzt, und die Umweltfaktoren durch Determinanten ersetzt, nur die Krankenversorgung bleibt unverändert. Der Bericht listet insgesamt vierzehn Herausforderungen für

intersektorales Handeln auf, vermeidet aber den Begriff Ziele. Bemerkenswert erscheint, dass sich elf der vierzehn Herausforderungen auf die sozialen Determinanten von Gesundheit beziehen (vgl. Advisory Committee on Population Health 1996).

Der zweite kanadische Gesundheitsbericht erschien 1999 unter dem Titel *Toward a Healthy Future – Second Report on the Health of Canadians*. Darin werden die bereits bekannten vier wesentlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit aus dem Vorläuferbericht detaillierter aufgeschlüsselt in folgende Bereiche: Geschlecht und Alter, Einkommen und Einkommensverteilung in einer Gesellschaft, die sozialen Umwelten, Ausbildung und Belesenheit, die physischen Umwelten, individuelles Gesundheitsverhalten, die Gesundheitsdienste sowie Biologie und Genetik. Zudem werden drei Bevölkerungssegmente als besonders vulnerabel beschrieben und zu primären Zielgruppen erklärt: Kleinkinder im Alter bis zu sechs Jahren, Jugendliche und Kanadas Ureinwohner. Um den Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu begegnen, bezeichnet der Bericht einen *population health approach* als richtige Antwort. Dadurch könnten einerseits die Determinanten derart verbessert werden, dass es allen Kanadiern möglich ist gesund zu leben, und andererseits Ungleichheiten, durch die manche Bevölkerungsteile benachteiligt sind, reduziert werden. Der zweite kanadische Gesundheitsbericht hebt drei primäre Handlungsfelder hervor:

- Erstens eine Neuorientierung des Gesundheitssektors durch
 - Investitionen nicht nur in die Krankenversorgung, sondern auch in Prävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung;
 - Mehr Verantwortlichkeit der Gesundheitsdienste durch transparente Qualitätssicherungsmaßnahmen;
 - Verstärkte Forschung im Bereich der Gesundheitsdeterminanten;
 - Konsequente Evaluation und dadurch Identifizierung von wirksamen Maßnahmen;
 - Beeinflussung von Politikbereichen außerhalb des Gesundheitssektors ihre Verantwortung in Gesundheitsfragen wahrzunehmen.
- Zweitens Investitionen in die Gesundheit der drei als besonders vulnerabel beschriebenen Bevölkerungsgruppen Kleinkinder, Jugendliche und kanadische Ureinwohner.
- Drittens Maßnahmen, um mangelnder Bildung und Belesenheit sowie nicht ausreichendem Einkommen und ungerechter Einkommensverteilung zu begegnen.

Intersektorale Zusammenarbeit verschiedenster Politikbereiche wird als zentraler Schlüssel zum Erfolg beschrieben, der dann erreicht ist, wenn eben diese Politikbereiche ihre Strategien als *healthy public policies* anlegen (vgl. Advisory Committee On Population Health 1999).

Auch das kanadische Parlament beschäftigte sich in Form eines Ausschusses des Senats mit der Reform des Gesundheitssektors. Im Oktober 2002 erschien der Bericht *The Health of Canadians – The Federal Role: Recommendations for Reform*. Nach dem Vorsitzenden dieses Komitees, Senator Michael Kirby, wird der Bericht auch *Kirby Report* genannt. Der Senatsausschuss fordert unter anderem eine nationale Strategie zur Prävention chronischer Krankheiten mit starker Führung des Bundes. Diese Strategie solle sich an konkreten Zielen orientieren und ihr Erfolg durch Evaluation der Zielerreichung regelmäßig überprüft werden. Weiters fordert das Komitee die Bundesregierung auf, eine führende Rolle im Bereich Public Health zu übernehmen sowie in die Infrastruktur von Public Health und in relevante Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsförderung zu investieren. Nicht zuletzt greift der Kirby Report den *population health approach* des zweiten kanadischen Gesundheitsberichts wieder auf und ordnet der Bundesregierung in Person des Gesundheitsministers eine zentrale Rolle zu in der Koordination der notwendigen intersektoralen Zusammenarbeit. Konkret wird *Health Impact Assessment (HIA)* als eine Maßnahme gesehen, um zu gewährleisten, dass neue politische Programme tatsächlich den Status von *healthy public policies* erreichen können (vgl. The Senate 2002).

Zu ungefähr gleicher Zeit wurde ein anderer Bericht in Kanada veröffentlicht, der so genannte *Romanow Report*. Der Premierminister von Kanada hatte im April 2001 die *Commission on the Future of Health Care in Canada* unter dem Vorsitz von Roy Romanow ins Leben gerufen. Aufgabe dieser Kommission war es gewesen das Krankenversorgungssystem Medicare neu auszurichten. Der abschließende Bericht *Building on Values – The Future of Health Care in Canada* erschien im November 2002 und beschränkte sich in seinen Empfehlungen auch fast ausschließlich auf Medicare. Lediglich drei der 47 Empfehlungen behandeln ganz oberflächlich den Bereich Public Health: Prävention und Gesundheitsförderung sollten grundsätzlich gestärkt werden, Maßnahmen zur Steigerung der physischen Aktivität der Kanadierinnen sollten ergriffen werden, und eine nationaler Impfplan solle erstellt werden (vgl. Commission on the Future of Health Care in Canada 2002).

Im Februar 2003 einigten sich die kanadischen Regierungschefs im *2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal* auf eine umfangreiche Reform des Krankenversorgungswesens. Dabei orientierten sie sich an den Empfehlungen des Romanow Reports, dementsprechend werden Public Health Agenden kaum berührt. Lediglich die Bedeutung der Immunisierung als wirksamer Krankheitsprävention wird hervorgehoben, und die Gesundheitsminister werden angewiesen Strategien zu entwickeln, die geeignet sind Ungleichheiten im Gesundheitsstatus zu reduzieren (vgl. First Ministers 2003).

Im Frühjahr 2003 kam es zu einem Ausbruch von SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) in Toronto. Dabei handelt es sich um eine virale Lungenerkrankung, die von Reisenden aus Hongkong nach Toronto eingeschleppt worden war. Obwohl der Ausbruch von SARS weitestgehend auf Toronto beschränkt blieb und vergleichsweise wenig Menschenleben forderte, zeigte diese Episode eklatante Schwachstellen in Kanadas Public Health System auf. Aus diesem Grund wurde das *National Advisory Committee on SARS and Public Health* eingesetzt unter dem Vorsitz des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Toronto, David Naylor. Im Oktober 2003 legte das Komitee seinen abschließenden Bericht *Learning from SARS – Renewal of Public Health in Canada*, auch bekannt als *Naylor Report*, der Öffentlichkeit vor. Der *Naylor Report* empfiehlt dringend die Schaffung einer kanadischen Public Health Agentur und des Postens eines *Chief Public Health Officer of Canada*, der der Agentur vorsteht. Die neue nationale Institution solle mit einem sehr breiten Mandat ausgestattet sein, um möglichst alle Public Health Aufgaben erfüllen und auch andere Ministerien und Agenturen in Public Health Aktivitäten einbinden zu können. Weiters solle die Public Health Agentur zusammen mit den Provinzen und Territorien sowie mit regierungsunabhängigen Organisationen eine nationale Public Health Strategie entwickeln, die sich an konkreten Zielen und Prioritäten orientiert und deren Erfolg evaluiert und an die Öffentlichkeit berichtet wird (vgl. National Advisory Committee on SARS and Public Health 2003).

Im Dezember 2003 wurde Carolyn Bennett vom Premierminister Kanadas zur ersten Staatssekretärin für Public Health (*Minister of State for Public Health*) ernannt. Im September 2004 schließlich wurde die *Public Health Agency of Canada (PHAC)* installiert und David Butler-Jones zum ersten *Chief Public Health Officer of Canada* bestellt. Im selben Monat beschlossen die kanadischen Regierungschefs (Bund, Provinzen und Territorien) gemeinsam den *10-Year Plan to Strengthen Health Care*. Dieser Plan bekräftigt zum einen die Beschlüsse aus dem *2003 Accord on Health Care*

Renewal, geht aber gleichzeitig darüber hinaus. Alle Regierungen bekennen sich zur Schaffung einer nationalen Public Health Strategie und dazu, erstmals gemeinsam Ziele zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu erarbeiten unter Einbeziehung von Expertinnen und Stakeholdern (vgl. First Ministers 2004, Public Health Agency of Canada 2005).

Die *Public Health Agency of Canada (PHAC)* machte in ihrem ersten Arbeitsprogramm die Entwicklung langfristiger Public Health Strategien und deren Umsetzung zu ihrer obersten Priorität. Als ersten Schritt dorthin bezeichnet es die PHAC, gemeinsam mit den Provinzen und Territorien, mit Stakeholdern, Expertinnen und Partnern außerhalb des Gesundheitssektors Ziele zu identifizieren (vgl. Public Health Agency of Canada 2005).

3.1.2. Der Zielfindungsprozess in Kanada

Startschuss für den Zielfindungsprozess war das First Ministers' Meeting im September 2004 mit dem *10-Year Plan to Strengthen Health Care*. Als äußeres Zeichen dafür, dass es sich um eine gemeinsame F/P/T-Initiative (*federal/provincial/territorial*) handelte, wurden Carolyn Bennett, *Federal Minister of State for Public Health*, und Theresa Oswald, *Manitoba Minister of Healthy Living*, zu den Vorsitzenden derselben ernannt. Eine *F/P/T-Working Group* unter organisatorischer Leitung der PHAC ging mit Unterstützung von Public Health Expertinnen daran den Zielfindungsprozess zu planen. Aufbauend auf den reichlich zur Verfügung stehenden Vorarbeiten (siehe Punkt 3.1.1.) wurde entschieden, dass kanadische Public Health Ziele sich an den Determinanten von Gesundheit orientieren sollen. Aufgrund von Erfahrungen aus vorangegangenen F/P/T-Initiativen entschloss man sich den Gesamtprozess in zwei Phasen zu sehen und zu planen. Ziel der ersten Phase war es bis zum Herbst 2005 möglichst breit gefasste Ziele oder eher Zielbereiche als nationalen Rahmen abzustecken. In Phase zwei sei es Aufgabe der jeweiligen Regierungen für ihren Zuständigkeitsbereich SMARTe Ziele zu entwickeln, entsprechende Strategien zu implementieren, die Maßnahmen zu evaluieren und über die Ergebnisse an die Öffentlichkeit zu berichten (vgl. Public Health Goals for Canada 2005a-c).

Der aufwändigste Teil von Phase eins waren die vielen verschiedenen Konsultationen, deren Sinn es war alle Regierungen, Expertinnen, relevanten Stakeholder und die breite Öffentlichkeit einzubeziehen. Der Konsultationsprozess fand zwischen März und September 2005 statt und hatte vier Komponenten:

- Zwölf regionale *round tables* fanden in allen Provinzen und Territorien außer Quebec statt und boten neben regionalen und lokalen Politikerinnen unterschiedlichsten Stakeholdern und Expertinnen die Möglichkeit zur Partizipation.
- Fünf *thematic meetings* wurden abgehalten als reine Expertinnengespräche zu bestimmten Themen. Die PHAC unterhält sechs *National Collaborating Centers* zu den Themen *environmental health, social determinants of health, aboriginal health, infectious disease, public health tools and methodologies*, sowie *risk assessment and public health policy*. In jedem Center außer jenem in Quebec (*risk assessment and public health policy*) fand ein *thematic meeting* statt.
- Fünf *deliberative dialogues* dienten dazu, per Zufall ausgewählten „einfachen Bürgerinnen“ die Möglichkeit einer besonders intensiven Partizipation zu bieten. Rund hundert Kanadierinnen nahmen an diesen fünf Konsultationen teil, zu denen teilweise Bürgerinnen aus anderen Provinzen eingeflogen wurden, um eine möglichst repräsentative Stichprobe aus der Bevölkerung zu ziehen. Diese *deliberative dialogues* liefen so ab, dass an einem Freitag Abend ein Public Health Experte bzw. eine Expertin den mittels Informationspaket bereits vorbereiteten Teilnehmerinnen einiges über Public Health und Gesundheitsdeterminanten beibrachte, und diese Gruppe dann am Samstag ihre Meinungen dazu diskutierte, die wiederum als Input in den Prozess einfließen.
- Auf einer eigenen *Webseite* wurde über den Zielfindungsprozess im Sinne der Transparenz ausführlich informiert, bestand für jedermann die Möglichkeit an einer Befragung teilzunehmen, und wurden außerdem Anleitung und Instrumente für so genanntes *consultative cascading* vorgehalten. Damit wurde interessierten Organisationen und Gruppen die Möglichkeit gegeben, ihre eigenen Workshops zu organisieren und dadurch zu partizipieren (vgl. Public Health Goals for Canada 2005b, d, f).

Der viele Input aus all diesen Konsultationen wurde laufend aufbereitet und in einem ersten Entwurf der Gesundheitsziele zusammengefasst. Dieser durchlief eine Feedbackschleife bei allen Regierungen und wurde daraufhin überarbeitet. Der endgültige Vorschlag für kanadische Public Health Ziele wurde schließlich im Oktober 2005 bei der jährlichen Konferenz der F/P/T Gesundheitsministerinnen von diesen angenommen. Die Ministerinnen stimmten darin überein, dass diese Ziele geeignet sind, um die Regierungen der Provinzen und Territorien anzuleiten ihre eigenen Gesundheitszielinitiativen zu entwickeln (vgl. Public Health Goals for Canada 2005e).

3.1.3. Die kanadischen Gesundheitsziele

Overarching Goal

- *As a nation, we aspire to a Canada in which every person is as healthy as they can be – physically, mentally, emotionally, and spiritually.*

Health Goals for Canada

Canada is a country where:

Basic Needs (Social and Physical Environments)

- *Our children reach their full potential, growing up happy, healthy, confident and secure.*
- *The air we breathe, the water we drink, the food we eat, and the places we live, work and play are safe and healthy – now and for generations to come.*

Belonging and Engagement

- *Each and every person has dignity, a sense of belonging, and contributes to supportive families, friendships and diverse communities.*
- *We keep learning throughout our lives through formal and informal education, relationships with others, and the land.*
- *We participate in and influence the decisions that affect our personal and collective health and well-being.*
- *We work to make the world a healthy place for all people, through leadership, collaboration and knowledge.*

Healthy Living

- *Every person receives the support and information they need to make healthy choices.*

A System for Health

- *We work to prevent and are prepared to respond to threats to our health and safety through coordinated efforts across the country and around the world.*
- *A strong system for health and well-being responds to disparities in health status and offers timely, appropriate care*
(Public Health Goals for Canada 2005e, 1).

Unter einer übergeordneten Vision werden insgesamt neun Zielbereiche in vier Themen gruppiert. Diese Zielbereiche sind als ein nationaler Rahmen zu verstehen, der den Provinzen und Territorien wie auch der Bundesregierung selbst als Basis dient, in einer nächsten Phase für ihren Zuständigkeitsbereich SMARTe Ziele entwickeln (vgl. Public Health Goals for Canada 2005e).

3.2. Schweden

Schweden hat rund neun Millionen Einwohner und ist dabei cirka fünfeinhalb Mal so groß wie Österreich. Die Staatsform ist wie in Kanada die einer konstitutionellen Monarchie, Staatsoberhaupt ist König Carl XVI. Gustaf. Auch Schweden ist eine parlamentarische Demokratie, das nationale Parlament – der Riksdag in Stockholm – hat eine Kammer und ist die einzige gesetzgebende Macht in Schweden. Die für 2006 geschätzte Lebenserwartung bei Geburt liegt für Frauen bei 82,9 und für Männer bei 78,3 Jahren (vgl. The World Factbook 2006 – Sweden).

Regierung und Verwaltung in Schweden verteilen sich auf drei Ebenen – den Bund, 21 Regionen (*county councils*) und 290 Gemeinden (*municipalities*). Auf allen drei Ebenen werden Politikerinnen gewählt (in Schweden in einem einzigen Wahlgang), und alle drei Ebenen haben das Recht Steuern einzuhoben – aber gesetzgebende Macht hat allein das nationale Parlament, der Riksdag. Sowohl Bund als auch Regionen und Gemeinden haben eine Rolle im Gesundheitswesen. Aufgabenfelder und Zielbereiche werden auf nationaler Ebene definiert, wobei neben der Bundesregierung einige nationale Agenturen bzw. Institute (z.B. *National Board of Health and Welfare, National Institute of Public Health* etc.) wichtige Rollen innehaben. Die Regionen planen und organisieren die Krankenversorgung entsprechend dem Bedarf ihrer Bevölkerungen. In diese Planung werden auch private Allgemeinmedizinerinnen und Arbeitsmedizinerinnen einbezogen. Die Mehrheit der Leistungserbringer – zum Beispiel Ärztinnen, Dentistinnen, Pharmazeutinnen, aber auch andere Berufsgruppen – befindet sich in der Regel in einem Arbeitnehmerverhältnis mit der öffentlichen Hand. Die Gemeinden sind verantwortlich für Bereiche wie Hauskrankenpflege, Altenbetreuung und andere soziale Dienste (z.B. Essen auf Rädern, Obdachlosenbetreuung etc.). Das Gesundheitswesen wird grundsätzlich öffentlich finanziert durch Steuern, die sowohl von den Regionen als auch von den Gemeinden eingehoben werden. Beiden Ebenen werden Bundesmittel zugeschossen, außerdem leisten die Bürgerinnen weitere Beiträge in Form von Selbstbehalten. Die Sozialversicherung übernimmt die Kosten bei Krankheit oder im Falle einer Behinderung. Im Bereich von Public Health ist es so, dass das *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)* Richtlinien entwickelt, die Regionen und Gemeinden bei ihren Aktivitäten unterstützt und zugleich ein Monitoring vornimmt. Neben den Regionen und Gemeinden spielen in der Umsetzung von Public Health Aktivitäten auch Nongovernmental Organizations (NGOs) eine Rolle (vgl. Glenngard et al. 2005).

3.2.1. Public Health-Meilensteine vor den Gesundheitszielen (Schweden)

Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre hatten zwei internationale Entwicklungen wesentlichen Einfluss auf Schwedens Public Health Sektor. Zum einen ist hier die *Gesundheit für alle (GFA)* – Strategie der WHO zu nennen, und die damit einhergehende Forderung, dass Gesundheitspolitik eine intersektorale Agenda sein solle. Zum anderen lenkte vor allem der britische *Black Report* das Interesse auf die sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus und die dahinter stehenden Determinanten. Beide Entwicklungen verbreiterten das Thema Gesundheit über das von der Medizin dominierte Krankenversorgungswesen hinaus und leiteten erstens Forschungsaktivitäten zum Thema soziale Ungleichheit der Gesundheit ein und zweitens eine Neuorientierung des schwedischen Gesundheitswesens (vgl. Östlin/Diderichsen 2001, Hogstedt et al. 2004).

Vor allem das *National Board of Health and Welfare* nahm diese beiden Entwicklungen auf und stellte 1985 in einem Strategiepapier zum Gesundheitswesen fest, dass die Vision von „guter Gesundheit für die ganze Bevölkerung“ nur über eine GFA-Strategie erreichbar wäre, deren intersektorale Anstrengungen darauf abzielten die sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus abzubauen. Das Board konstatiert, dass auch in Schweden die untersten sozioökonomischen Schichten am stärksten von schlechter Gesundheit und vorzeitigem Tod betroffen sind. Es beschreibt die ungünstigeren Lebensumstände als die wesentlichen Gründe dafür und fordert gleichzeitig weitere schwedische Forschungsanstrengungen im Bereich der Determinanten zu unternehmen. Als besonders benachteiligte Gruppen werden Arbeiterinnen in körperlich stark belastenden Berufen sowie niedrig entlohnte und gering qualifizierte Arbeitnehmerinnen angeführt, weiters Arbeitslose, Immigrantinnen und Alleinstehende. Außerdem weist man dezidiert darauf hin, dass diese Situation sich auch auf die Kinder von Personen aus diesen Gruppen überträgt. Das Board unterstreicht, dass die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung nicht auf den Gesundheitssektor beschränkt werden kann und fordert eine breite intersektorale Kooperation im Sinne einer nationalen Strategie für Gesundheit. Dazu sieht es das Board als erforderlich, die Probleme und deren Ursachen genau zu beschreiben, wirksame und realisierbare Lösungen zu ermitteln, und basierend darauf eine Gesamtstrategie zu entwickeln. Zudem erachtet es das Board als nötig, die breite Öffentlichkeit im Sinne von Transparenz und direkter Demokratie in die Entwicklung einer solch relevanten Strategie einzubeziehen (vgl. The National Board of Health and Welfare 1985).

1987 präsentierte das *National Board of Health and Welfare* den ersten *Public Health Report*, der wiederum die sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus bestätigte und deren Bekämpfung ins Zentrum aller Public Health Maßnahmen rückte. Der Report folgert, dass zuerst Maßnahmen zu ergreifen seien, um die Situation der am stärksten benachteiligten Gruppen zu verbessern. Weiters wird hervorgehoben, dass sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen zu implementieren seien, und dass diese Maßnahmen unter aktiver Beteiligung der Betroffenen entwickelt und auf demokratisch gut abgesicherten Entscheidungen basieren sollten (vgl. Hogstedt et al. 2004).

Die schwedische Regierung bekräftigte die Wichtigkeit gleicher Gesundheitschancen für alle und setzte 1988 ein beratendes Gremium ein, die *Public Health Group*. Hauptaufgabe dieses Gremiums war es, die Implementierung von konkreten Maßnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten der Gesundheit vorzubereiten. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, waren verschiedene staatliche Sektoren, nicht nur der Gesundheitssektor, in dieser Gruppe vertreten: Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wohnbau, Lebensmittelsicherheit, Umweltschutz, Sozialversicherung, Bildungswesen, Gemeindebund, Bund der Regionen, und natürlich auch Gesundheit und Wohlfahrt. Weiters saßen zehn Public Health Expertinnen in diesem Gremium, dessen Vorsitz der Staatssekretär im Ministerium für Gesundheit und Soziales innehatte. In einer Reihe von Publikationen analysierte die Public Health Group die Rollen der unterschiedlichen Sektoren und bekräftigte die Notwendigkeit der intersektoralen Kooperation. Das Gremium entwickelte weiters ein Strategiepapier zur Entwicklung von Public Health Infrastruktur und Kapazität auf nationaler Ebene, um die Implementierung einer nationalen Public Health Strategie auch bewältigen zu können. Eine Empfehlung der Gruppe war es einen eigenen Public Health Fond einzurichten, aus dem sowohl Präventionsprojekte in verschiedenen Sektoren finanziert als auch Mittel zur weiterführenden Forschung im Bereich Public Health zur Verfügung gestellt werden sollten. Außerdem empfahl die Gruppe die Schaffung eines nationalen Public Health Institutes mit dem Auftrag verschiedene Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten auf nationaler Ebene zu entwickeln und deren Umsetzung durch enge Zusammenarbeit mit Regionen und Gemeinden zu unterstützen. Nicht zuletzt unterstrich das Gremium sowohl die Wichtigkeit weiterer Investitionen in spezifische Public Health Bildungsprogramme, die landesweit und in möglichst hoher Qualität angeboten werden sollten, als auch die Notwendigkeit eines regelmäßig erscheinenden Public Health Reports (vgl. Hogstedt et al. 2004).

Die *Public Health Group* existierte bis 1991, und obwohl dieses Gremium viele konkrete Maßnahmen erarbeitete, gelang es nicht sich auf eine Strategie bzw. auf Prioritäten für die umsetzungsverantwortliche Politik zu einigen. Trotzdem wurden einige der Vorschläge der Gruppe realisiert. Im selben Jahr legte die Regierung einen Gesetzesentwurf vor, der inhaltlich auf Materialien der *Public Health Group* und auf den ersten beiden *Public Health Reports* (1987, 1991) des *National Board of Health and Welfare* basierte. In diesem Gesetzesentwurf wurde unter anderem die Bedeutung der Nachhaltigkeit von *Public Health* Politik hervorgehoben. Die Rolle der Regierung selbst sei es dabei, die lokalen und regionalen Anstrengungen in *Public Health* zu unterstützen durch Bereithaltung von Daten und Statistik, durch Forschung und Entwicklung von Methoden, sowie durch internationalen Austausch und Wissenstransfer. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sah der Gesetzesentwurf die Schaffung eines nationalen Instituts für *Public Health* vor. Dieser Vorschlag wurde vom Parlament angenommen und als Gesetz verabschiedet. Ab 1. Jänner 1992 leistete das *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)* wertvolle Arbeit als nationale Koordinationsstelle für Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen, als Bindeglied zwischen Forschung und *Public Health* Arbeit in den Gemeinden und Regionen, als Förderer einer intersektoralen Zusammenarbeit und als Einrichtung für *Public Health* Forschung und Evaluation (vgl. Östlin/Diderichsen 2001, Hogstedt et al. 2004).

Zu Beginn der 90er Jahre erlebte Schweden aufgrund einer Wirtschaftskrise wachsende Arbeitslosigkeit sowie Kürzungen im Sozialbereich und bei den Gesundheitsausgaben. Daher kam es trotz grundsätzlich positiven Trends in der Gesundheitsentwicklung eher zu einer Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten. Gleichzeitig wuchs die Zahl von *Public Health* Expertinnen und mit *Public Health* Maßnahmen befassten „Kräften an der Basis“, die sich zwar dieser Ungleichheiten bewusst und motiviert zur Handlung waren, aber eine langfristige Strategie vermissten, anhand derer sie die Vision von „Gesundheit für alle“ in konkrete Maßnahmen herunter brechen konnten. Der Ruf nach Handlungsleitlinien und einer übergeordneten nationalen Strategie wurde lauter. 1994 erschien der dritte *Public Health Report* des *National Board of Health and Welfare*, und die Regierung legte einen Bericht an das Parlament über die Gesundheitsentwicklung in Schweden. Darin unterstreicht die Regierung die Bedeutung der Langfristigkeit von *Public Health* Maßnahmen und räumt ein, dass die Gesundheitsentwicklung mancher Bevölkerungsgruppen unerfreulich sei. Weiters bringt sie den Bedarf an klaren, Orientierung bietenden Gesundheitszielen zum Ausdruck und gibt ihre Absicht

bekannt, ein Komitee zu ernennen mit dem Auftrag nationale Gesundheitsziele zu entwickeln (vgl. Östlin/Diderichsen 2001, Hogstedt et al. 2004).

3.2.2. Der Zielfindungsprozess in Schweden

Im Dezember 1995 schließlich beschloss die Regierung offiziell ein Komitee einzusetzen und legte die Direktiven für die Arbeit des Komitees fest. Tatsächlich wurde das Komitee aber erst 1997 ernannt und nahm im Frühjahr dieses Jahres seine Arbeit auf. Das *National Committee for Public Health* setzte sich erstens aus Politikerinnen aller sieben im Parlament vertretenen Parteien, zweitens aus einer Reihe von Public Health Expertinnen sowie drittens aus Repräsentantinnen nationaler Institutionen und Behörden zusammen. Die Regierung wollte mit dieser Form des politischen Komitees einen möglichst breiten Konsens sicherstellen. Das Komitee hatte eine Vollzeit-Vorsitzende – Margareta Persson, eine frühere Abgeordnete zum Parlament – sowie ein Sekretariat mit einem Chefsekretär und mehreren weiteren Sekretärinnen. Hauptaufgabe des Komitees war es, Vorschläge für nationale Gesundheitsziele zu erarbeiten und zugleich Strategien zur Erreichung dieser Ziele zu empfehlen. Die Regierung intendierte, mit Hilfe dieser Ziele und Strategien den Gesundheitszustand der Bevölkerung weiter zu verbessern und Ungleichheiten im Gesundheitsstatus verschiedener sozialer Gruppen zu reduzieren. Die Regierung konstatierte in ihren Direktiven an das Komitee, dass ein nationales Dokument mit Zielen per se wichtig sei, dass aber der Prozess, der zu diesen Zielen führt und nach Definition der Ziele weitergehen soll, mindestens gleich wichtig sei (vgl. Swedish Ministry of Health and Social Affairs 2000, Hogstedt et al. 2004).

Die Arbeit des Nationalen Komitees für Public Health verlief in drei Phasen. In Phase eins, die bis März 1998 dauerte, begann das Komitee damit, der weiteren Arbeit eine Orientierung zu geben und die Prinzipien für die Formulierung der Ziele und Strategien festzulegen. In seinem ersten Bericht *How to make Sweden feel better: the first step towards national public health objectives* beschreibt das Komitee die gesundheitliche Entwicklung Schwedens sowie die Verantwortung für Gesundheit der verschiedenen Sektoren von Gesellschaft und Politik. Weiters werden unterschiedliche Zielbereiche, Handlungsfelder und Prioritäten zur Diskussion gestellt. Dieser Report wurde an 509 Organisationen zur Stellungnahme verschickt, von denen 213 an das Komitee antworteten. Diese Kommentare waren eine wichtige Basis für die nächste Phase des Zielfindungsprozesses (vgl. Swedish Ministry of Health and Social Affairs 2000, Östlin/Diderichsen 2001, Hogstedt et al. 2004).

In Phase zwei (März 1998 bis Dezember 1999) erarbeitete das Nationale Komitee für Public Health konkrete Vorschläge in Form von 19 Zielen, die zu acht Bereichen zusammengefasst wurden. Dabei entschied man sich, die Ziele auf die sozialen Determinanten zu beziehen anstatt auf Reduktion von Mortalität und Morbidität konkreter Krankheitsbilder. Das Komitee sah den Vorteil dieser Herangehensweise darin, dass die Determinanten den Zusammenhang zwischen Gesundheit und der Verantwortung der verschiedenen Sektoren von Gesellschaft und Politik verdeutlichten. Weiters beabsichtigte das Komitee Maßnahmen zu entwickeln, die sowohl den Kriterien der Effektivität, als auch der Gleichheit und Nachhaltigkeit gerecht werden. Zur wissenschaftlichen Untermauerung der Vorschläge beauftragte das Komitee Expertengruppen, die Evidenz zu bestimmten Themen zusammenzufassen. Insgesamt entstanden in Phase zwei 13 wissenschaftliche Reports zu Themen wie *Arbeitsleben und Gesundheit*, *Armut in Schweden*, *Soziale Beziehungen und Gesundheit*, *Mentale Gesundheit*, *Integration und Gesundheit*, aber auch zu Themen wie *Allergien*, *Unfälle* und zu bestimmten Bevölkerungsgruppen wie *Kinder und Jugend* bzw. *ältere Menschen*. Außerdem wurden internationale Entwicklungen im Bereich von GFA-Strategien sowie Grundsatzpapiere der WHO und EU analysiert und neue Daten aus schwedischen Gesundheitsberichten eingearbeitet. Der Zwischenbericht des Komitees *Health on equal terms: the second step towards national public health objectives* wurde im Dezember 1999 an 369 Organisationen zur Stellungnahme verschickt, von denen 209 Kommentare dazu abgaben (vgl. Swedish Ministry of Health and Social Affairs 2000, Östlin/Diderichsen 2001, Hogstedt et al. 2004).

Phase drei diente dazu die Vorschläge aus diesen 209 Kommentaren in den Entwurf des Komitees einzuarbeiten. Gleichzeitig wurden neue Daten und Evidenz berücksichtigt sowie weitere Expertenpapiere zu bestimmten Themen in Auftrag gegeben, sodass das Komitee letztendlich auf 19 dieser wissenschaftlichen Recherchen zurückgreifen konnte. Während aller drei Phasen des Zielfindungsprozesses wurden mehrere kurze Publikationen zu kontroversen Themen wie der Tabakpolitik oder der Alkoholpolitik, aber auch zu Themen wie Umwelt und Gesundheit, gesundes Altern, oder Sport und Gesundheit veröffentlicht. Diese kurzen Broschüren waren in leicht verständlicher Sprache geschrieben und enthielten stets mehrere Beiträge, die teils von bekannten Persönlichkeiten verfasst waren und gegenteilige Positionen darstellten. Insgesamt erschienen zehn solcher Publikationen, die kostenlos für jedermann zu haben waren und auch in Blindenschrift und auf Tonbandkassetten angeboten wurden. Sinn dieser Maßnahme war es eine breite und lebhaftige Diskussion über Gesundheitsziele sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit als

auch in der Public Health Szene in Gang zu bringen. Zu jeder dieser Publikationen organisierte das Komitee ein öffentliches Seminar mit den Autoren der Broschüren, zu dem jedermann kommen und seinen Kommentar abgeben konnte (vgl. Swedish Ministry of Health and Social Affairs 2000, Östlin/Diderichsen 2001, Hogstedt et al. 2004).

Im Oktober 2000 unterbreitete das nationale Komitee für Public Health der Regierung seinen abschließenden Bericht *Health on equal terms: national objectives for public health*, in dem 18 Gesundheitsziele in sechs Kategorien präsentiert wurden. Gleichzeitig gab das Komitee Empfehlungen ab für Public Health Maßnahmen in verschiedenen Sektoren sowie für die Entwicklung einer intersektoralen Zusammenarbeit (vgl. Swedish Ministry of Health and Social Affairs 2000).

Der Vorschlag des Komitees mit 18 Zielen in sechs Kategorien:

I) Strengthening the social capital:

1. *A strong sense of solidarity and feeling of community in society*
2. *A supportive social environment for the individual*

II) Growing up in a satisfactory environment:

3. *Safe and equal conditions in childhood for all children*

III) Improving conditions at work:

4. *A high level of employment*
5. *A healthy working environment*

IV) Creating a satisfactory physical environment:

6. *Accessible green areas for recreation*
7. *Healthy indoor and outdoor environment*
8. *Safe environments and products*

V) Stimulating health-promoting life habits:

9. *More physical exercise*
10. *Healthy eating habits*
11. *Safe and confident sexuality*
12. *Reduced tobacco consumption*
13. *Reduced harmful alcohol consumption*
14. *A drug-free society*

VI) Developing a satisfactory infrastructure for health:

15. *A more health-oriented health service*
16. *A co-ordinated effort on public health*

17. *Long-term investment in research, method development and education*

18. *Factual information on health* (vgl. Östlin/Diderichsen 2001).

In den Jahren 2001 und 2002 bereitete die Regierung einen Gesetzesentwurf vor basierend auf den Empfehlungen des Komitees. Der Abschlussbericht des Komitees wurde 69 Organisationen zur Stellungnahme vorgelegt, von denen die Mehrheit Kommentare abgab. Im Herbst 2001 präsentierte der Gesundheitsminister im Rahmen von vier regionalen Veranstaltungen den Entwurf der Regierung. In diesem kam das Ziel 15 des Komitees nicht mehr vor, sodass sich Stakeholder aus dem Bereich der Gesundheitsdienste ausgeschlossen fühlten und opponierten. Dies veranlasste die Regierung ihren Entwurf zu überarbeiten. Aufgrund der schwedischen Wahlen im September 2002 wurde die Gesetzesvorlage erst im Dezember 2002 ins Parlament eingebracht. Am 16. April 2003 wurde das Gesetz *Public Health Objectives* vom schwedischen Parlament verabschiedet (vgl. Hogstedt et al. 2004).

3.2.3. Die schwedischen Gesundheitsziele

Das Gesetz *Public Health Objectives* nennt es als die zugrunde liegende Vision der nationalen Public Health Strategie, den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung zu verbessern und gleichzeitig Ungleichheiten in der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen zu reduzieren. Dieses Fernziel soll erreicht werden, indem 31 nationale Politiksektoren sowie die Regionen und Gemeinden innerhalb der im Gesetz definierten elf Zielbereiche SMARTe Ziele entwickeln und entsprechende Maßnahmen ergreifen. Die elf Zielbereiche lauten:

1. *Participation and influence in society.*
2. *Economic and social security.*
3. *Secure and favourable conditions during childhood and adolescence.*
4. *Healthier working life.*
5. *Healthy and safe environments and products.*
6. *A more health-promoting health service.*
7. *Effective protection against communicable diseases.*
8. *Safe sexuality and good reproductive health.*
9. *Increased physical activity.*
10. *Good eating habits and safe food.*
11. *Reduced use of tobacco and alcohol, a society free from illicit drugs and doping and a reduction in the harmful effects of excessive gambling.*

Die nationale Public Health Strategie ist als ein Langzeitprogramm zu verstehen, das rund 30 staatliche Agenturen, die 21 Regionen und 290 Gemeinden sowie auch NGOs einschließt. Die Regierung setzte ein nationales Steuerungskomitee ein und ernannte erstmals einen Minister für Public Health, deren Aufgabe es ist, die Verantwortlichkeit der einzelnen Sektoren für die elf Zielbereiche zu definieren und für ein koordiniertes intersektorales Vorgehen zu sorgen. Public Health Agenden sollen auf diese Weise ins Tagesgeschäft der einzelnen Sektoren integriert werden. Das nationale Institut für Public Health (SNIPH) wurde mit dem laufenden Monitoring der Implementierung der Maßnahmen, einer regelmäßigen Evaluation der Fortschritte in den elf Zielbereichen sowie einer entsprechenden Berichterstattung an die Regierung und die Öffentlichkeit beauftragt. Weiters dient das Institut als ein Wissenszentrum für effektive Methoden in der Prävention und Gesundheitsförderung, entwickelt gemeinsam mit anderen Stakeholdern geeignete Indikatoren zur Messung der Zielerreichung und treibt Methodenentwicklung voran wie zum Beispiel das Health Impact Assessment. Um die Nachhaltigkeit der nationalen Public Health Strategie zu sichern, erstellte das SNIPH ein Schema, das die elf Zielbereiche in drei Stufen einteilt. Die unterste Stufe bzw. den Sockel bilden die Zielbereiche eins bis drei, deren gemeinsamer Angriffspunkt die sozialen Strukturen der gesamten Gesellschaft und die allgemeinen Lebensumstände sind. Die Zielbereiche vier bis acht sind in der auf dem Sockel aufsetzenden zweiten Stufe zusammengefasst und beschäftigen sich mit spezifischen Umwelten und Lebensbereichen. Diese beiden unteren Stufen fokussieren auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse. Von dieser Basis aus wird dann die dritte Stufe erklommen, die von den Zielbereichen neun bis elf gebildet wird und die Lebensstile bzw. das individuelle Gesundheitsverhalten zu verbessern suchen (vgl. Swedish National Institute of Public Health 2005, Pettersson 2006).

4. Motivationen, Umgebungs- und Erfolgsfaktoren

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der inhaltlichen Strukturierung dargestellt entsprechend der drei Dimensionen und zwölf Ausprägungen wie auch bereits in Kapitel 2.2.3. beschrieben:

- Motivationen
 - Ungleiche Gesundheitschancen
 - Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung
 - Orientierung & Koordination
- Wesentliche Umgebungsfaktoren
 - Politische Struktur & Kultur des Landes
 - Richtiger Zeitpunkt & politischer Wille
 - Public Health als eigenständige Entität im Gesundheitswesen
- Erfolgsfaktoren im Zielfindungsprozess
 - Networking & Partnerschaften
 - Empowerment
 - Partizipation
 - Leadership & Commitment
 - Kapazität & Ressourcen
 - Evidenz

Zu jeder Ausprägung wird erklärt, wie diese in der vorliegenden Arbeit verstanden wird, dazu wird ein Ankerbeispiel angeführt. Wo es nötig ist, erfolgt eine Abgrenzung zu anderen Ausprägungen. Daran anschließend werden zu jeder Ausprägung repräsentative Fundstellen aus den Interviews angeführt, wobei unter Wahrung der Anonymität der originale Wortlaut der Interviewpartnerinnen wiedergegeben wird. Um den Umfang der Arbeit im Rahmen zu halten und die Lesbarkeit zu erhöhen, wird darauf verzichtet lückenlos alle Fundstellen anzuführen, zumal es nicht sinnvoll erscheint gleiche Aussagen mehrmals zu wiederholen. Vor die zitierten Fundstellen wird ein Code aus Buchstaben und Zahlen gestellt, wobei *CA* für Kanada und *SE* für Schweden steht und die jeweilige zufällig zugeordnete Zahl dahinter dazu dient, die Textstelle wieder decodieren zu können. Jene Textpassagen in der Fundstelle, aufgrund derer die Fundstelle der jeweiligen Ausprägung zugeordnet wurde, sind fett hervorgehoben. Da in einer Aussage unterschiedliche Ausprägungen angesprochen werden können, scheinen manche Fundstellen in mehr als einer Ausprägung auf. Dementsprechend sind dann unterschiedliche Textpassagen dieser Fundstelle fett hervorgehoben.

4.1. Motivationen

4.1.1. *Ungleiche Gesundheitschancen*

Die Ausprägung *ungleiche Gesundheitschancen* bezieht sich auf die Ungleichheiten im Gesundheitsstatus verschiedener sozialer Gruppen und auf die Tatsache, dass die unteren sozialen Schichten deutlich benachteiligt sind (vgl. Kapitel 1.1.3.).

Ankerbeispiel:

SE5: “I think it became almost like a shock to the politicians – and particularly to the social-democratic politicians – that we had such substantial differences in mortality also in Sweden after decades of what we thought was the welfare state. There had been other **inequity or inequality studies** before, but basically based on income – that there were huge income differences. And also a number of social issues followed these lines. But health hadn’t been studied before in this way.”

Weitere repräsentative Fundstellen:

SE3: “The researches had also seen that the health development had not been very satisfactory on certain areas in spite of the fact that life expectancy increased in both women and men. But if you look at self-reported health and other indicators of health development, it was not satisfactory. And also the remaining **socio-economic inequities in health** were not really satisfactory. And the politicians were interested of course, because in Sweden you have a strong sense of equity, especially equity in health.”

SE1: “At the beginning of the 90ies we had an investigation that came out with some goals like we should reduce **health inequalities** between the regions and between socio-economic groups and so on. The foundation of a public health institute was also proposed in this investigation and that led to the foundation of the Swedish National Institute of Public Health in 1992.”

SE2: “One motivation was that in the 80ies it was seen that **different social categories of people had different health outcomes** when it comes to mortality, morbidity, functional limitations and self rated health and things like that.”

SE5: “There had been several reports, in particular from the Confederation of Trade Unions, called LO in Swedish – Landsorganisationen. That is the confederation of all the blue collar workers, the different trade unions. They had published a number of

reports on **inequity in health between different patient groups**. So that plus the possibility of doing register studies which increased due to the IT-technique that was more and more developed. And because the knowledge of epidemiology did grow in Sweden, and because several registers became mature to crosslink. Because it's very helpful if you have a national census of everyone with occupational titles and educational background – you can start comparing different socio-economic groups. That was possible at about the same time.”

CA5: “For **health goals** for the country they're gonna include things that are **about socio-economic status and reducing disparities** and all of that kind of stuff. If they don't, then we're gonna be different than everybody else. And maybe about reducing certain diseases – like the US and their health goals which were really focussed on reducing diseases.”

Die eindeutige Mehrheit der Fundstellen zu *ungleichen Gesundheitschancen* stammt von schwedischen Interviewpartnerinnen. Es kommt klar zum Ausdruck, dass die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen für die schwedische Gesellschaft und Politik eine wesentliche Motivation darstellten Gesundheitsziele zu entwickeln (vgl. Kapitel 3.2.1.).

4.1.2. Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung

Diese Ausprägung bezieht sich auf die Erkenntnis, dass selbst das beste Krankenversorgungssystem nur einen geringen Beitrag leisten kann zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung und der Gesundheitspolitik mehr Interventionsfelder zur Verfügung stehen als die Krankenversorgung (vgl. Punkt 1.1.1.).

Ankerbeispiel:

SE6: “I think more and more people – and then I mean both professionals and politicians – are quite aware of the fact that, if you want to fight disease in the first decade of the 21st century, **you have to move beyond the medical borders.**”

Weitere repräsentative Fundstellen:

SE5: “There was a huge programme for the 90ies that was produced in the mid 80ies. And among many things we had preventative programmes for instance. They were disease-oriented – so I was responsible for a preventative programme on

musculoskeletal disorders, others were responsible for national programmes on prevention of cardiovascular diseases, prevention of cancer and so on. So that was one component. And then **it all groaned that something more had to be done**, not only research but some kind of activity. [...] And I mean it was quite obvious that now we had these different preventative programmes for different diseases, but **there had to be a broader grip on the situation.**”

SE2: “One motivation was that in the 80ies it was seen that different social categories of people had different health outcomes when it comes to mortality, morbidity, functional limitations and self rated health and things like that. **And it was also seen that the health care sector or the health services couldn’t deal very well with that kind of problem.**”

CA3: “Canada had wanted health goals for a long time. And I think that coming from our history – from the La Londe report ‘A new perspective on the health of Canadians’, to the ‘Ottawa Charta on Health Promotion’ – there was **a real understanding that we’re gonna have to do things differently.** And probably by bringing population health on the map or even the vocabulary around it, that it was gonna take something to show that **the health of Canadians wouldn’t be fixed in the Health Department.**”

CA8: “They [Province of Quebec, Anm. Soffried] have in their way of doing business decided **not to work only on the curative side.** And it was worthwhile maybe to think about what we should do to prevent. So they were very active in prevention. Probably they had seen evidence or they had seen studies coming from other countries. Probably they were also forced by the monetary aspect. Because I recall that ten years ago that Quebec like all the other provinces were asking for more money because the health system was costing more. **But they saw that even if they were investing more in the care side, at the end of the year the care side was always asking for more money. And they were still having the same problems** – the waiting lists and all those problems that we know.”

CA8: “And I think all the provinces were realizing that we should work upstream. [...] And it’s connected directly to the money too, because the Federal Government has transferred many billions of dollars – and we are not talking about millions here, but billions of dollars – over the last years to the provinces. And the problems are still the same! And the provinces are still screaming that they don’t have enough money and

they need more. So it was **a way to approach the problem in a different manner** – as I said **to work upstream.**”

Diese Fundstellen zeigen, dass sich sowohl in Kanada als auch in Schweden die Erkenntnis entwickelte, dass die Herausforderungen des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitspolitik nicht allein durch das Krankenversorgungssystem und durch weitere Investitionen in dieses gelöst werden können. Es wurde evident, dass das Thema Gesundheit weiter zu fassen ist als es der traditionellen Auffassung von Gesundheitspolitik entsprach, wonach sich diese in erster Linie mit Medizin und Krankenversorgung beschäftigte. Dadurch rückten weitere explizite Handlungsfelder der Gesundheitspolitik wie Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus, aber auch andere Politiksektoren und deren Einflussmöglichkeiten und Verantwortung für den Bereich Gesundheit.

4.1.3. Orientierung & Koordination

Orientierung und Koordination meint die Ausrichtung des Gesundheitswesens bzw. aller im Bereich von Gesundheitsdiensten und Public Health tätigen Partner auf gemeinsame Ziele und die entsprechende Koordinierung dieser Partner, um die Ziele auch tatsächlich erreichen zu können.

Ankerbeispiel:

CA3: “In order to deputize all this sort of policy planks or all of the things you could do to keep people well, you’re gonna have to do something around articulating the sort of goals or **the strong common purpose**. [...] I think it was viewed that by having a set of public health goals or health goals for Canada, it is like – by setting goals – you say: ‘This is the strong common purpose!’ And then we can respect the local wisdom, local knowledge to get it done. But you actually – like in distributed models – **you want everybody to be shooting for the same thing.**”

Weitere repräsentative Fundstellen:

CA8: “Some provinces were advanced, some provinces – I cannot say that they had nothing but you know – it was something not new, but they hadn’t the resources because they were too small. So in Canada I think that they wanted to have a certain uniformity. It’s difficult to see uniformity because you will never have any uniformity, but a certain uniformity. And **it was a way to make sure that decisions would be made to work on major issues and major problematics.**”

CA4: “I know that for years in public health in Canada we’ve wanted goals. So we being generally people in the public health sector. Partly because **it brings some unity across the country about what’s required**, and partly because I think there was individual frustration sometimes with what was happening at the provincial level. So looking for other levels that you could use to help drive the points home at a provincial level. But it’s always been very difficult in Canada because of our health system structure with most of the responsibility for public health at the provincial and municipal levels and not so much at the federal level.”

CA1: „Die Schlussfolgerung ist so, dass die Gesundheitsziele eine Möglichkeit der **Steuerung des systemischen Ganzen für den Bereich Gesundheit** von Seite Bund aus sind – im Kampf gegen die Oberhoheit der Provinzen.“

CA2: “You know probably that the provinces and territories have jurisdiction for health care delivery and the federal government provides funding through transfers. [...] Probably there’s been a growing sense in Canada that the accountability around that transfer of money is weak and needs to be much much stronger. Money kind of goes and it’s not always clear about what we get back in return. And provincial and territorial governments generally don’t report on how they have spent the money. They simply report that they have received it. So there’s been that growing sense of the need for some accountability, the need for some public **understanding of where our system is heading.**”

CA2: “Still we are not having a sense of what we are trying to achieve here in terms of population health. **Where do we wanna be in then years time?** Take smoking: What is the current rate and how much do we wanna reduce it over what period of time? We never had that kind of stuff. There has been some of that on the provincial level, but all kind of done in a provincial box. So not necessarily consistent across the country.”

SE2: “Perhaps it was that the government saw that it should be good to have a parliamentary committee to politicize the question of public health and also to have a discussion in a committee with experts about goals and targets for public health as a sort of **guidance for the actors in the field on different levels.**”

Die klare Mehrheit der Fundstellen zu *Orientierung und Koordination* stammt von kanadischen Interviewpartnerinnen. Folgende Intentionen, die mit der Implementierung von Gesundheitszielen verfolgt werden, lassen sich herauslesen:

- Klärung und Offenlegung, was Gesundheitspolitik erreichen will und welche Partner welchen Beitrag zu leisten haben.
- Ausrichtung verschiedener Verwaltungsebenen (Bund, Provinzen/Territorien, Gemeinden) und vieler Partner im Gesundheitswesen auf gemeinsame Prioritäten.
- Verschiedene Politiksektoren (Bildung, Verkehr, Wohnbau etc.) in Gesundheitspolitik einbeziehen und für gesundheitliche Belange in die Verantwortung nehmen.
- Schaffung SMARTer Ziele, um Evaluation der Zielerreichung zu ermöglichen und damit die Verbindlichkeit der Politik zu erhöhen.

Hinsichtlich der Motivationen in Schweden und Kanada nationale Gesundheitsziele zu entwickeln, entsteht somit ein Bild gleicher Motivationslagen mit unterschiedlichen Gewichtungen. Gleich wichtig scheint in beiden Ländern die Motivation zu sein, mit Hilfe von Gesundheitszielen die Gesundheitspolitik aus der traditionellen Fokussierung auf die Krankenversorgung hinzuführen zu einer stärkeren Gewichtung anderer Interventionsfelder der expliziten Gesundheitspolitik wie Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch in andere Politiksektoren hinaus zu tragen. Unterschiede bestehen darin, dass in Kanada *Orientierung und Koordination* bzw. in Schweden die *ungleichen Gesundheitschancen* ein größeres Gewicht zu haben scheinen. Angesichts dessen, dass Kanada ein föderales Land mit dreizehn gesetzgebenden Provinzen bzw. Territorien und Schweden ein zentralistischer Wohlfahrtsstaat ist, erscheinen diese unterschiedlichen Gewichtungen weniger überraschend. Zudem war die Fragestellung im Interview hinsichtlich Motivationen völlig offen, und die Antworten spiegeln daher wider, was den Befragten am wichtigsten erschien. Weder wurde in Kanada nach *ungleichen Gesundheitschancen* noch in Schweden nach *Orientierung und Koordination* als Motivation explizit gefragt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass bei einer entsprechenden Fragestellung *ungleiche Gesundheitschancen* auch in Kanada und *Orientierung und Koordination* auch in Schweden öfter als Motivationen angegeben worden wären.

4.2. Wesentliche Umgebungsfaktoren

Mit wesentlichen Umgebungsfaktoren sind solche Faktoren gemeint, die aus dem Zielfindungsprozess heraus nur schwer oder gar nicht beeinflusst werden können und deswegen von den eigentlichen Erfolgsfaktoren im Prozess selbst abgegrenzt werden.

4.2.1. Politische Struktur & Kultur des Landes

Hier werden verschiedene länderspezifische Gegebenheiten angeführt, die von den Interviewpartnerinnen als wichtig genannt wurden und ein besseres Verständnis für das jeweilige Herangehen an den Zielfindungsprozess bzw. die Bedingungen um den Prozess herum ermöglichen. Da für jedes Land verschiedene Aspekte angesprochen werden, entfällt hier das Ankerbeispiel. Stattdessen wird der Abschnitt in einen Teil für Schweden und einen für Kanada unterteilt.

Schweden

SE6: “When our government appoints a commission – which they do every week – there are a number of models. **Whenever you are dealing with a complex political matter then you appoint a commission consisting also of politicians – reflecting the parliamentary situation.** So in a way you build a reflection of the present political situation in the commission. Which means that you will bring with you during that work of the commission the political preferences. But at the same time there is no obligation for the government to be bound by what let’s say the two social-democratic representatives in that committee have in a way committed themselves to in terms of proposals and things like that. Because that kind of analysis is made after the occasion when the committee hands over its final report to the government. But the government knows that: ‘Okay, this has been politically scrutinised. We appointed two social-democratic members, we appointed somebody from the conservatives and so forth. And we know where we have unity, we know where the big divides are.’ So you can have a fairly good guess what will be the political outcome because of that.”

SE2: “**We are very used in Sweden to have those kind of committees, so people know what they have to do and what kind of role they have. But of course it takes some time.** Also when it comes to the politicians, because they have besides being advocates for the view of their own political party also the interest – as an individual – of being a good member in the new group. Because of course it is a new group here and you have to have the respect and you have to have the right power and have to be listened at. It’s very important.”

In Schweden gibt es eine sehr lange Tradition, zu wichtigen und kontroversen politischen Fragen Kommissionen einzusetzen, die sich sowohl aus Expertinnen im jeweiligen Feld und Repräsentantinnen der betroffenen Behörden, als auch aus Vertreterinnen aller in den Reichstag gewählten Parteien zusammensetzen. Diese Kommissionen werden mit entsprechenden zeitlichen und infrastrukturellen

Ressourcen ausgestattet, um einerseits eine fundierte Arbeit abliefern und andererseits gleichzeitig einen möglichst breiten Konsens finden zu können.

SE2: “It took some time before we had the white paper from the government, the proposition from the government to the parliament. After the public health unit in the ministry had started to write this proposition, they contacted us and were asking us about things - and we had some changes in the text. And then when it was sort of a base text, the minister went out to – I think – three places in Sweden having conferences and discussing what was on the minister’s mind about public health. And I knew that in the proposition at that time the health care sector as an agent was not in the text. But we [the National Committee on Public Health, Anm. Soffried] had it in one of our goal areas – the health care sector should be more health promoting, we said. [...] Then it was just a text focussing on the determinants of health, all the goal areas. But from that discussions the minister found that they couldn’t leave the health care sector out of the text. So – **discussion is important!**”

Nachdem das Nationale Komitee für Public Health der Regierung seinen Abschlussbericht unterbreitet hatte, nahm sich die Regierung zwei Jahre Zeit für Diskussionen, Konsultationen und politische Aushandlungsprozesse, bevor sie dem Reichstag einen Gesetzesentwurf vorlegte. Dieser Entwurf war jedoch entsprechend gut vorbereitet, sodass die Gesetzesvorlage nach relativ kurzer Zeit als Gesetz vom Riksdag verabschiedet wurde.

SE3: “I think health is something very important for every political party, but also in the general public. I mean in a welfare society health is an important thing – and the value of equity. That depends on the long social-democratic tradition in that country. They have been in power for such a long time having this strong equity concern. There is a study in Sweden they have done. Actually it was a questionnaire about efficiency and equity and the trade-off – I mean **how much efficiency politicians are ready to sacrifice for greater equity**. And it was surprising to see that even the most conservative politicians were ready to sacrifice efficiency for greater equity. It was amazing what a strong consensus it was on that. I mean **there is much more consensus among politicians on health equity than on economic equity**. So health is a very special good.”

Dieser Bericht über eine Umfrage unter schwedischen Politikerinnen unterstreicht, warum ungleiche Gesundheitschancen in Schweden eine so wesentliche Motivation

darstellten nationale Gesundheitsziele zu entwickeln. Gleichheit hat als Grundwert offensichtlich eine ganz besonders große Bedeutung für die schwedische Gesellschaft und Politik.

SE5: “Of course the municipality decides on where you can park and how you organise – not health, because that’s decided by the county councils – but how you organise long term psychiatric care for instance, and how you take care of the elderly. There is quite some independence in the county councils and the municipalities. I mean they have their own right to taxation which is partly hampered by the government. But **laws are only taken by the national parliament.**”

Schweden ist ein Zentralstaat, in dem ausschließlich auf Ebene des nationalen Parlaments, des Reichstages, Gesetze erlassen werden. Das bedeutet nicht, dass die regionalen und lokalen Körperschaften keinen Gestaltungsspielraum in der Umsetzung der Gesetze hätten. Es bedeutet aber, dass die Rahmenbedingungen in ganz Schweden dieselben sind sowie dass die Möglichkeiten der Regierung im Sinne einer Steuerung des gesamten Gesundheitssystems andere sind als zum Beispiel in Kanada.

Kanada

CA7: “First why we would need to do it national in Canada is just unique to our country and our structure as a Federal Government with provinces and having us a federal role to do it help. But within the constitution **primary responsibility in health would be with the provinces.** And so for us to have just come up with a Federal Government policy on goals would have been something that would then have just set on the shelf. Because all the jurisdictions that would have had any of the authorities to move it forward, wouldn’t have been able to – they weren’t part of the process – so wouldn’t recognize and wouldn’t see that as being valid. So **just a federal process would have been kind of out of the question.**”

CA4: “And one of the other pitfalls in our structure – because of our federal/provincial/municipal structures – we have to **make sure that the federal government is not dictating** the entire set of goals to people who have the jurisdiction for this. [...] That initiative has been considered a federal/provincial/territorial initiative, this goals initiative, not just a Federal Government initiative. That’s absolutely key in Canada if you want to have success with this goals. **If it was seen as just a federal initiative, no one would do it.**”

CA5: “A pitfall in the Canadian context is the federation [...] and the source of resources if there are resources required. We can't seem to do anything without additional resources. What's gonna be the source of these resources? If it's the Federal Government, they will play games here. They will play games – the Federal Government – saying to the provinces: ‘We'll give you this money but you must do such and such.’ And Alberta and Quebec? Quebec will say: ‘Forget it! Give us the money, we're not gonna do that. We'll decide what we're gonna do! But if you give everybody else money, give us money too!’ Alberta will essentially say the same thing, but they'll say it in English instead of French. That's the nature of this country. **So it is getting everybody on board.**”

CA6: “I think a big part of the success of getting provinces to agree to work on goals was the financial leverage that came from the Federal Government at the time. [...] I mean the Federal Government came to the table prepared with a lot of money – and that made a big difference. Because **it's one thing to make provinces commit doing some work, it's another thing to support them financially in that work.** So I think that helped a lot.”

CA8: “Don't forget that we are in a federal model. And most of the time **the problematic that we face is that we try to apply a ‘one size fits all’ – approach.** And that's why we have some strong discussions.”

CA9: “What compels a province to enter a process where it already has goals that may in fact end up being higher than what's concluded at a national level? The different tracks that the provinces are on is self reinforcing. And it is a challenge to get any process to be taken on a national scope – to say nothing of the distinct character that Quebec presents at these tables as well. It takes issue even with things perhaps as simple as ‘Pan-Canadian’ versus ‘national’. The issue of the public health goals is not necessarily jurisdiction to jurisdiction, right? **It is if it's a national set of goals or if it's a package of individual subsets of goals – that makes a difference in our context.**”

Aus diesen Fundstellen lässt sich erkennen, dass die föderale Struktur Kanadas mit der Gesetzgebung und Verantwortung für Gesundheit bei den Provinzen und Territorien einige Herausforderungen für einen nationalen oder gesamtkanadischen Prozess mit sich bringt:

- Der Prozess darf nicht vom Bund diktiert werden, sondern muss als eine gemeinsame Initiative von Bund, Provinzen und Territorien geführt werden.
- Die Frage nach der Aufbringung der finanziellen Ressourcen, die nötig sind, um die Ziele auch tatsächlich mittels entsprechender Maßnahmen erreichen zu können, ist zwischen den Partnern vorab zu klären.
- Da die einzelnen Provinzen und Territorien in ihrer autonomen Entwicklung unterschiedlich weit sein können, ist es unbedingt nötig, dass die nationalen Ziele eine gewisse Flexibilität erlauben, damit jede Regierung die Ziele ihren individuellen Ausgangslagen anpassen kann.

CA1: „Der Bundesprozess versucht immer Einfluss zu gewinnen. [...] **Der Bund** kann langfristig – und das hat er auch erkannt – über Ziele, über Rahmenvereinbarungen und Regulationen Sachen machen. Und da **hat er Ziele als eines seiner potenziellen Machtmittel und seiner potenziellen Hebel fürs System erkannt**. Nicht vorausschauend, sondern reagierend. Und die zweite Sache, die er gemacht hat, um die Sache da ein bisserl in den Griff zu kriegen, ist: Canada hat ja schon seit längerer Zeit einen Wirtschaftsüberschuss – die letzten zehn Jahre oder so. Und die haben sehr viel Geld, der Bund hat sehr viele Sachen aus seinen Überschüssen in Health Care gesteckt. Da hat er aber keine Verantwortung. Was konnte er machen? Er konnte nur im Prinzip den Apparat von Health Canada aufblähen und andere Sachen machen wie *CIHI – Canadian Institute for Health Information*. Also für alle dann auf einmal die Information, das gibt a bisserl Macht. Und Wissenschaft: Also *CIHR – Canadian Institute for Health Research* – sind aus diesen Überschüssen gemacht worden. Das sind alles drei Möglichkeiten, um dem Bund gewisse Möglichkeiten zu geben die Rahmenbedingungen für das Land zu schaffen.“

Gemeinsame Ziele mit den für Gesundheit verantwortlichen Provinzen und Territorien auszuhandeln, stellt eine Möglichkeit für den Bund dar sicherzustellen, dass kanadische Bürgerinnen in allen Landesteilen zumindest annähernd gleiche Rahmenbedingungen vorfinden. Da diese Ziele mit dem Fluss von Steuergeldern vom Bund zu den Provinzen und Territorien verknüpft werden können, verleiht dies dem Bund eine gewisse Macht. Weitere Möglichkeiten der Steuerung seitens des Bundes bestehen im Vorhalten von Information und Forschung, auf die alle Regierungen beim Umsetzen der Ziele angewiesen sind bzw. sein können.

CA2: “**Canada does not have a tradition of including the opposition parties in any kind of government activity**. Even something like this – that’s much broader than just

a government activity. So it's unlikely that they would have much of a role to play. For example they probably would not submit something to the process. But they would more than likely create a document criticizing the process after the fact. There wasn't a big response from the political parties when this was first announced, I think they are probably just sitting back and waiting. And when it's a product, then they'll have probably something to say about the product."

Im Unterschied zu Schweden gibt es in Kanada keine Tradition politische Komitees einzusetzen, in denen alle im Parlament vertretenen Parteien repräsentiert sind. Die im kanadischen Kontext wesentlichen politischen Aushandlungen finden zwischen Bund und Provinzen bzw. Territorien statt.

4.2.2. Richtiger Zeitpunkt & politischer Wille

Obwohl das Thema Gesundheit allgemein als eines der wichtigsten überhaupt gehandelt wird, ist es nicht so, dass es ständig politische Priorität genießen würde. Daher können nationale Gesundheitsziele auch nicht zu jedem beliebigen Zeitpunkt entwickelt werden. Es braucht dazu den politischen Willen und damit den richtigen Zeitpunkt. Kanada und Schweden werden hier wieder getrennt betrachtet. Aufgrund der unterschiedlichen Wege beider Länder zum richtigen Zeitpunkt, entfällt auch das Ankerbeispiel.

Kanada

CA3: "We in Canada had **goals almost ready** for the federal/provincial/territorial meeting in **1994 that ended up stillborn** because of a sort of risk-averse bureaucratic approach of: 'Who are we to say anything about somebody else's department or somebody's jurisdiction', and all of that. [...] People got scared: 'What if you set goals and you don't meet them?' There was this whole risk-averse sort of thing, you know, protecting the minister, the bureaucracy and all of those."

CA7: "In fact **1994** there was a very large attempt to move something quite similar to this forward. That was more a kind of a **bottom up approach within the bureaucracy** where kind of all the bureaucrats or public health experts said: 'Well, to really move this forward we need to start goals, we need them to be national.' So there was a lot of bottom up work done on that quite a while ago. And it **was getting stalled as it got moved further up in terms of getting commitment**. So a lesson learned to that is this one: Start it at the very highest level in Canadian Government."

Kanadische Public Health Expertinnen und im Bereich von Public Health tätige Beamtinnen unternahmen bereits 1994 einen Anlauf zu nationalen Gesundheitszielen, der jedoch als bottom-up Prozess im Apparat der Bürokratie stecken blieb – es war offensichtlich nicht der richtige Zeitpunkt. Danach waren Gesundheitsziele zwar auf nationaler Ebene weiter ein Thema, aber auch nicht mehr (vgl. Punkt 3.1.1.). Sehr wohl existierten die in Kapitel 4.1. behandelten Motivationen, aber diese allein waren anscheinend nicht ausreichend den entsprechenden politischen Willen zu erzeugen, auf nationaler Ebene Gesundheitsziele zu entwickeln. Bis ein unerwarteter Auslöser kam ...

CA2: “So there was this kind of growing sense of the need to have a national process for health goals. I think **overlead on that politically was the whole SARS epidemic** – obviously limited pretty much to Toronto – but really made clear after there was a number of studies and reviews that we don’t have good data. So, you know, a political kind of requirement – if you wanna use that strong term – that **the governments needed to demonstrate that they are taking this seriously**. So thus there was the suggestion by the federal government to start a national goals process.”

CA4: “The trigger for the most recent goals process was SARS I think and the fact that we did not have a very good integrated response to **SARS** in Canada. It **showed up very clearly the weaknesses in our public health system** that have solely been cumulating over many years. And the fact that there was very little good interaction between the various levels – federal, provincial and municipal.”

CA1: “Es [SARS, Anm. Soffried] hat ihn beschleunigt. Es war Zufall, weil die Prozesse insgesamt schon begonnen hatten, aber **es hat das Ganze beschleunigt**.“

CA6: “SARS highlighted a lot of weaknesses in our public health system, and **the Federal Government had to respond**. And all provinces and territories agreed that it would become a significant priority.”

CA9: “It takes a galvanizing event in Canada for jurisdictional considerations to be superseded I think. And without that I don’t think you would have had – I mean it would be difficult to make a compelling case as why this should be on the national agenda. Because you have only a limited number of opportunities and limited number of times for health system designers to get together, and you know there are health human resources issues that are pressing, wait times became an observable and political

issue – so I think **without that crisis it wouldn't have been put at such a high level.**”

CA2: “The SARS experience: I mean disease travels across borders. So you really do need to have a way of coordinating responses to things like that that's on the national level, you can't just leave it to – well, this province will do something, and this province doesn't want to and they don't have to. So I think **it did have a lot to do with creating the national attention which we hadn't had before.**”

CA4: “SARS is one of those things which **across all political stripes people could agree** that: ‘You know what? We need something to handle this!’ Because it's an infectious disease, you know. Right across the board people could agree that this was a problem and **we needed to do something about it, and we needed the government to do something about it.**”

CA5: “I don't think there was a whole lot of resistance, because **SARS** didn't take a huge toll on our health – it **took a huge toll on our economy! And that was the selling point.** Although it scared everybody. [...] SARS was a huge disruption to the economy, and it was a wake-up call that we haven't gotta act together here at all.”

Aus den vielen Fundstellen zu SARS lässt sich ablesen, dass die Einschätzung der Interviewpartnerinnen zur Bedeutung von SARS unterschiedlich ist. Die wichtigsten Aspekte zusammengefasst:

- SARS war Beschleuniger eines bereits laufenden Prozesses.
- Ohne SARS wären Gesundheitsziele kaum auf die nationale politische Agenda gekommen.
- SARS war vor allem eine wirtschaftliche Krise.
- SARS zwang die Regierungen aktiv zu werden.

Jedenfalls hat die SARS Epidemie in Toronto 2003 die kanadische Öffentlichkeit aufgeschreckt und Handlungsdruck auf die Politik erzeugt. Da der politische Wille zur Handlung durch alle Regierungen (Bund, Provinzen und Territorien) ging, war damit auch der richtige Zeitpunkt gekommen, um Gesundheitsziele auf die nationale Agenda zu bringen. SARS kann daher als Auslöser des richtigen Zeitpunkts gesehen werden.

Man könnte auch argumentieren, SARS habe Koordinationsmängel im kanadischen System aufgedeckt und sei damit als Motivation unter Punkt 4.1.3. *Orientierung und Koordination* anzuführen. Dem ist entgegen zu halten, dass diese Motivation schon

lange vor SARS bestanden hat (Anlauf zu Gesundheitszielen 1994!) und weit mehr Aspekte umfasst als die koordinierte Reaktion auf den Ausbruch einer Epidemie. SARS hat zweifelsohne die bereits bekannten Mängel drastisch aufgezeigt, aufgrund seines Charakters als infektiöse Erkrankung emotionalisiert, wirtschaftlichen Schaden angerichtet, und alles zusammen gefasst damit in erster Linie Handlungsdruck auf die Regierungen erzeugt. SARS wird daher als ein wesentlicher Umgebungsfaktor gesehen, der sich auf die bereits bestehenden Motivationen sozusagen aufgepflanzt hat. SARS war im kanadischen Kontext das Tüpfelchen auf dem i, das den nötigen politischen Willen erzeugt hat.

Schweden

SE2: "In the late 80ies we started an investigation about the health development in Sweden and found that there were these differences. And that sort of empirical evidence was one reason for the government to form **a group of experts and director generals from national agencies to discuss how to minimize the differences between people**. And that group worked for a couple of years and did a lot of reports."

SE3: "Actually they tried to do a strategy. But **this group** was set up only with experts, politicians were not involved. So it **had no political platform**. Experts are not very good in prioritizing – so it was more a wish list than a strategy. So I think you need to involve the politicians in order to make it work as a strategy in reality. I mean that was an attempt to create a public health strategy, but it was never implemented. Some points of it were implemented like the establishment of a National Institute of Public Health, but not as a comprehensive public health strategy."

SE5: "**It was never proposed by the government as a national strategy**. They picked out this idea of a National Institute of Public Health mainly and took some other things, but it was never adopted by the parliament. It was referred to – of course – in all writings by the government, but it was never proposed."

Diese drei Fundstellen beziehen sich auf die *Public Health Group*, ein die Regierung beratendes Gremium aus Expertinnen und Repräsentantinnen nationaler Behörden in der Zeit von 1988 – 1991 (vgl. Abschnitt 3.2.1.). Zum einen war die *Public Health Group* kein politisches nationales Komitee, zum anderen gab es in Schweden im Herbst 1991 einen Regierungswechsel. Die neue Regierung war in die Aktivitäten der *Public Health Group* nicht eingebunden gewesen und hatte andere Prioritäten. Eine der Empfehlungen der *Public Health Group*, die allerdings realisiert wurde, war die

Schaffung des *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)*, welches im Jänner 1992 seine Arbeit aufnahm.

SE5: "I think that **the government wanted to have** – if possible – **a consensus on the public health policy**. They usually want a consensus on all major issues, so that was much much better politically anchored. [...] The whole question had matured also more, although there were concerns about these inequalities et cetera in the 80ies. As it remained and more and more studies were published it also became a much more important issue, I would say, during the 90ies and particularly with the depression and the hardship that came about."

Mitte der 90er Jahre schien die Frage der sozialen Ungleichheiten der Gesundheit ausreichend erforscht bzw. mit schwedischen Daten belegt und damit die Zeit reif, eine nationale Public Health Politik auf den Weg zu bringen. Die Erfahrungen rund um die *Public Health Group* machten klar, dass die Entwicklung von Gesundheitszielen und einer Public Health Strategie ein so wichtiges und kontroverses Thema war, dass es zur Entwicklung beider eines politischen nationalen Komitees bedurfte.

SE6: "The most important factor is the **continuity**, in fact. Because when I compare with other countries – when we are talking about the Swedish policy – then you get that kind of questions: 'How do you do it?' And my answer is that you cannot just do it now."

Schwedens Weg zum politischen Willen bzw. zum richtigen Zeitpunkt, sich nationalen Gesundheitszielen per Gesetz zu verschreiben, dauerte – rechnet man vom Erscheinen der ersten Berichte über ungleiche Gesundheitschancen bis zum Erlass des Gesetzes – gut 20 Jahre und ist gekennzeichnet von Kontinuität. In Schweden und Kanada ist damit der nötige politische Wille zu nationalen Gesundheitszielen auf unterschiedliche Weise entstanden. Das schwedische Beispiel zeigt, dass dieser mit Kontinuität erreicht werden kann. Das kanadische Beispiel zeigt, dass ein Auslöser wie SARS sehr hilfreich sein kann. Wir wissen weder, ob bzw. wann Kanada ohne SARS den nötigen politischen Willen aufgebracht hätte, noch, um wie viel schneller dieser in Schweden erreicht worden wäre mit einem Auslöser ähnlich SARS. Möglicherweise ist es in einem zentralistisch regierten Land wie Schweden einfacher mit Kontinuität zu nationalen Zielen zu gelangen bzw. braucht es vielleicht in einem föderalen Land wie Kanada eher einen Auslöser wie SARS, um das zu erreichen. Aus nur je einem Fallbeispiel kann dieser Schluss allerdings nicht abgeleitet werden – es bleibt daher eine Vermutung.

Durch welche Faktoren auch immer der politische Wille zu nationalen Gesundheitszielen erzeugt wird, ob durch Kontinuität oder mit Hilfe eines Auslösers oder durch andere hier nicht beschriebene Faktoren, der politische Wille bestimmt den richtigen Zeitpunkt und erscheint unbedingt nötig als Voraussetzung in einen so komplexen Prozess einzutreten. Möglicherweise benötigt jedes Land aufgrund seiner charakteristischen politischen Struktur und Kultur seinen ganz spezifischen Stimulus des politischen Willens.

Man könnte auch argumentieren Kontinuität sei ein Erfolgsfaktor für den Zielfindungsprozess selbst und solle daher unter diesen angeführt werden. Zweifellos ist es aus Sicht der einen Zielfindungsprozess Durchführenden besser und wünschenswert, wenn es kontinuierliche Vorarbeit bereits gegeben hat, auf der man aufbauen kann. Gemäß der in der Methodik getroffenen Unterscheidung in einerseits im Prozess selbst beeinflussbare Erfolgsfaktoren und in andererseits nicht oder kaum beeinflussbare Umgebungsfaktoren kann die Kontinuität der Vorarbeit nur ein Umgebungsfaktor sein, weil sie im Prozess nicht mehr beeinflusst werden kann. Es ist möglich, dass aufgrund eines Auslösers wie SARS der politische Wille entsteht Gesundheitsziele zu entwickeln. Für jene, die den Zielfindungsprozess dann durchführen, ist es nicht mehr beeinflussbar, ob es eine kontinuierliche Vorarbeit gab, auf der sie aufbauen können. Trotzdem kann der Prozess selbst erfolgreich gestaltet werden (siehe Abschnitt 4.3. *Erfolgsfaktoren im Zielfindungsprozess*), nur werden dann die im Prozess entwickelten Ziele darauf Rücksicht nehmen müssen, wie viel noch nicht geleistete Vorarbeit nachgeholt werden muss (siehe vor allem Punkt 4.3.5. *Kapazität & Ressourcen* sowie Punkt 4.3.6. *Evidenz*).

Zum Thema *richtiger Zeitpunkt* passt auch folgender Rat aus der jahrzehntelangen schwedischen Praxis, der keines weiteren Kommentars bedarf:

SE5: "You should **always look for win-win-situations**. [...] And they appear now and then. For instance the whole financing on this institute [SNIPH, Anm. Soffried]: Large sums were set aside in the 80ies for HIV/Aids because it was feared that it might become a pandemic before we really knew where it came from and how it was spread. And this was then mainly used by the county councils and the municipalities. They got used to having this kind of state money – not always used for just HIV/Aids but as an added sum to their tax revenues. So then the government can't just take it away, they have to substitute it with something they find more useful. So this was a typical situation, that they could say: 'Okay, we reduce this by 50 or 70 million Swedish crowns, but instead we create a national institute for you that picks up broader issues.'

That kind of situation. If a government for some reason would like to increase the tobacco or alcohol tax to get more revenues, a good argument for raising the tax then could be that part of this money is going to be used to prevent alcoholism and tobacco smoking.”

4.2.3. Public Health als eigenständige Entität im Gesundheitswesen

Das traditionelle Gesundheitswesen ist in erster Linie ein von Medizin, Pflege, Medizintechnik und Pharma dominiertes Krankenversorgungssystem. Public Health ist eine Multi-Disziplin mit nur partieller Überschneidung zur Krankenversorgung und kann daher als eine Ergänzung mit anderen Aufgabenbereichen gesehen werden. Aus dieser Perspektive betrachtet erscheint es nahe liegend Public Health nicht als Anhängsel des Krankenversorgungssystems, sondern als eigenständige Entität im Gesundheitswesen zu behandeln. Schweden und Kanada haben nicht zuletzt mit dem *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)* bzw. der *Public Health Agency of Canada (PHAC)* eigenständige Public Health Infrastrukturen geschaffen.

Ankerbeispiel:

CA6: “One province and the Federal Government go ahead and create **a separate entity for public health**. I understand why they are doing it. They are doing that so that investments in public health stay in public health, to keep it from being underfunded at the expense of other health system issues.”

Weitere repräsentative Fundstellen:

CA5: “But because I’ve been on the edge of **public health** for a long time: It **was the neglected side of health in Canada**. We put all our money into health care, partly because of the insurance programmes. And the Canada Health Act is about health care, it’s not about health. It transfers money from the Federal Government to the provinces to do health care. And they wanna do public health. There are some transfer of funds from the feds, but they are pretty much on their own. You know it’s funded sometimes provincially, and Ontario funded between municipalities and the province. **There’s never enough money**. [...] We’ve had some wonderful thinking about public health – hence the Ottawa Charta would be for that. But it never got realized in Canada. [...] So I think any achievement we had in public health was in spite of not having a national programme. Local groups, sometimes provinces – some provinces are better at public health than others. But it’s not been a strong sector.”

CA6: “A lot of governments including the Federal Government have created **new portfolios devoted to public health**. And the Federal Government did this. **We separated public health from Health Canada, created the Public Health Agency with all of its functions and responsibilities**. In Ontario they’ve done the same thing, just recently they created a new ministry for public health, appointed a new minister. Manitoba has had one for quite some time now. British Columbia has had one for quite some time. [...] I understand why they separated public health. Because quite often in public health – when money gets invested in public health, it’s also the first dollars that you take away when you have a crisis in another area. So for example when there was a crisis on emergency wait times, emergency room access, the minister immediately took money out of the public health sector and fed it into the emergency care sector. Which is arguably not a good way to address to public health issues.”

SE6: “I think more and more people – and then I mean both professionals and politicians – are quite aware of the fact that if you want to fight disease in the first decade of the 21st century you have to move beyond the medical borders. [...] I think from a rational point of view, to get anything to happen was in fact that we moved out disease prevention and health promotion from the National Board of Health and Welfare. Because **that was the only way to get the kind of decent resources**. If we had stayed within that system we could never raise the money that we needed for public health. Because even if the government should have increased the funding for the National Board, the National Board and let’s say the most strong directors would redefine what they were doing and label it public health but not change what they were doing.”

SE6: “When we were advising the government we said: ‘If you just upgrade public health and you increase the resources to the National Board you will get out very very little from it. **You have to establish a new body which you put aside from the health and medical care system. Because at the same time you will avoid the discussion that you are taking money out of that.**’”

SE4: “I think that the National Institute of Public Health, which was founded in the beginning of the 90ies, had a very active role. I think that if we didn’t have the institute we could not have come so long at the political level. Because there a many different groups who are dealing with those kind of questions, so **it’s necessary to have some authority or body to take the initiative, to go on with the work.**”

Sowohl in Kanada als auch in Schweden bestand eine wesentliche Motivation, eigenständig finanzierte Infrastrukturen für Public Health zu schaffen, darin, Grabenkämpfe um Ressourcen zwischen dem Krankenversorgungsapparat und Public Health zu vermeiden bzw. die nachhaltige Finanzierung der Aufgabenbereiche von Public Health zu gewährleisten. Der Aufbau einer eigenständig finanzierten Public Health Infrastruktur muss nicht unabdingbare Voraussetzung für das Eintreten in einen Entwicklungsprozess von Gesundheitszielen sein, kann aber mit Sicherheit als begünstigender Umgebungsfaktor für einen so komplexen Prozess gewertet werden.

4.3. Erfolgsfaktoren im Zielfindungsprozess

Darunter werden solche Faktoren verstanden, die im Prozess selbst bzw. aus dem Prozess heraus beeinflussbar sind. Ist die Entscheidung einen Zielfindungsprozess in Angriff zu nehmen gefallen, kann nicht mehr beeinflusst werden, ob eine jahre- oder jahrzehntelange kontinuierliche Vorarbeit geleistet wurde, ob Public Health Infrastruktur im Gesundheitswesen als eigene Entität angelegt ist, oder gar ob man sich in einem zentralistisch oder föderal organisierten Land befindet. Diese wesentlichen Umgebungsfaktoren werden sicherlich Auswirkungen auf den Prozess haben, sind aber als Gegebenheiten zu akzeptieren. Im Gegensatz dazu können folgende Faktoren allerdings von den im Zielfindungsprozess handelnden Personen gestaltet werden.

4.3.1. *Networking & Partnerschaften*

Public Health per se ist eine multidisziplinäre Wissenschaft. Gesundheitsziele mit dem Zugang über die sozialen Determinanten von Gesundheit zu entwickeln bringt zum Aspekt der wissenschaftlichen Disziplinenvielfalt noch jenen dazu, dass viele unterschiedliche Politikfelder davon berührt werden. Man spricht hier von Intersektoralität. Diese beiden Komponenten erfordern das Schließen von Partnerschaften sowie eine vernetzte Zusammenarbeit. *Networking & Partnerschaften* enthalten den Aspekt einer entsprechenden Dauerhaftigkeit und werden darüber abgegrenzt vom Erfolgsfaktor *Partizipation* (vgl. Punkt 4.3.3.). Da die Prozesse in Schweden und Kanada aufgrund der unterschiedlichen politischen Struktur der Länder anders ablaufen, sehen die im Prozess zu bildenden Partnerschaften auch unterschiedlich aus und werden dementsprechend getrennt voneinander beleuchtet.

Schweden

Der im Vergleich zu Kanada viel längere Zielfindungsprozess in Schweden war geprägt durch die intensive Zusammenarbeit von Politikerinnen, Repräsentantinnen nationaler Behörden und von Expertinnen im Nationalen Komitee für Public Health (1997-2000).

Ankerbeispiel:

SE4: "They could have had only experts in that committee, but they chose to have both politicians and experts. And there were also the representatives from national authorities. **They wanted it to be as broad as possible, so that it would be accepted in the end.** I think that was important."

Weitere repräsentative Fundstellen:

SE2: "We met in the committee once a month or every six weeks, in the final stage it was more often then. [...] Every time it was the whole committee. In the beginning it was sort of a problem that the experts, who were researchers in the field and had their whole interest in that question, they talked a lot. They talked and talked every time the reached their hands up. So after a month or two the Chair decided that there should be a change because it was **important having the politicians discussing things. Because they are the decision makers**, the experts are no decision makers. So I think it was a change then, that the politicians were discussing the matters more and the experts from the research world or from the stakeholder organisations and the representatives from the national agencies – they talked also when it was important, but not that much.

And why do we have sort of a committee? Because important questions and answers will come up on the board. If you have a representative from the Labour Union Organisation – in Sweden here the biggest one – of course this person has an expertise in the field, but also can say what is important for the employees and what kind of questions should be raised. Or what happens to people's jobs, when it comes to stress or chemical problems or things like that. And of course people coming from immigrants' organisations talk about their very important subjects. And we had one person coming from an elderly organisation talking about those kind of matters. So I think **when you have that kind of mix of persons, you have very important questions coming up for discussion.**

And what's very important with the politicians: You have politicians representing all the parties in the parliament. But not all the politicians in the committee were members of parliament, some of them were. What was very important in my opinion was that we had two or three people from the parliament. And they could say for example in a

discussion: 'That question is very very interesting, but you can't do anything about it right now. So just drop it.' And **the experts didn't have that kind of knowledge about what's realistic in the political arena.** So that was interesting."

SE3: "It was so interesting to see how suspicious the experts were towards the politicians: 'Our politicians are stupid and ignorant,' and so on. And the policy makers and politicians were very suspicious towards the researchers: 'These people are here to get more money for their specific research field,' and so on. And it was interesting to see – as the process went on – how they changed their opinion, both sides. The experts and researchers could see that the politicians actually were very knowledgeable. They came very prepared to these meetings, they had all the documents, and they were really in it. Actually they gained a lot of respect. And it was the same with the politicians. They saw that these researchers are really devoted to the issue of public health, and they were very impressed by the knowledge they represented in the committee. **So it became a very good working relationship with mutual trust.**"

SE5: "And another issue is of course then that **you work for a long time with politicians** and that you have this combination of researchers and politicians which is – as I understand – not terribly common internationally. When I have been talking about this – which I have done in so many countries – I often heard the reaction: 'We would never have that possibility of working over several years together with politicians.' That was also a very typical feature of the Public Health Committee – this **intense cooperation** in working groups. I mean the national committee had 17 working groups composed of politicians as well as researchers. That was very very important."

SE3: "By 'political negotiation' I mean there was the political parties sitting at the table, and when we presented the papers – I mean drafts of resolutions and drafts of targets – they had **to negotiate the priorities.** It was all done **in the committee sitting at the table.** You know they said things like: 'I don't agree with this,' or 'We have to change the wording,' and so on. And when everyone was happy, it was settled. So that was the negotiation. And all these representatives of the political parties sitting in the committee – they had their own groups in their respective parties. So they had a backing from that group from their political party, where they could discuss the issues to be presented. You know, sometimes they said: 'Look, I'm not sure about this, **I have to discuss it within my party and then come back with it.**' So political negotiation also meant this kind of negotiation."

SE2: “It’s a kind of mainstreaming – **public health is a mainstreaming policy**. So I think for that kind of work **we must connect to other players and stakeholders to do the job together** with us. Because we cannot say what kind of subgoals there should be within the labour market policy or education policy or sports policy or culture policy. You have to go to the players within that field and discuss, because we are the experts on the determinants, but they are the experts on the actions. So we have to discuss the determinants that are important within their fields and what kind of goals there should be. I think it’s a huge process.”

Die mehrjährige Zusammenarbeit im Nationalen Komitee für Public Health ermöglichte es den Vertreterinnen der wissenschaftlichen und der politischen Welt, echte Partnerschaften mit gegenseitigem Respekt und Vertrauen zu entwickeln. Das war auch hilfreich für die viele Arbeit, die noch folgte, sobald die Zielvorschläge des Komitees der Regierung unterbreitet worden waren. Der intensive inhaltliche und politische Aushandlungsprozess während der Zielfindungsphase förderte sowohl die politische Konsensfähigkeit im Parlament und damit den Erlass des Gesetzes *Public Health Objectives*, als auch die nötige intersektorale Zusammenarbeit in der darauf folgenden Umsetzungsphase.

Kanada

Aufgrund der föderalen Struktur Kanadas läuft der Prozess dort anders ab als in Schweden. In der bereits durchlaufenen ersten Phase stand es im Vordergrund, die verschiedenen Regierungen (Bund, Provinzen, Territorien) auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen bzw. einen nationalen Rahmen zu entwickeln, den die einzelnen Regierungen als Basis verwenden können für die Entwicklung ihrer individuellen Ziele (vgl. Punkte 3.1.2. und 3.1.3.).

Ankerbeispiel:

CA7: “The other key element to this, and I think it is critical – I mean in some countries it would be less of an issue depending on their constitutional make-up – but **in Canada with a Federal Government and provinces partnership was another key element**. If the Federal Government would have just done this on its own, it would have been a complete disaster. First just from the public health point of view it would not have had that type of buy-in, it wouldn’t have brought the provinces on side, and it would have been just something that would have best set on the shelf. [...] But then there’s the balance between the federal kind of big picture point of view for the country as a whole, where else you are getting into jurisdictions that are working with the delivery of service

on that interface with Canadians. And the back and forth between the two has been really dynamic. So I would say in a positive sense **forming partnerships has been really great for this.**”

Weitere repräsentative Fundstellen:

CA3: “I think as we’ve tried to do this in a non-partisan way which is part of the beauty of the F/P/T-process, that we have socialist provinces and very conservative provinces and liberal provinces and territories. So the fact that this is a federal/provincial initiative which means **all of the parties are represented around the table by the provinces and territories**, I think it has taken some of the partisanship out of there.” [F/P/T = federal/provincial/territorial]

CA7: “I think a big process on goals like this would be good for an organisation or agency or government department that’s really kind of **working well with stakeholders** and really wanting to build on those opportunities and formalize and cement them. If things are rather period where they’re particularly sour with stakeholders or with other jurisdictions or whatever the make-up would be, I wouldn’t say: ‘Launch a goals process to fix everything.’ Cause then that could get very very contagious. So I think our goals process was kind of riding a good wave through positive energy. I couldn’t imagine if it was the other way around where you’re trying to get a goals process to fix on bad relationships.”

CA7: “There is this kind of **federal/provincial/territorial working group**. [...] What the federal/provincial/territorial working group decided to do is that you not gonna have like just twelve bureaucrats be able to draft all these goals. We need a separate group to be able to do that. And so we scribed this **goals statement working group**. We had a couple of people from the provinces that were on the group to kind of represent that side of things. But then we pulled in the broader academics and public health stakeholders into that smaller – I think there were ten people on that – working group.”

Die primär zu bildende Partnerschaft im föderalen Kontext Kanadas ist jene zwischen Bund, Provinzen und Territorien. Der Zielfindungsprozess muss von allen beteiligten Regierungen als ein gemeinsamer und nicht als ein vom Bund diktiertem wahrgenommen werden, damit er auch erfolgreich sein kann (vgl. Punkt 4.2.1.). Grundsätzlich gute Beziehungen erleichtern das Schließen solider Partnerschaften für einen so komplexen Prozess. Der politische Aushandlungsprozess erfolgt in Kanada nicht mit den politischen Parteien direkt wie in Schweden, sondern über die Tatsache,

dass die verschiedenen Regierungen das parteipolitische Spektrum des Landes widerspiegeln. Als kanadisches Pendant zum schwedischen Nationalen Komitee für Public Health kann die F/P/T-Working Group gesehen werden, die primär aus Vertreterinnen der Regierungen gebildet wurde. Für die inhaltliche Aufbereitung des Inputs und die Formulierung der Gesundheitsziele wurden allerdings erfahrene Expertinnen aus dem Feld in eine eigene Untergruppe hinzugezogen – damit war auch in dieser Phase eine Partnerschaft mit der wissenschaftlichen Seite gegeben.

CA7: “You have had at a provincial level and sometimes even at a municipal or community level that type of work. But taking together what’s important for Canadians is goals for the country. And so by doing a Pan-Canadian strategy we could meet the views of the individual provincial jurisdictions or they can develop their own goals, their own targets or indicators. But then as part of a national strategy we have something in common where governments could work together. And so it’s just kind of: **The sum doing together was greater than all the parts put together.**”

CA6: “I think provinces and territories are really good at taking what we start with in terms of **a national baseline** which is very much quartered down through negotiation and consensus among all the governments. And **they can take that and build on it** and really come up with something more specific and more – I’d almost call it – action oriented or policy oriented for their jurisdiction. [...] And the hope is that once we develop something like goal statements or once we have agreement on public health goal statements, that provinces and territories will go back to their own jurisdictions, look at those statements and really begin to build on them for themselves and for their citizens.”

CA8: “The success factor will be to take into consideration the ritual realities and to respect the approaches, the particular approaches. You know **it’s not a ‘one size fits all’ – approach.** And maybe the targets can be different. Maybe some element is gonna be increased by four percent, but in some provinces it can be – I don’t know to which extent it can be flexible – but it can be only two percent because the problem is not as strong as in other provinces.”

Die *Public Health Goals for Canada* vom Oktober 2005 beschreiben einen gemeinsamen „pan-kanadischen“ oder nationalen Rahmen für Gesundheitsziele (vgl. Punkt 3.1.3.). Die einzelnen Provinzen und Territorien müssen nun daran gehen zu diesen Zielbereichen SMARTe Ziele für ihren Zuständigkeitsbereich zu entwickeln. Für

diese Aufgabe könnten sich die regionalen Regierungen zum Beispiel am schwedischen Modell des politischen Komitees anlehnen, wobei allerdings nur die darin vertretenen Politikerinnen aus der jeweiligen Provinz selbst stammen müssten – Expertinnen könnten auch von Ebene des Bundes, zum Beispiel von der *Public Health Agency of Canada (PHAC)*, hinzugezogen werden.

4.3.2. Empowerment

Unter Empowerment wird hier verstanden, dass Personen(gruppen), die in den Zielfindungsprozess eingebunden werden sollen, zuerst einmal wissen müssen worum es eigentlich geht. Das gilt gleichermaßen für verschiedenste Stakeholder (von der Intersektoralität betroffene Organisationen) wie auch für Politikerinnen und einfache Bürgerinnen. Weder Public Health generell noch die sozialen Determinanten von Gesundheit im Speziellen sind ein allgemeines Wissensgut. Deswegen macht es Sinn, vor Eintreten in eine Konsultation dafür zu sorgen, dass eine gemeinsame Diskussionsgrundlage vorhanden ist. Sowohl im kanadischen als auch im schwedischen Zielfindungsprozess wurde diesem Umstand Rechnung getragen, allerdings wiederum auf unterschiedliche Art und Weise.

Kanada:

Im kanadischen Kontext hat die Konsultation einfacher Bürgerinnen große Tradition und Bedeutung. Um zum komplexen Thema von auf sozialen Determinanten basierenden Gesundheitszielen auch tatsächlich einen verwertbaren Input von einfachen Bürgerinnen zu bekommen, entschloss man sich in diesem Prozess dazu, auch eine neue Methode der Konsultation – genannt *deliberative dialogue* – zur Anwendung zu bringen.

Ankerbeispiel:

CA3: “Developing the goals should also be **an educative piece to Canadians to understand the difference between health and health care.** [...] I would like to put the ‘public’ back into public health.”

Weitere repräsentative Fundstellen:

CA3: “How are we gonna get Canadians interested in a process that will begin to articulate: **‘What we want for Canadians is more health, not more health care!’** And in most cases we’d rather not need health care – that has been sort of described by a couple of the round tables even last year when we were doing round tables setting up

the Public Health Agency. And even in these deliberative dialogues that we've done across the country – that from British Columbia to Nova Scotia the people running those workshops or deliberative dialogue groups felt that every Canadian who came in to that process on Friday night thought they were talking about MRI machines and wait times. Cause **we are so fixated in this country on health care** and on the sort of what we lovingly say 'the best possible repairshop in the sickness care system'."

CA4: "Then they brought them in for the Friday night and a Saturday I think. So the Friday night was basically in education where they presented some of the statistics about health, some information about the determinants of health and that kind of thing. And what I found interesting is that that was extremely important. **The education of the people from the public about what public health is about changed their perspective.** Because before they came in – all they think about is hospitals and health care. But after this particular education process on the Friday night they suddenly became aware of what was involved and then became fully engaged in discussing the determinants of health and what was involved in creating health. And **they emphasized themselves in their feedback** for the deliberative dialogue and for us **that education about this is so important.** So all long part of the issue that we faced in this whole goals process is: How do you engage people in a process like this when one of the biggest issues is just to educate people about what public health is? So they need to know more about it in order to understand how important it is to support it."

CA7: "And then a big part was our public engagement. And then the website was part of it. But the other part was a brand-new process that we used through various research groups and polling forums – it's called deliberative dialogue. And this is where we got to the citizen engagement of citizens that just are not part of the public health or even external stakeholder – they are just kind of average Canadians. There was some ways to do that and one way would be to do just a public opinion survey or a phone poll or that type of thing. But we found this issue being so complex and given that there's not a common base of understanding on public health. A lot of times particularly on the Canadian context you would say: 'What's your support for public health?' And the answer would be: 'Well, I like public health because I don't like to have to pay for my health care.' So they would say this is public versus private rather than kind of preventative versus system based. And so **there was some level of education needed.** And this deliberative dialogue – that we did in five provinces in Canada through kind of a public opinion and polling forum – is we flew Canadians in from each

of those provinces into one of the larger centers so we would have kind of an urban-rural mix. We'd have a mix across different demographic groups, aboriginal and minority mixed across the age groups. But we didn't just bombard them with kind of polling questions of public health. We started out by having a public health expert do a presentation on public health. And we talked about the goals process, what it was about, and give that group **a common basis of information** in terms of that. And then have them to go through as average Canadians where they would see what their aspirations are, how they are working with their families and their communities in terms of their own health goals.”

Insgesamt wurden fünf solcher *deliberative dialogues* im August 2005 abgehalten (vgl. Abschnitt 3.1.2.). Ein weiteres Instrument des Empowerments bestand darin, auf einer eigens zum Gesundheitszielprozess eingerichteten Webpage verschiedene Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen. Am ehesten wurden interessierte Bürgerinnen auf diese Webpage aufmerksam durch die vor allem regionale Berichterstattung über die *round tables* in den Provinzen und Territorien. Von einigen Interviewpartnerinnen wurde beklagt, dass die nationalen Medien zu wenig über den Gesundheitszielprozess berichtet hätten gemäß dem Motto „only bad news is good news“. Regionale Medien hätten aber stets ausführlich darüber berichtet, dass Kanadas Staatssekretärin für Public Health, Carolyn Bennett, den regional verantwortlichen Gesundheitsminister getroffen hatte und ein round table zum Thema Gesundheitsziele für Kanada stattgefunden hatte.

Schweden:

Auch von den schwedischen Interviewpartnerinnen wurde wiederholt die Bedeutung einer öffentlichen Diskussion zu Public Health und Gesundheitszielen unterstrichen. Allerdings beschritten die Schweden hier einen anderen Weg als die Kanadier.

Ankerbeispiel:

SE1: “And that's very important: You have to do a lot of a job before you can begin to work really. **You have to have a common understanding within the society about what this thing is about.**”

Weitere repräsentative Fundstellen:

SE3: “This **small discussion papers** – that was something separate **for stimulating the public discussion**. The discussion papers were produced by well known people in a way that everyone could understand it. In these papers we discussed controversial

issues. For example Sweden's alcohol policy – it's a controversial issue. Or tobacco policy or equity for example. [...] We have chosen well known people with opposing views on that issue and asked them to write and then brought them together. **It has been a huge success and we distributed these small publications freely and it was amazing how popular they were.** They were not scientifically heavy publications, because they were written for the public. I mean one of the articles for example was written by a world champion in skating – Thomas Gustafsson – because he had some experience about physical activity. It was a very good thing to do.”

Insgesamt wurden im Auftrag des Nationalen Komitees für Public Health zehn solche Broschüren erstellt. Diese wurden auch in Blindenschrift und auf Hörkassetten angeboten, um eine möglichst weite Verbreitung zu erreichen (vgl. Punkt 3.2.2.). Die meisten Broschüren mussten in mehr als einer Auflage gedruckt werden, weil die Nachfrage so groß war. Von einigen Interviewpartnerinnen wurde auch erwähnt, dass die Medien bereitwillig die in den Broschüren diskutierten kontroversen Themen aufgriffen, was wiederum die öffentliche Diskussion förderte.

SE2: “And the institute then had the goal of going out and marketing to people in general the determinants of health, telling them about healthy food, exercise and HIV/Aids and so on. So **the institute had a sort of direct relation to the public.**”

Diese Aussage bezieht sich auf das *Swedish National Institute of Public Health* und dessen vorrangige Aufgaben in den ersten Jahren nach der Gründung 1992.

SE1: “Returning to our goal – putting public health issues on the political agenda. We had to discuss what to do to achieve that goal. Twelve to thirteen politicians took part in our programme and during the first year of the programme they learned a lot about public health. They were slowly getting into it. They really wanted to develop something out of this, so that there would be something. [...] We also developed quite a big programme on the internet **for the politicians to learn about public health.** The main issue of that programme was: The real public health worker – that's the politician. Society is changed by politicians. [...] And one more thing we developed: Small booklets people can read, easy accessible and simple. What our politicians said, was: ‘Keep it simple, otherwise we won't use it.’ That was absolutely important for them. It's almost impossible to use something difficult in the political process out in the municipalities and regions. If you want them to work with it, keep it simple.”

Diese Fundstelle bezieht sich nicht auf den Zielfindungsprozess bzw. die Arbeit des Nationalen Komitees selbst, sondern auf eine Zeit davor. Sie macht jedoch deutlich, dass Empowerment in Sachen Public Health nicht nur bei einfachen Bürgerinnen ansetzt, sondern auch von Politikerinnen angenommen und genützt wird. Die intensive und lange Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gruppen des Komitees selbst war insofern auch wieder Empowerment, als die beteiligten Politikerinnen viel über Public Health von den Expertinnen lernen konnten und die Expertinnen einen tieferen Einblick in die politische Realität bekamen.

SE2: "I think **the final report of the committee is fairly well known in Sweden** and it's a very used book by politicians and civil servants. It's rather easy to read and easy to understand. You don't have this very scientific technical language, it's easy to read and understand also for ordinary people."

Aus mehreren Fundstellen geht hervor wie wichtig es ist, dass die im Sinne eines Empowerments eingesetzten Informationsmaterialien und –methoden zielgruppengerecht sind. Nur wenn die Information interessant, einfach zugänglich und leicht verständlich ist, wird sie den gewünschten Effekt entwickeln können.

4.3.3. Partizipation

Partizipation meint eine Beteiligung am Prozess durch die Möglichkeit seine Meinung bzw. Expertise zum Thema einbringen zu können. Partizipierende Gruppen waren sowohl in Schweden als auch in Kanada verschiedenste Stakeholderorganisationen wie auch die breite Öffentlichkeit. Voraussetzung für echte Partizipation ist ein Grundverständnis für die Themen Gesundheitsziele und Determinanten von Gesundheit (vgl. Punkt 4.3.2. *Empowerment*). Partizipation meint eine vorübergehende oder punktuelle Beteiligung am Prozess und unterscheidet sich dadurch vom Erfolgsfaktor *Networking & Partnerschaften*, bei dem es um dauerhafte Arbeitsbeziehungen im Prozess geht (zB Nationales Komitee für Public Health in Schweden oder F/P/T-Working Group in Kanada; siehe Punkt 4.3.1.).

Schweden

Partizipationsmöglichkeiten gab es in Schweden für Stakeholderorganisationen jeweils am Ende der drei Phasen der Arbeit des Nationalen Komitees. Einfache Bürgerinnen hatten die Gelegenheit zu partizipieren entweder im Rahmen von öffentlichen Seminaren, die an die Publikation der kurzen Diskussionsbroschüren gekoppelt waren,

oder über eben die breite Befragung von Stakeholderorganisationen, sofern sie einer solchen angehörten (vgl. Punkt 3.2.2.).

Ankerbeispiel:

SE2: "I think they saw this should take some time, some years. And it should be good to have a sort of a starting point **and then going out to organisations and the public about this and listen: 'What do you say about this?'** and 'Are we going in the right direction?' And then going deeper in the next stage and then have a final stage."

Weitere repräsentative Fundstellen:

SE2: "Well – we had two tasks, and I think we succeeded in both. The first one was to have a proposal on goals for public health, and the other one was **to politicize public health through discussions in the whole country**. I think both goals were met. Because otherwise – I think – perhaps there should not be any new public health policy in Sweden – without this kind of work that we did. Because the way we worked with the first report that was sent out to 500 or 600 organisations – that's very huge! And we ourselves took the material in and looked: 'What does it say?' and 'What way should we go after this?' as a base for the new step. And then the same with the second book – but to 300 or 350 organisations. That kind of relation to important organisations was very important, because **that raised the question in the society about public health and about what to do to make it better.**"

SE3: "The small discussion papers were deliberately designed and written to average citizens. It was the hope of the committee that average citizens' voice would reach the committee directly or through their different associations or organisations that formally were asked for input. **The committee itself has arranged a public seminar** that was announced in newspapers and by invitation to organisations and by press conferences **whenever a discussion paper was published**. Authors of the different chapters with often opposing views and who were well known to the public were invited and presenting at these seminars. Organisations of different kinds have arranged study circles or seminars on their own around the themes discussed in the small discussion papers."

SE1: "One thing is to know what are the health determinants – what is health to usual people today? What do they mean, what determinants they have? That was one crucial thing. [...] I would say factors for success are cooperation and respect for usual people. **Ask usual people what it's all about.**"

Es war der Auftrag der Regierung an das Nationale Komitee für Public Health, sowohl eine lebhaftere öffentliche Diskussion über Public Health und Gesundheitsziele zu stimulieren als auch einen möglichst breiten Konsens für Gesundheitsziele zu finden. Diese Aufgaben wurden einerseits erfüllt durch die weite Verbreitung der zehn Diskussionsbroschüren und andererseits durch die Investitionen in Partizipationsmöglichkeiten für die breite Öffentlichkeit und für Stakeholderorganisationen.

Kanada:

Kanada beschritt bedingt durch seine föderale Struktur und die weniger zur Verfügung stehende Zeit andere Wege der Partizipation. Aber wie auch in Schweden hatten sowohl Stakeholderorganisationen und Expertinnen als auch die breite Öffentlichkeit die Möglichkeit zum Zielfindungsprozess beizutragen.

Ankerbeispiel:

CA7: “We really had three parts to it. One was **regional consultations**, and this was Minister Bennett and her team going to every province and territory in Canada to talk to a broad range of stakeholders on public health goals. The second was **a cross-cut**, and this is where the National Collaborating Centers came in on thematic. [...] And so there we had kind of aboriginal, infectious disease, tools and methodology and a few others across the themes of the National Collaborating Centers just to make sure that we had a regional cut and then a thematic cut at the same time to ensure that nothing got missed. [...] And then the third part was our **public engagement**. And then the website was part of it. But the other part was a brandnew process that we used through various research groups and polling forums – it’s called deliberative dialogue.”

Weitere repräsentative Fundstellen:

CA4: “In Canada there would be a pitfall if you didn’t have **public consultation**. Even the public consultation that’s been held – some people feel it’s not enough. But I feel that it’s very difficult to get widespread public participation in an issue when they don’t understand it very well. And that was illustrated by those deliberative dialogues. [...] So these consultative processes are in Canada part of the process – **the more that it’s done the better.**”

CA7: “It’s been **a mix between evidence based and citizen engagement**. So we have utilized a combination of public health experts in our consultation process that would let us know what the key determinants of health are. [...] And so this is kind of evidence based expert public health that we brought into it. But that has been balanced

by us talking to Canadians as a whole in terms of what their particular interest is. You know if you're just hanging out with enough experts you gonna have something that all the experts would love. But then when it would go to Canadians it would just be meaningless, kind of a policy rented document that really doesn't speak to them. [...] So I think another pitfall on this would be if someone just wants to have a goals process that is talking about the nuances of methodology, of what to measure OR to get into you know 'this is population health, public health' and these debates that matter to people that you know are part of the area. And they are important, I don't want to criticize them. But moving out to Canadians it just won't. And so it was Canada's thing, this bottom up while at the same time kind of an expert look at what we were getting. And keeping that balance I think was critical."

CA7: "That leads us back to **the importance of the citizen engagement part**. Because when you talk to public health experts in Canada, public health experts in Sweden or in Austria, you probably get goals that are very similar to one another. But they may not speak to the country and the people in the countries themselves. And so it's like another inner part: **Don't forget the national part of national goals**. You're talking about something that should be inspiring your country men and women. So I think that's critical."

CA4: "We knew that you would not get participation of people in a process if you did not set it out so that there was room for input. So that's why we called them theme areas rather than goals. We called them theme areas so that each group could discuss it and then they could come up with suggested goals within that theme area. But there wasn't a dictation saying: 'This is about goal statements, tell us what you think!' It was: 'Here is a theme area – tell us what you think is important in this theme area and what are possible goal statements in this theme area.' So **from a process point of view it was structured so that there was more room for people to provide input.**"

CA7: "In terms of stakeholders one nice thing about this and how we've gotta structured these regional consultations – we were very wide with the invitations. I mean obviously you gonna have more to take up from kind of health associations, medical associations, nursing associations. Those would be kind of natural candidates. But we also had people from school boards and social workers and kind of areas that are of course integral to any kind of key success in public health. But there was enough publicity and it was broad enough and the invitations were broad enough that we didn't just have public health per se people there. But we had stakeholders that would be

critical in moving that forward. [...] And I'd recommend to **take stakeholder identifications seriously**. And in public health particularly if you're taking a broad determinants approach like we did when we structured it – don't just assume it's your traditional stakeholders that you've always been dealing with."

CA7: "We had a website. But we also used it as a **consultative cascading**. What we wanted to do is to have a toolkit for any kind of community organisation or school board or union or whoever wanted to do this to be able to host their own kind of workshops around goals and provide input in. And so what we did is we provided material, workbooks, a DVD that would have the two ministers talk about the goals process. We also had all the HTML links on a CD that they could quickly create their own goals webpages and link back. [...] It's one thing just to say: "Well, we expect you to speak to your members." But then **if you're not giving them the equipment to do it, it's not going to happen**. And so we tried to kind of facilitate that as best as possible."

Der Konsultationsprozess in Kanada hatte vier Komponenten:

- Die zwölf regionalen *round tables*,
- Die fünf *thematic meetings*,
- Die fünf *deliberative dialogues*,
- Eine *Webseite* mit Informationsmaterial über den Zielfindungsprozess, der Möglichkeit an einer Befragung teilzunehmen sowie Anleitung und Instrumenten für *consultative cascading* (vgl. Punkt 3.1.2.).

Empowerment und *Partizipation* sind mit großem Aufwand verbundene Erfolgsfaktoren. Wie folgende Aussagen schwedischer Interviewpartnerinnen einige Jahre nach Ende des Zielfindungsprozesses belegen, machte sich der Aufwand aber bezahlt:

SE4: "The development of the national public health strategy was very well known and accepted within society. Even if not everybody knew exactly about the goals or goal areas, but **there was an agreement that this is important**. And also that each political area has to cooperate and contribute to it."

SE2: "I think that the question was talked about a lot more than before. You know, today you can't look in a paper – everyday it's a discussion about people's health in different areas and related to different groups of people. And perhaps **the work of the**

committee and this public health policy is at least one point in that kind of interest. Of course it's other things, too."

Aus den Fundstellen zu den beiden Erfolgsfaktoren *Empowerment* und *Partizipation* lässt sich ableiten: Investitionen in Empowerment und Partizipation bringen nicht nur zusätzlichen Input für den Zielfindungsprozess, sie

- führen zu Bewusstseinsbildung,
- sorgen für Transparenz
- und schaffen Legitimation (vgl. Punkt 1.1.4.).

4.3.4. Leadership & Commitment

Unter *Leadership* wird hier verstanden, dass für den Zielfindungsprozess eine echte Führungspersönlichkeit zur Verfügung steht, die sowohl die Aufgabe des Repräsentanten nach außen als auch des Motivators nach innen übernimmt. Diese Führungspersönlichkeit sollte Begeisterung und ausreichende Kenntnis der Materie mitbringen sowie möglichst bekannt und von allen Beteiligten respektiert sein.

Commitment meint den Grad der Verbindlichkeit oder Ernsthaftigkeit, der einerseits hinter dem Auftrag steht Ziele zu entwickeln, aber gleichzeitig auch hinter dem Vorhaben, daran tatsächlich Maßnahmen zur Erreichung der Ziele sowie eine Evaluation anzuschließen. An der Sorgfalt bei der Auswahl der Führungspersönlichkeit kann auch abgelesen werden, welches Commitment hinter dem Prozess steht. Deswegen werden diese beiden Faktoren hier zusammengefasst.

Der Erfolgsfaktor *Commitment* wird wie folgt vom Umgebungsfaktor *politischer Wille* abgegrenzt: Während der politische Wille, einen Zielfindungsprozess zu beginnen, noch ein aktionistisches Moment haben kann (siehe Kanada und SARS, vgl. Punkt 4.2.2.), geht echtes Commitment darüber hinaus und berücksichtigt bereits die langfristigen Implikationen des Public Health Action Cycle (Strategie, Umsetzung, Evaluation). Durch einen guten Zielfindungsprozess kann das Commitment für die nachfolgenden Schritte noch gesteigert werden. Commitment ist also durch den Prozess selbst beeinflussbar und damit per definitionem ein Erfolgs- und kein Umgebungsfaktor.

Ankerbeispiel Leadership:

CA7: “And the other key success factor – and I really just can’t underestimate this one – is leadership and to have **a clear visible leader for the initiative**. And for us we had it with Minister Carolyn Bennett, who just inspired everyone as we moved this forward. I mean people kind of go to work cause that’s their job and earn a salary and wanna do really well. [...] I think you need to find someone, you need to find a leader that’s not just doing it because it’s his or her job but doing it because it’s his or her passion. And that reflects in the work.”

Weitere repräsentative Fundstellen:

CA4: “Now Carolyn Bennett is one of the few political figures that I’ve met who really understands health promotion, public health. And she can speak in any setting with no notes and understands what’s going on and can speak to it. That’s very impressive in a politician, you don’t get that very often. So **she’s shown a great deal of leadership** in this goals process.”

CA5: “Carolyn Bennett has a lot of respect in the country. She is I think not seen to have a personal agenda in terms of doing this for her own political aspirations, but **that it is an agenda that she strongly believes in**. And the fact that she’s a family physician I think helps her credibility on that. She’s articulate, she’s not arrogant, and she can speak to the issues and the need for this. And this is in everybody’s best interest.”

CA4: “Then when they met her [Carolyn Bennett, Anm. Soffried] and the fact that she stayed all day – it’s real leadership and it’s real commitment! And people were blown away by it. It’s very impressive, very impressive. And the fact that she can speak at the end of the day. She listened, she didn’t dominate. She listened to the input, and she listened to the feedback from all the groups. And then she would do a wrap up at the end. And her wrap up would show that she listened to what people had said at the table. And she’s doing it on fly, she’s not having notes prepared for her, she’s doing it because she’s thinking – very impressive to see that! So people had lot of trust that she would be able to carry this forward and do a good job, because she stayed all day, because she demonstrated that she heard because she was interested in what they had to say. **People felt devolved, they felt that it was worth their time to be there**. This was a good process.”

SE5: “It must be someone who is accepted not only by the government, but also could be accepted by others. Someone with the time – this was a rather extensive committee. [...] So the intention here was to be really effective – the committee should be working a long time like three or four years. So, many politicians might take on something for a year, but this seemed to be a bit insecure. [...] They found a very good person, who was well connected. She came from the handicapped movement which is very strong. Margareta Persson. I mean there is an association for the blinds, an association for the deafs et cetera, and she had been the chairperson for the coordinating body for those. And she was well respected, she had been a member of parliament herself. She was a very good choice. [...] I think **it was wise not to just appoint anyone, but to wait until they had someone that could fulfill a sort of list of criteria** that you should have for a chairperson of a parliamentary committee on public health.”

SE2: “Then we had this Chair working fulltime [Margareta Persson, Anm. Soffried]. And she was out meeting politicians and civil servants, and I was with her many times. **She was of course talking about the work of the committee, but she also listened to what they said.** And of course we were out on conferences and things like that.”

SE3: “**Fulltime Chair** – and she was our face to the outside [Margareta Persson, Anm. Soffried]. She went to all meetings, small ones and big ones. Everybody who invited her, she met to talk to. **This was part of the process and the strategy** – to have it broad and knowledgeable. She has been very busy, she was with us all the time to follow the work and give her input – all the time. She was very good, she was an excellent chair – I would say.”

Diese Fundstellen belegen auch anhand der Wertschätzung und Hochachtung, die darin zum Ausdruck kommen, dass der kanadische Prozess in Carolyn Bennett bzw. der schwedische Prozess in Margareta Persson Führungspersönlichkeiten hatten, die dem Anspruch auf *Leadership* in jeder Hinsicht gerecht werden konnten. Aus den Beschreibungen der beiden Persönlichkeiten lässt sich einerseits schließen, dass eben solche nicht einfach zu finden sind, und andererseits gleichzeitig ableiten, dass es wert ist in die Suche nach einer solchen Führungspersönlichkeit zu investieren.

Die repräsentativen Fundstellen zum Erfolgsfaktor Commitment sprechen unterschiedliche, zum Teil länderspezifische Aspekte an und werden daher unter Verzicht auf ein Ankerbeispiel und getrennt nach Ländern angeführt.

Commitment Kanada

CA7: “I would think the critical element for success in this – there’s a few – but one would be **high level political buy-in**. So on this level the Prime Minister and the Premiers. I think particularly if a country was thinking about a goals process that was going on a broader determinants view of goals. So if you’re looking at health goals you could just have goals around wait times, hospital funding et cetera, but you need to be looking at the determinants whether it’s poverty, education levels – that type of thing. Would fall far aside with just health ministers – so on that end you would need that high level of political buy-in to be bringing the rest of the system along.”

CA3: “It wasn’t a bunch of provincial health ministers saying ‘We want health goals’, that would dabble on everybody else’s area, from the environment to housing to whatever. It was the First Ministers of each of the provinces and territories and the Prime Minister signing off on a communiqué that said that we will do this. Which I think made it much easier for us to then go forward because **it really was a commitment of all First Ministers.**”

CA4: “And they had agreement from all of the First Ministers across the country. And whenever Carolyn Bennett went into any of the provinces for these regional round tables the minister – I was very impressed – the Minister of Health was there. In each province! And you heard over and over again how they interpreted and understood what these goals were about. It was very interesting, and most of them were on side in terms of the determinants of health. So I found it fascinating – at a political level they were getting it, getting the idea. So that **political buy-in at the provincial and territorial level** was very important. In Canada that’s an important key piece.”

Diese Fundstellen unterstreichen die Bedeutung der Tatsache, dass im Rahmen des First Ministers’ Meeting 2004 der Premierminister von Kanada und die First Minister der Provinzen und Territorien (sozusagen die Landeshauptleute) gemeinsam beschlossen Gesundheitsziele für Kanada zu entwickeln. Dieses F/P/T-Commitment auf höchster politischer Ebene entspricht dem maximalen in Kanada erreichbaren Grad an Verbindlichkeit. Dieses Commitment zwischen Bund, Provinzen und Territorien bezog sich allerdings ausschließlich auf die Entwicklung nationaler Ziele und endete mit der Verlautbarung der Gesundheitsziele für Kanada im Oktober 2005, womit der Auftrag des gemeinsamen Prozesses erfüllt war (vgl. Punkt 3.1.2.).

CA3: “We decided that we would do phase one with lofty aspirational goals that no one could fight with. **And then we will go to phase two and let jurisdictions sort out meaningful targets for themselves.** Including us as the Federal Government. We have aboriginal peoples as our own responsibility. We have the corrections, we have the military, veterans, the RCMP [Royal Canadian Mounted Police, Anm. Soffried], we have our own public servants – what are we doing about them? What are our health goals, our meaningful targets for a healthy workplace and for any of those things? So I think we have taken some of this sting out or some of the risk that had this process found before by actually doing phase one with the lofty aspirational goals and then allowing the jurisdictions to do their own work on meaningful targets.”

Im föderalen kanadischen Kontext ist es wichtig, dass der Bund nicht diktiert und der gemeinsame Prozess nicht versucht, alle dreizehn Provinzen und Territorien über einen Kamm zu scheren (“It’s not a ‘one size fits all’ – approach“, vgl. Abschnitt 4.3.1.). In Phase zwei liegt es nun an den Provinzen und Territorien wie auch am Bund selbst, diese nationalen Zielbereiche aufzugreifen und einen eigenen Zielfindungsprozess für ihren Zuständigkeitsbereich mit jenem Commitment auszustatten, das sie auch für den F/P/T-Prozess aufgebracht haben (vgl. Punkt 3.1.2.).

CA8: “Politicians are often very enthusiastic – for example Misses Bennett, she is very enthusiastic. You know she’s a leader, she wants to make sure that things will happen, she has a vision and she pushes a lot – and it’s good! Because if you want things to change it’s the way to proceed. But you have to keep in mind that **between having a vision and implementing it you know you have different actors that you have to deal with.** And you have to bring those actors on your side.”

Diese Fundstelle bezieht sich darauf, dass echtes Commitment über den Zielfindungsprozess hinausgeht und sich auch auf die Implementierung der daran anschließenden Maßnahmen ausdehnt.

CA2: “Another thing will be if they are very very clear about their **reporting requirements.** That there is a – whatever the time frame is – but that there’s an unfettered public reporting on progress. Because **that’s the only thing that keeps people focussed on it:** ‘Oh my God, we’re gonna report next year, we’ve gotta get something to show here.’ So if that’s part of the effort, then I think that increases the likelihood of some success.”

Nach der Implementierung der Maßnahmen folgt im Public Health Action Cycle die Evaluation, über deren Ergebnisse im Sinne der Transparenz an die breite Öffentlichkeit zu berichten ist. Eine selbst auferlegte Berichtspflicht über die Zielerreichung kann daher als ein Zeichen für einen sehr hohen Grad an Verbindlichkeit gewertet werden.

Commitment Schweden

SE6: "If you don't make health or public health and the means for public health politically controversial, you will never get it high enough on the political agenda. Because the nature of health is of course that everybody agrees. What I used to express as: **'No one is against it, but who is for it?'** And you have to moot – so that somebody is for it. Not that no one is against it – because that means silence."

Diese Fundstelle unterstreicht wie wichtig es ist, eine öffentliche Diskussion über Public Health, die sozialen Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsziele zu führen, um damit kontroverse Standpunkte herauszuarbeiten und das Thema auf der politischen Agenda möglichst weit nach oben zu bringen. Hat das Thema erst einmal an Wichtigkeit gewonnen, ist es auch einfacher, das nötige Commitment für weitere Schritte aufzubringen.

SE6: "I think the government was quite concerned about how to deal with the intersectoral mechanisms. And that is why it took such a long time. And in my mind that was a good thing that they gave it that time, because **otherwise it could have been a decision without any commitment**. But now they had a process also within and across the government and the ministries."

Diese Textpassage bezieht sich auf die zwei Jahre dauernde Phase zwischen dem Endbericht des Nationalen Komitees für Public Health an die Regierung und der Vorlage eines Gesetzesentwurfs durch die Regierung an das Parlament. Die schwedische Regierung erkannte die Notwendigkeit der intersektoralen Zusammenarbeit zur Erreichung der Gesundheitsziele und trachtete daher danach, dem neuen Gesetz das entsprechende Commitment auch dadurch mit auf den Weg zu geben, dass die Verantwortlichen der betroffenen Politiksektoren bereits vorab mit ins Boot geholt wurden (vgl. Punkt 3.2.2.).

4.3.5. Kapazität & Ressourcen

Kapazität und *Ressourcen* sind zwei Erfolgsfaktoren, die unmittelbar miteinander zusammen hängen: Nur wenn Ressourcen investiert werden, kann auch Kapazität entstehen. Dies gilt sowohl für die Entwicklung von Public Health als eigener Entität im Gesundheitswesen als auch für einen Zielfindungsprozess. Vor allem finanzielle Mittel und Zeit sind als Ressourcen zu investieren in Organisationsentwicklung und Ausbildung, um schließlich entsprechende Infrastruktur und Kompetenz als Kapazität zur Verfügung zu haben. Man könnte auch sagen es geht um die Hardware (Public Health Institutionen, Geld, Zeit) und um die Software (kompetente Arbeitskräfte), die man benötigt um Gesundheitsziele zu entwickeln und anschließend eine Public Health Strategie auf den Weg zu bringen.

Ankerbeispiel:

CA5: “You have to have some organisation, something established with political credibility and enough clout to do it and **enough organisational capacity to do it**. We didn’t have that before the Public Health Agency, we didn’t have a national organisation. [...] I suppose to having something that is subsequent gonna drive an agenda – if you have health goals, you gotta then as a result of these health goals say: ‘We gonna do this and this and this.’ And so you need an agency first of all that has some resources and political connectedness to be able to realize that. So the Public Health Agency has a potential to do that.”

Weitere repräsentative Fundstellen:

SE6: “We built an infrastructure for public health and health promotion that we could benefit from. So I mean when these ideas were proposed as a national policy, **there was a critical mass that understood what we were talking about**. Because I’ve also seen that in some countries – when you have these advanced ideas you take from the Ottawa Charta or something like that – it sounds attractive because of the idea, but you really don’t know what it means for the implementation in terms of what organisations and what competences and things like that you need to have.”

CA2: “There was the creation of the National Public Health Agency which we never had before. We had a Medical Officer of Health for each jurisdiction provincially and nationally, but no agency and very low coordination. So they created the Public Health Agency, they created a Minister of State for Public Health separate from the Department of Health Canada, **and then** six months to maybe a year after **they started the goals process**.”

CA7: “What I said about building relationships in the public health thing – concerning goals you want the relationships to be solid to begin with. I also think on the capacity side as well. Sure you can use this later on to leverage for more capacity et cetera et cetera. But if you don’t have kind of a core capacity of kind within the government and then within the country on public health – this may not be the right way to build it. **You may need to do the capacity building first.**”

Sowohl in Kanada als auch in Schweden waren *Ressourcen* und *Kapazität* für Public Health bereits vorhanden bzw. im Ausbau begriffen, als man sich entschloss, nationale Gesundheitsziele zu entwickeln. Hier seien nochmals erwähnt das *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)* bzw. die *Public Health Agency of Canada (PHAC)* mit ihren zu Beginn des Zielfindungsprozesses gerade im Aufbau befindlichen sechs *National Collaborating Centers*. Von Interviewpartnerinnen aus beiden Ländern wurde hervorgehoben, dass bereits vorhandene Public Health *Ressourcen* und *Kapazität* für den Erfolg des Zielfindungsprozesses von großem Vorteil waren.

SE3: “That probably shows the seriousness about it. Because many times you see people doing lip service: ‘Oh, this is important – we give this priority’. But when it comes to reality there is no resources at all. It’s just lip service. But **it was not a case of lip service in the case of the national public health strategy.**”

JS: “You had five deliberative dialogues, but were all provinces represented in those five?”

CA7: “Yeah. For instance we had one in Alberta, we flew some people in from Saskatchewan.”

JS: “That’s a big effort!”

CA7: “Yeah, it’s a big effort, and there was a cost to it as well. You can’t do the citizen engagement part like: Get your models, see what you wanna do. But then **make sure you have your budgets and your funding and the commitment to be doing this.**”

CA9: “A task such as the public health goals – I know **it’s a very consuming exercise even from a policy development planning view of things.** And certainly not all provinces are equally disposed and lending their resources to the same set of priorities. So what that tends to do? I would say is to draw out the processes over a longer period of time.”

CA7: “I would think you need to get the balance in terms of time. You don’t wanna take too long cause things can change, ministers can move, political landscape can change. [...] You don’t want a long drawn-out five year process – but a six months process from start to finish may be just too tight. Particularly if you’re going to broaden it with citizen engagement. So in terms of some pitfalls to avoid – and this would be definitely on our side – if we could have just a bit more time for planning that you do have your teams in place, your budgets in place, your authorities in place. And then move it out. You can’t plan for everything, but **it would have really helped us on the project management side of the goals process to have a bit more time** to reflect on exactly how and who is going to be doing this before we just moved out with it. But we just didn’t have that liberty. But if someone did, I would say ‘yes’.”

Die Zielfindungsprozesse in Schweden und Kanada waren aufwendige Initiativen (vgl. Abschnitt 3.1.2. sowie 3.2.2.), die wiederum mit entsprechenden Ressourcen auszustatten waren. Wie bereits in Abschnitt 4.3.4. ausgeführt, hatten die Zielfindungsprozesse in beiden Ländern das nötige Commitment. Dementsprechend standen auch die nötigen Ressourcen zur Verfügung. Dies kommt in den vorhergegangenen Fundstellen zum Ausdruck. Kanadische Interviewpartnerinnen betonten, dass ein größerer Zeitrahmen für den Prozess wünschenswert gewesen wäre.

CA7: “**The capacity issue is another thing we need to be pulling ahead.** [...] But goals still need to be goals. And so you don’t want to have goals for things that you can just quickly achieve tomorrow and say: ‘We’ve done it.’ So you need to kind of get the right type of balance again between goals that will inspire – inspire Canadians but also inspire governments to do better – where at the same time actually you need enough there to make it realistic and achievable. And we have a lot of back and forth in terms of where the goals are. You know you could have something like: ‘Travel fast in the speed of light!’ And that’s aspirational, but lots of physics will gonna stop you to do it. You could have something like: ‘We gonna go to the moon again!’ But that’s no big deal. And you could have something like: ‘Well, we’re gonna go to mars in twenty years!’ And so we kind of settle that as the mars in twenty years. We got the basic infrastructure capacity, we can potentially get there but it’s gonna be really hard. And so it’s that right balance. But yeah – **the capacity part is critical.**”

CA8: “But we’ll see to which extent money will be tagged to what will be proposed as targets. Because you can have the best willingness possible, but in reality if you don’t

have **the means and the tools and the capacity to achieve what you want to achieve** – you know the willingness is there but the reality forces you to make some decisions.”

Im Zielfindungsprozess selbst kann sich ergeben, dass der Aufbau weiterer Kapazität nötig ist, um die Ziele, die im Prozess gerade entwickelt werden, später auch erreichen zu können. In dieser Konstellation kann der Aufbau von Kapazität selbst ein vorrangiges Ziel werden. Im Idealfall passen sich die Ziele der vorhandenen Kapazität an oder werden solange zurück gestellt bis die nötige Kapazität vorhanden ist.

JS: “Does each of the 290 municipalities have somebody responsible for public health?”

SE5: “No, but half of them. Usually in a fairly high position. Some municipalities are very small, the smallest one has only 4.000 inhabitants, and they wouldn’t have one. But we make surveys also to the municipalities to find out whether they have a policy programme and how many persons they have working fulltime with this or part-time.”

JS: “And are those people just called responsible for public health or are they also experts in the field? Do they have any kind of education in public health?”

SE5: “Most of them these days would have. Otherwise they are typically nurses with some further training or social workers with further training. But now more and more people have a master of public health, **we are training to give master courses in public health in eleven different universities in Sweden**. There is a kind of perhaps over-education compared to how many positions there are. There is no lack of trained people with a formal academic training, then they might need job experience. But usually those people that take a master of public health they have some kind of pre-academic training, as I said. They are nurses, or they are physicians or they are social science persons of different kinds – social workers et cetera.”

Dieser Ausschnitt eines schwedischen Interviews belegt, dass die Ausbildung von kompetenten Fachkräften für den Public Health Sektor so intensiv vorangetrieben wurde, dass – zumindest zum Zeitpunkt des Interviews – der Arbeitsmarkt für diese Fachkräfte bereits gesättigt zu sein schien. Zwei weitere Zahlen dazu: Schweden hat im Bereich Public Health rund 600 Vollzeit oder Teilzeit beschäftigte Wissenschaftlerinnen, und es sind rund 600 schwedische Studentinnen erfasst, die ein Doktorat in Public Health anstreben (Angaben stammen ebenfalls aus dem Interview mit SE5).

4.3.6. Evidenz

Auf möglichst gut abgesicherter wissenschaftlicher Evidenz basierende Entscheidungen sind ein Erfolgsfaktor für den Zielfindungsprozess.

Ankerbeispiel:

SE5: “Be very careful about your research. Be very careful about your scientific background. If you want to lobby for something political which deals with a sort of matters of fact like public health, then **be very very careful that you are evidence based as far as possible.** [...] If you sort of come up with an exaggeration – because you want to be demagogic or try to influence – and it’s found out that you are not well founded and you get opposition from other researchers et cetera, then the whole question loses.”

Weitere repräsentative Beispiele:

CA7: “Another key part of this that from my point of view has worked nicely is, it’s been a mix between evidence based and citizen engagement. So we have utilized a combination of public health experts in our consultation process that would let us know what the key determinants of health are. For instance when you see goal statements formulated you have references like ‘formal education’. Because from an expert point of view that’s a critical determinant of health that people with formal education tend to be healthier than people without. And so **this is kind of evidence based expert public health that we brought into it.**”

SE3: “We had also these **knowledge networks** that actually produced the scientific evidence in different areas **for the committee.**”

Diese Fundstellen belegen, dass sowohl im kanadischen als auch im schwedischen Zielfindungsprozess auf evidenzbasiertes Vorgehen geachtet wurde. In Kanada nutzte man den Konsultationsprozess (*round tables* und *thematic events*), um von Expertinnen z.B. die Evidenz hinsichtlich der sozialen Gesundheitsdeterminanten dargestellt zu bekommen (vg. Punkt 3.1.2.). In Schweden wurden Expertengruppen vom Nationalen Komitee damit beauftragt wissenschaftliche Zusammenfassungen der Evidenz zu bestimmten Themen zu verfassen (vgl. Punkt 3.2.2.).

SE5: “Another very important factor behind the success is that we had these **national surveys.** That started already in 1976 and they are published every year. But every eighth year they have a special health component, a broad health component. And this

is a national sample. That has been extremely useful for the research and for the argument that you just not only have mortality but also people's self reported opinion on their health situation. [...] We have done a much larger sample and concentrating on public health issues. We have a national sample of 20.000 Swedes, but then the county councils buy in and make a much more intensive sampling from their county councils – **all together we had 70.000 answers which makes it possible to study a number of things.**”

SE2: “And there was **more research on the determinants of health**, about questions like ‘Why does health differ between different groups of people?’ and things like that. In the beginning it was seen that it was about life habits, life habits were in the focus in the 80ies and perhaps also in the 90ies. But then the research also found that there were connections between more broader determinants of health and those habits determinants. Those things all in all made an impact also in Sweden.”

SE5: “Public health research was not that well respected, especially not in the medical community. Public health has usually in no country a particularly high status – I guess it's the same in Austria. The brain surgeons are not terribly impressed by the public health nuts. And that's another reason why **public health research must be excellent**, it must be really high quality.”

SE5: “To be able to convince the politicians, **you must have national studies**. You can't come and say: ‘It's this way in England and South-Africa and Canada.’ You must have Swedish corpses. You must interview the widow in the mass media. But that doesn't say that there's not a lot to use – especially for comparative research. How can you explain the differences that we see between different countries? So we should have a lot of international research. And of course if something is shown to be – say a causality is shown in two countries – and then you demonstrate it in Sweden. It's much stronger when it has also been demonstrated in other countries. [...] You must do that for political reason – I'm absolutely convinced. You must know how big the differences are, which groups are mostly harmed or underprivileged. You must do that. **Otherwise you will never have political sanctions.**”

Diese vier Fundstellen aus schwedischen Interviews zeigen, dass Public Health Forschung in Schweden lange vor dem Nationalen Komitee für Public Health begonnen hat und bis in die 1970er Jahre zurückreicht. Zudem wird die Notwendigkeit einer besonders hohen Qualität der Public Health Forschung hervorgehoben, die sich

darin begründet, dass Public Health als wissenschaftliche Disziplin sich gegen andere sehr einflussreiche Disziplinen behaupten muss. Weiters wird betont, dass in wichtigen Fragen Evidenz im eigenen Land erzeugt werden muss, auch wenn entsprechende Forschungsergebnisse aus anderen Ländern bereits vorliegen. Aufgrund der politischen Implikationen sei es unbedingt nötig nationale Evidenz vorweisen zu können.

CA3: “In terms of my view of evidence based practice and practice based evidence we actually do need to foster our link between scientists and researchers and community. And that in terms of even picking indicators – indicators should be evidence based. We are going to need some help, lots of help, in terms of marking for measuring what’s easy to measure. And if we gonna actually do this thing properly, then we want it evidence based. And so **the interface between government and academia I think has to be much better.**”

CA7: “You’ve got the core research that’s going on in public health. But how do you take that particular research and translate it into knowledge that can be used by policy makers and feed that in. So it’s that **interface between the research capacity side and the decision maker side.** And so this is part of again the public health capacity that we’re doing – one part of it is building up these National Collaborating Centers.”

Der kanadische Zielfindungsprozess war nicht nur viel kürzer als der schwedische, auch die Zusammenarbeit zwischen Politikerinnen und Expertinnen war infolge dessen nicht so stark ausgeprägt. Während die schwedischen Interviewpartnerinnen genau diese langjährige intensive Zusammenarbeit als ein großes Plus beschreiben (vgl. Punkt 4.3.1. *Networking und Partnerschaften*), orten kanadische Interviewpartnerinnen eben dort ein gewisses Defizit. Die sechs National Collaborating Center der Public Health Agency of Canada sollen helfen dieses Defizit zu beheben.

Die Wichtigkeit evidenzbasierten Argumentierens und Handelns geht über den Zielfindungsprozess hinaus und gilt für Public Health generell. Es ist Aufgabe der Public Health Wissenschaften, diese Evidenz zu erzeugen, und Pflicht des Politikbereiches Public Health, diese Evidenz in Maßnahmen umzusetzen. Daher bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit von Wissenschaft und Politik, die über die Phase des Zielfindungsprozesses hinausgeht, im Idealfall schon vorher beginnt und in den weiteren Schritten des Public Health Action Cycle fortgeführt wird.

5. Ergebnisse und weiterführende Fragestellungen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der inhaltlichen Strukturierung aus Kapitel vier zusammengefasst und punktuell mit Ergebnissen der in Kapitel drei dargestellten Recherche ergänzt. Daran anschließend finden sich weiterführende Fragestellungen sowie eine kurze persönliche Stellungnahme.

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

5.1.1. Motivationen

In den Interviews sowohl in Kanada als auch in Schweden wurden drei wesentliche Motivationen genannt nationale Gesundheitsziele zu entwickeln:

- *Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung,*
- *Ungleiche Gesundheitschancen* und
- *Orientierung und Koordination.*

Die Motivationslagen in beiden Ländern können als insgesamt gleich betrachtet werden mit allerdings unterschiedlichen Gewichtungen. Gleich wichtig erscheint die Motivation, mit Hilfe von Gesundheitszielen die Gesundheitspolitik von der traditionellen Fokussierung auf den Bereich der Krankenversorgung wegzuführen und anderen Interventionsfeldern wie Prävention und Gesundheitsförderung mehr Gewicht zu verleihen. Gleichzeitig sollen auch andere Politiksektoren im Sinne einer *healthy public policy* stärker für Gesundheitsagenden in die Verantwortung genommen werden. In Kanada erscheint die Motivation *Orientierung und Koordination* stärker gewichtet, während in Schweden die *ungleichen Gesundheitschancen* größere Bedeutung zu haben scheinen. Mögliche Erklärungen dafür sind, dass Kanada als ein föderales Land noch stärkeren Koordinationsbedarf hat als Schweden bzw. im Wohlfahrtsstaat Schweden Gleichheit als Grundwert eine ganz besonders große Bedeutung hat.

5.1.2. Wesentliche Umgebungsfaktoren

Wesentliche Umgebungsfaktoren sind Faktoren, die aus dem Zielfindungsprozess heraus nur schwer oder gar nicht beeinflussbar sind und deswegen von den eigentlichen Erfolgsfaktoren im Prozess selbst abgegrenzt werden.

Politische Struktur und Kultur des Landes

In Schweden gibt es eine sehr lange Tradition, zu wichtigen und kontroversen Belangen politische Kommissionen einzusetzen, die mit entsprechenden zeitlichen und infrastrukturellen Ressourcen ausgestattet werden. Schweden ist ein Zentralstaat, in dem ausschließlich auf Ebene des nationalen Parlaments Gesetze erlassen werden. Das bedeutet, dass die Regierung in Schweden bessere Möglichkeiten der Steuerung des gesamten Gesundheitssystems vorfindet als zum Beispiel in Kanada.

Die föderale Struktur Kanadas bringt einige Herausforderungen für einen nationalen oder „pan-kanadischen“ Prozess mit sich. Der Prozess muss als eine gemeinsame Initiative von Bund, Provinzen und Territorien angelegt werden. Da die einzelnen Regierungen in ihrer Entwicklung einer Public Health Politik unterschiedlich weit sind, ist es unbedingt nötig, dass die nationalen Ziele eine gewisse Flexibilität erlauben (“It’s not a ‘one size fits all’ – approach”).

Der richtige Zeitpunkt und der politische Wille

Für Kanada kann die SARS Epidemie in Toronto 2003 als Auslöser des richtigen Zeitpunkts gesehen werden, der sich auf die bereits bestehenden Motivationen aufgepflanzt hat und im kanadischen Kontext das Tüpfelchen auf dem i war, das den nötigen politischen Willen erzeugte, um Gesundheitsziele auf nationaler Ebene zu entwickeln. Schwedens Weg zum politischen Willen nationale Gesundheitsziele zu entwickeln ist vor allem gekennzeichnet von Kontinuität. Während das schwedische Beispiel zeigt, dass man mit Kontinuität ans Ziel kommen kann, verdeutlicht das kanadische Beispiel, dass ein Auslöser wie SARS sehr hilfreich sein kann. Durch welche Faktoren auch immer der politische Wille zustande kommt, der politische Wille bestimmt den richtigen Zeitpunkt und ist daher Voraussetzung, um in einen so komplexen Prozess einzutreten. Möglicherweise benötigt jedes Land aufgrund seiner charakteristischen politischen Struktur und Kultur seinen ganz spezifischen Stimulus des politischen Willens.

Public Health als eigenständige Entität im Gesundheitswesen

Um die Nachhaltigkeit von Public Health Agenden zu gewährleisten, wurde in Kanada und Schweden eine eigenständig finanzierte Infrastruktur für Public Health geschaffen, z.B. das *Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)*. Eine derartige Infrastruktur muss nicht Voraussetzung für die Entwicklung von Gesundheitszielen sein, kann aber als begünstigender Umgebungsfaktor für einen Zielfindungsprozess zu nationalen Gesundheitszielen gewertet werden.

5.1.3. Erfolgsfaktoren im Prozess

Darunter werden Faktoren verstanden, die von den im Zielfindungsprozess handelnden Personen gestaltbar sind.

Networking und Partnerschaften

Gesundheitsziele mit dem Zugang über die sozialen Determinanten von Gesundheit zu entwickeln bringt zum Aspekt der wissenschaftlichen Disziplinenvielfalt noch jenen dazu, dass viele unterschiedliche Politikfelder davon berührt werden. Man spricht hier von Intersektoralität. Diese beiden Komponenten erfordern das Schließen von *Partnerschaften* sowie eine vernetzte Zusammenarbeit.

Die lange Zusammenarbeit im Nationalen Komitee für Public Health ermöglichte es in Schweden den Vertreterinnen von Politik, Wissenschaft und nationalen Behörden echte *Partnerschaften* mit gegenseitigem Respekt und Vertrauen zu entwickeln. Diese intensive Kooperation war eine wichtige Basis für den politischen Konsens im Parlament und damit für die Gesetzgebung der Ziele und wird von den schwedischen Interviewpartnerinnen als ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg gesehen.

Im föderalen Kontext Kanadas ist die primär zu bildende *Partnerschaft* jene zwischen Bund, Provinzen und Territorien. Der politische Aushandlungsprozess erfolgt in Kanada über die Tatsache, dass die Regierungen das parteipolitische Spektrum des Landes widerspiegeln. Als kanadisches Pendant zum schwedischen Nationalen Komitee für Public Health kann die Federal/Provincial/Territorial-Working Group gesehen werden. Das Anlegen des nationalen Zielfindungsprozesses als eine gemeinsame Initiative aller Regierungen sehen die kanadischen Interviewpartnerinnen als einzigen Weg mit Aussicht auf Erfolg.

Empowerment

Personen(gruppen), die in den Zielfindungsprozess eingebunden werden sollen, müssen zuerst einmal wissen worum es eigentlich geht. Deswegen ist vor Eintreten in eine Konsultation für eine gemeinsame Diskussionsgrundlage zu sorgen.

In Kanada wurden für das *Empowerment* zwei Wege beschritten. Zum einen stellte man Informationsmaterialien über das Internet zur Verfügung, zum anderen wurden fünf *deliberative dialogues* organisiert, an denen eine per Zufall ausgewählte repräsentative Stichprobe von insgesamt rund hundert Bürgerinnen teilnahm, die einen

Abend lang in Gesundheitszielen und sozialen Determinanten von Gesundheit unterrichtet wurden.

In Schweden wurden im Auftrag des Nationalen Komitees für Public Health insgesamt zehn Diskussionsbroschüren zu kontroversen Themen der Public Health Politik erstellt. Diese Broschüren waren mit Beiträgen von prominenten Schwedinnen in einfacher Sprache verfasst und wurden in großer Auflage frei verteilt, auch in Blindenschrift und auf Hörkassetten. So konnte eine lebhafte öffentliche Diskussion zu Gesundheitszielen stimuliert werden, die auch von den Medien aufgegriffen wurde.

Partizipation

Partizipation meint eine punktuelle Beteiligung am Prozess, indem verschiedene Stakeholder wie auch die breite Öffentlichkeit die Möglichkeit erhalten ihre Meinung bzw. Expertise einzubringen. Voraussetzung für echte Partizipation ist ein Grundverständnis für das Thema. Sowohl in Kanada als auch in Schweden wurde eine möglichst breite Partizipation am Prozess angestrebt.

In Schweden hatte die breite Öffentlichkeit die Möglichkeit zur *Partizipation* im Rahmen von zehn öffentlichen Seminaren, die im Anschluss an die Publikation der zehn Diskussionsbroschüren stattfanden. Stakeholderorganisationen konnten sich am Prozess beteiligen im Rahmen der beiden Konsultationen durch das Nationale Komitee bzw. als die Regierung den Endbericht des Komitees zur Stellungnahme vorlegte.

In Kanada hatten Expertinnen und Stakeholder die Möglichkeit im Rahmen der zwölf regionalen *round tables* und über das Internet zu partizipieren. Ausgewählte Expertinnen konnten außerdem über die fünf *thematic meetings* zum Prozess beitragen. Die breite Öffentlichkeit hatte die Möglichkeit zur *Partizipation* ebenfalls über die Internetbefragung, rund hundert per Zufall ausgewählte Bürgerinnen konnten zudem an den fünf *deliberative dialogues* teilnehmen.

Investitionen in *Empowerment* und *Partizipation* sind zwar mit großem Aufwand verbunden, werden aber sowohl in Kanada als auch in Schweden als Kernelemente des Prozesses betrachtet. Der Nutzen besteht nicht nur darin, dass Empowerment und Partizipation zusätzlichen Input für den Zielfindungsprozess bringen, sondern vor allem darin, dass sie zu Bewusstseinsbildung führen, für Transparenz sorgen und Legitimation schaffen.

Leadership und Commitment

Leadership bezieht sich auf das Vorhandensein einer echten Führungspersönlichkeit für den Zielfindungsprozess. *Commitment* meint den Grad der Verbindlichkeit, der einerseits hinter dem Auftrag steht Ziele zu entwickeln, und andererseits hinter dem Vorhaben, daran tatsächlich Maßnahmen sowie eine Evaluation anzuschließen.

Sowohl in Kanada als auch in Schweden konnte eine herausragende Persönlichkeit für die Leitung der Initiative gefunden werden. In beiden Ländern wurde von Interviewpartnerinnen hervorgehoben, wie wichtig es für einen derart komplexen Prozess ist, jemand an der Spitze zu haben, der von allen beteiligten Partnern respektiert wird und den Prozess hervorragend nach außen repräsentiert, aber gleichzeitig auch kompetent und motivierend nach innen leitet.

Der Premierminister von Kanada und die First Minister der Provinzen und Territorien beschlossen gemeinsam Gesundheitsziele für Kanada zu entwickeln. Dieses F/P/T-Commitment auf höchster politischer Ebene entspricht dem maximalen in Kanada erreichbaren Grad an Verbindlichkeit. Dieses Commitment zwischen Bund, Provinzen und Territorien bezog sich allerdings ausschließlich auf die Entwicklung nationaler Ziele, lässt Umsetzung und Evaluation noch außen vor. Es liegt nun an den einzelnen Regierungen diese nationalen Zielbereiche auf SMARTe Ziele für ihren Zuständigkeitsbereich herunter zu brechen und mit dem nötigen Commitment auszustatten, das auch die Umsetzung von Maßnahmen und deren Evaluation einschließt. Angesichts der föderalen Struktur Kanadas wird diese Vorgehensweise von den Interviewpartnerinnen als die am ehesten zum Ziel führende gesehen.

In Schweden bezeugt die Einsetzung eines politischen Komitees, das drei Jahre Zeit erhält einen Konsens zu Gesundheitszielen zu finden, bereits einen hohen Grad an Commitment. Dieses ging in Schweden über die Entwicklung von Zielen hinaus. Die Regierung erkannte die Notwendigkeit der intersektoralen Zusammenarbeit in der Umsetzung der Gesundheitsziele und trachtete danach, dem neuen Gesetz das entsprechende Commitment dafür mit auf den Weg zu geben, indem die Verantwortlichen der betroffenen Politiksektoren innerhalb der Regierung bereits vor Beschluss des Gesetzes mit ins Boot geholt wurden. Als weitere Zeichen für das Commitment der Regierung können die Ernennung eines eigenen Ministers für Public Health sowie die Einsetzung eines Steuerungskomitees für die Umsetzung der nationalen Public Health Strategie gewertet werden.

Kapazität und Ressourcen

Ressourcen und *Kapazität* benötigt man sowohl für den Zielfindungsprozess selbst als auch für die daran anschließenden Schritte des Public Health Action Cycle. Es geht um die Hardware (Public Health Infrastruktur, Geld, Zeit) und um die Software (kompetente Arbeitskräfte), die man benötigt, um Gesundheitsziele zu entwickeln und anschließend eine Public Health Strategie auf den Weg zu bringen.

Sowohl in Kanada als auch in Schweden waren *Ressourcen* und *Kapazität* für Public Health bereits vorhanden, als man daran ging nationale Gesundheitsziele zu entwickeln (zB *Swedish National Institute of Public Health, Public Health Agency of Canada*). Von Interviewpartnerinnen aus beiden Ländern wurde betont, dass dies für den Erfolg des Zielfindungsprozesses von Vorteil war.

Die Zielfindungsprozesse waren in beiden Ländern aufwendige Initiativen, hatten jedoch das nötige Commitment, und dementsprechend standen auch die nötigen Ressourcen zur Verfügung. Kanadische Interviewpartnerinnen betonten, dass ein größerer Zeitrahmen für den Prozess wünschenswert gewesen wäre. Im Zielfindungsprozess selbst kann sich herausstellen, dass die Investition zusätzlicher Ressourcen in den Aufbau weiterer Public Health Kapazität nötig ist, um in weiterer Folge eine nationale Public Health Strategie auch umsetzen zu können. In diesem Fall kann der Aufbau von Kapazität selbst zu einem vorrangigen Ziel werden.

Evidenz

Auf möglichst gut abgesicherter wissenschaftlicher Evidenz basierende Entscheidungen werden sowohl von kanadischen als auch von schwedischen Interviewpartnerinnen als ein Erfolgsfaktor für den Zielfindungsprozess gesehen.

Von schwedischen Interviewpartnerinnen wird zudem die Notwendigkeit hervorgehoben, dass Public Health Forschung von besonders hoher Qualität sein sollte, weil Public Health als wissenschaftliche Disziplin sich gegen andere sehr einflussreiche Disziplinen behaupten muss. Weiters wird betont, dass in wichtigen und politisch sensiblen Fragen wie zum Beispiel den sozialen Ungleichheiten der Gesundheit Evidenz im eigenen Land produziert werden müsse, auch wenn entsprechende Forschungsergebnisse aus anderen Ländern bereits vorliegen. Aufgrund der politischen Implikationen sei es unbedingt nötig nationale Evidenz vorweisen zu können.

5.2. Weiterführende Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung konnte sich angesichts der zur Verfügung stehenden Ressourcen nur mit zwei Ländern auseinandersetzen. Die ersten weiterführenden Fragestellungen, die sich aufdrängen, lauten daher:

- Finden sich dieselben Motivationen und Erfolgsfaktoren auch in anderen Ländern bzw. welche weiteren lassen sich in anderen Ländern ermitteln?
- Welche wesentlichen Umgebungsfaktoren gibt es noch außer jenen, die in Kanada und Schweden gefunden werden konnten?

Die Wege zum richtigen Zeitpunkt bzw. zum politischen Willen Gesundheitsziele zu entwickeln waren in Schweden und Kanada unterschiedlich. Während das schwedische Beispiel zeigt, dass man mit Kontinuität ans Ziel kommen kann, verdeutlicht das kanadische Beispiel, dass ein Auslöser wie SARS sehr hilfreich sein kann. Man kann mutmaßen, dass es in einem zentralistisch regierten Land wie Schweden einfacher ist mit Kontinuität ans Ziel zu gelangen bzw. dass es in einem föderalen Land wie Kanada eher einen Auslöser wie SARS braucht. Aus nur je einem Fallbeispiel kann dieser Schluss allerdings nicht gezogen werden. Daraus ergeben sich weitere Fragestellungen:

- Wie viele jener Länder, die bisher nationale Gesundheitsziele im Sinne einer „Gesundheit für alle“ – Strategie entwickelt haben, sind zentralistisch bzw. föderalistisch regiert?
- Kommen zentralistisch regierte Länder grundsätzlich durch kontinuierliche Public Health Arbeit zu nationalen Gesundheitszielen bzw. benötigen föderale Staaten grundsätzlich ein starkes auslösendes Moment a la SARS?

Weitere Fallstudien sind nötig, um diese Fragen beantworten zu können. Daneben erscheint es natürlich auch interessant wie es in Schweden und Kanada nach der Entwicklung der nationalen Gesundheitsziele weiter ging bzw. geht:

- Bewährt sich der schwedische Weg mit Zielbereichen im Gesetz und der Verantwortung für SMARTe Ziele bei staatlichen Behörden, Regionen und Gemeinden?
- Wie viele kanadische Provinzen und Territorien erneuern ihr Commitment, greifen die nationalen Gesundheitsziele auf und entwickeln SMARTe Ziele für ihren Zuständigkeitsbereich?

5.3. Persönliche Stellungnahme

Die vorliegende Arbeit soll als ein Erfahrungs- und Erkenntnisbericht zum Thema Entwicklung nationaler Gesundheitsziele verstanden werden. Ich erhebe nicht den Anspruch lückenlos alle Aspekte des kanadischen bzw. schwedischen Zielfindungsprozesses oder der Gesundheitspolitik der beiden Länder erfasst und dargestellt zu haben. Diese Arbeit möchte weder ein Lehrbuch noch eine Anleitung für die Entwicklung von Gesundheitszielen sein. Dazu hätten deutlich mehr als zwei Fallbeispiele untersucht werden müssen. Ich bin aber davon überzeugt, dass diese empirische Untersuchung hilfreiche Anregungen und Erfahrungen zu Tage gefördert hat für all jene, die vorhaben Gesundheitsziele zu entwickeln oder bereits einen Zielfindungsprozess planen.

Österreich ist nicht Kanada oder Schweden, und ich bin kein erfahrener Experte in der österreichischen Gesundheitspolitik. Daher maße ich mir nicht an hier Empfehlungen für Österreich abzugeben. Die Leserinnen mögen bitte ihre eigenen Schlussfolgerungen ziehen.

Wenn ich auf die Fragestellungen und Ziele des Projektes blicke, dann denke ich behaupten zu können, dass die Fragen beantwortet und die Ziele erreicht werden konnten. Rückblickend betrachtet steckt jede Menge Arbeit in diesem Projekt. Diese hat sich in jedem Fall gelohnt, nicht nur deswegen, weil die Fragen beantwortet und die Ziele erreicht wurden. Warum also noch? Als ich feststellte, dass ich für die Beantwortung der Fragen Interviews benötigen würde, war ich darüber nicht gerade glücklich, weil mir klar war, dass diese mit großem Aufwand verbunden sein würden. Aber gerade diese Interviews machten das Projekt zu einem richtigen Abenteuer und Erlebnis. Forschung kann richtig spannend sein! Nicht nur, weil mich die Interviews nach Kanada und Schweden führten, sondern vor allem deshalb, weil ich dadurch Menschen kennen lernen durfte, die mich inspiriert und motiviert haben, die mir einiges mit auf den Weg gaben und mich erkennen ließen wohin mein Weg führt. Das war eigentlich das größte Geschenk bzw. der schönste Lohn für all die Mühen. Und egal, was Sie, liebe Leserin, lieber Leser, von der vorliegenden Arbeit halten – das kann mir niemand mehr wegnehmen. Ich hoffe natürlich, dass das Lesen Spaß gemacht und Ihnen etwas gebracht hat.

Ihr Jürgen Peter Soffried

Im September 2006

6. Literaturverzeichnis

Advisory Committee on Population Health (1996): Report on the Health of Canadians.

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/1996/1996_66_e.html

Letzter Zugriff 28.08.2006

Advisory Committee on Population Health (1999): Toward a Healthy Future. Second Report on the Health of Canadians.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/toward/toward_a_healthy_english.PDF

Letzter Zugriff 28.08.2006

Agren Gunnar (2003): Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden. Swedish National Institute of Public Health

www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/newpublic0401.pdf

Letzter Zugriff 03.09.2006

Alma-Ata Deklaration (1978): Verabschiedet im Rahmen der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung am 12. September 1978 in Alma-Ata

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?PrinterFriendly=1&language=German

Letzter Zugriff 28.08.2006

Commission on the Future of Health Care in Canada (2002): Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report. (Romanow Report)

http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf

Letzter Zugriff 28.08.2006

First Ministers (2003): Accord on Health Care Renewal: First Ministers' Meeting Februar 2003

http://www.scics.gc.ca/pdf/800039004_e.pdf

Letzter Zugriff 28.08.2006

First Ministers (2004): 10 Year Plan to Strengthen Health Care. First Ministers' Meeting Sept. 2004

http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_e.pdf

Letzter Zugriff 28.08.2006

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. WUV-Universitätsverlag, Wien

Glennard Anna H. et al. (2005): Health Systems in Transition: Sweden. WHO Europe im Namen des European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen

<http://www.euro.who.int/Document/E88669.pdf>

Letzter Zugriff 02.09.2006

Government of Canada (1974): A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document. (Lalonde Report)

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html bzw.

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf

letzter Zugriff 28.08.2006

Health Canada (2005): Canada's Health Care System.

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_e.pdf

Letzter Zugriff 28.08.2006

Hogstedt Christer et al. (Ed.) (2004): The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health. Scandinavian Journal of Public Health, Volume 32, Supplement 64, December 2004
Folgender Link führt zu Supplement 64, das in fünf Teilen als pdf-Dateien frei downloadbar ist:

[http://www.journalonline.tandf.co.uk/\(etprszmb4frjq045kpmz3wfd\)/app/home/issue.asp?referrer=parent&backto=journal,21,57;linkingpublicationresults,1:102108,1](http://www.journalonline.tandf.co.uk/(etprszmb4frjq045kpmz3wfd)/app/home/issue.asp?referrer=parent&backto=journal,21,57;linkingpublicationresults,1:102108,1)

Letzter Zugriff 02.09.2006

Marotzki, Winfried (2003): Leitfadeninterview. In: Bohnsack, Ralf/ Marotzki, Winfried/ Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Leske & Budrich, Opladen

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, Weinheim

Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Beltz, Weinheim

Mielck Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern. In: Rosenbrock Rolf, Gerlinger Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern

National Advisory Committee on SARS and Public Health (2003): Learning from SARS. Renewal of Public Health in Canada. (Naylor Report)

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Östlin Pirooska, Diderichsen Finn (2001): Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. Policy Learning Curve Series Number 1. WHO Europe, Kopenhagen

www.euro.who.int/Document/E69911.pdf

Letzter Zugriff 02.09.2006

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986): Verabschiedet im Rahmen der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa

<http://www.nachhaltigkeit.at/monthly/2004-12/pdf/Ottawa-Charta.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Pettersson Bosse (2006): Orienting policies on health determinants. The process of target setting in Sweden 1985-2006 – lessons to learn. Public lecture in Graz, Palais Attems, 8. Juni 2006

http://public-health.meduni-graz.at/1news/Bosse_Pettersson_060609.pdf

Letzter Zugriff 02.09.2006

Public Health Agency of Canada (2005): Report on Plans and Priorities 2005-2006.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/rpp-2005-06/index.html>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Public Health Goals for Canada (2005a): Background for a Discussion. Public Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians.

<http://www.healthycanadians.ca/PDF/BkgrndDisc.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Public Health Goals for Canada (2005b): Workbook. Public Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians.

<http://www.healthycanadians.ca/PDF/WrkBook-ENG.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Public Health Goals for Canada (2005c): Activity Guide. Public Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians.

<http://www.healthycanadians.ca/PDF/ActGuide-ENG.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Public Health Goals for Canada (2005d): Citizens' Dialogue on Public Health Goals in Canada. Final Findings Report. Public Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians.

http://www.healthycanadians.ca/PDF/cd-phg_e.pdf

Letzter Zugriff 28.08.2006

Public Health Goals for Canada (2005e): Health Goals for Canada. Public Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians.

<http://www.healthycanadians.ca/home.html> bzw. <http://www.healthycanadians.ca/PDF/goals-e.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Public Health Goals for Canada (2005f): Calendar of Consultation Events. Public Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians.

<http://www.healthycanadians.ca/consplan.html>

Letzter Zugriff 28.08.2006

Rosenbrock Rolf, Gerlinger Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I-III. Nomos, Baden-Baden. In: Rosenbrock Rolf, Gerlinger Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern

Schwartz Friedrich W., Kickbusch Ilona, Wismar Dietmar (2003): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz Friedrich W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer Verlag, München Jena

Swedish Ministry of Health and Social Affairs (2000): Health on equal terms – national goals for public health. Final report by the Swedish National Committee for Public Health. English version of SOU 2000:91. Stockholm

<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/01/77/06/20a522d3.pdf>

Letzter Zugriff 02.09.2006

Swedish National Institute of Public Health (2005): The 2005 Public Health Policy Report. Summary.

<http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf>

Letzter Zugriff 02.09.2006

The National Board of Health and Welfare (1985): The Swedish Health Services in the 1990s. Liber Tryck, Stockholm

The Senate (2002): The Health of Canadians – The Federal Role. Volume 6: Recommendations for Reform. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. (Kirby Report)

<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repoct02vol6-e.pdf>

Letzter Zugriff 28.08.2006

The World Factbook 2006: Canada. Central Intelligence Agency.

<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/ca.html>

Letzter Zugriff 28.08.2006

The World Factbook 2006: Sweden. Central Intelligence Agency.

<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/sw.html>

Letzter Zugriff 28.08.2006

WHO (1999): Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr.6. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf

Letzter Zugriff 03.09.2006

WHO (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Zweite Ausgabe. Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

www.euro.who.int/document/e81384g.pdf

Letzter Zugriff 03.09.2006

Wilkinson Richard (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Springer Verlag, Wien

7. Anhang

7.1. Der Leitfaden

Die Interviews wurden bis auf eines in englischer Sprache geführt, daher werden die Fragen und Stichwörter des Leitfadens hier ausschließlich in Englisch angeführt:

- **Kurze Einführung in die Forschungsfrage und das Ziel der Arbeit:**
What the interview is about: The process of developing national health goals and the political culture in Canada/Sweden concerning health policy and health politics.
The aim of my research: What can Austria learn from Canada/Sweden?
- **Eröffnungsfrage:**
What was the motivation to develop national health goals?
- Anschließend drei Themenblöcke, die in der Reihenfolge frei gestaltbar sind:
 - **Block zum Prozess der Zielentwicklung:**
Starting point of this process? Triggers?
Who/what keeps it running?
Critical factors for success?
Pitfalls?
What do you think is going well, what could be better?
 - **Block zur politischen Struktur und Kultur des Landes:**
Impact of federalism (Canada)?
Impact of centralism (Sweden)?
Role of provinces and territories?
Role of municipal governments?
Role of political parties?
Role of international health policy – WHO, other countries?
Role of scientific community and universities?
Role of different occupations and their societies like doctors, nurses ... ?
Role of Public Health societies?
 - **Block zur Person des Interviewpartners:**
Your relation to the health goals developing process: a) directly involved in the process, b) counselling, c) watching/monitoring?
Your occupational background – how did you enter the field of health policy?
Do you have connections to political parties, are you member of a party?

Unmittelbar vor Beginn der Interviews wurde von den Interviewpartnerinnen nochmals das Einverständnis eingeholt das Gespräch aufzuzeichnen.

TIP:

Da es leicht möglich ist, dass man – vor allem wenn man kein routinierter Interviewer ist – etwas vergisst, hat es sich als lohnend erwiesen auf den Leitfaden, den man physisch zum Interview mitbringt, ganz oben Erinnerungsstützen aufzuschreiben wie: *„Darf ich das Gespräch aufzeichnen?“* oder *„Voice recorder einschalten!“*

TIP:

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Diese Anschaffung hat sich besonders bewährt, da die Qualität der Aufnahmen sehr gut und das Handling ohne Tonbänder und dank einer integrierten USB-Schnittstelle sehr einfach ist. Mit wenigen Handgriffen ist das aufgezeichnete Interview am Laptop oder PC und kann mit entsprechender Software leicht abgespielt und transkribiert werden. Für ca. € 100 bekommt man bereits sehr gute Geräte – vom Autor dringend empfohlen.

7.2. Verzeichnis der Interviewpartnerinnen

Kanada

- Carolyn Bennett
Government Canada (GC)
Minister of State for Public Health (bis 6. Februar 2006)
Kontakt: Cindy Dawson, Scheduling Assistant, Minister of State's Office
Cindy_Dawson@hc-sc.gc.ca
Interview am 15.09.2005
- Jean-Louis Caya
Public Health Agency of Canada (PHAC)
Regional Director of Quebec
Jean-Louis_Caya@phac-aspc.gc.ca
Interview am 29.09.2005
- Lucy Falastein
Health Canada (HC), Federal-Provincial Relations Division
Senior Policy Analyst
Lucy_Falastein@hc-sc.gc.ca
Interview am 20.09.2005
- Cathy Fooks
Health Council of Canada (HCC)
Executive Director
cfooks@healthcouncilcanada.ca
Interview am 13.09.2005
- James Gilbert
Public Health Agency of Canada (PHAC)
Director of Policy and Planning Division
James_Gilbert@phac-aspc.gc.ca
Interview am 21.09.2005
- Suzanne Jackson
University of Toronto, Faculty of Medicine, Department of Public Health Sciences
Director of Centre for Health Promotion
suzanne.jackson@utoronto.ca
Interview am 16.09.2005
- Dorothy Pringle
University of Toronto, Faculty of Nursing
Professor
dorothy.pringle@utoronto.ca
Interview am 16.09.2005
- Jürgen Rehm
University of Toronto, Faculty of Medicine, Public Health Sciences, Addiction Policy,
Professor and Chair;
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) Toronto, Section Public Health and
Regulatory Policies, Senior Scientist and Co-Head
Jurgen_Rehm@camh.net
Interview am 12.09.2005

- Jonathan Wells
Health Canada (HC), Federal-Provincial Relations Division
Policy Analyst
Jonathan_Wells@hc-sc.gc.ca
Interview am 20.09.2005

Schweden

- Karin Berensson
Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)
Zum Zeitpunkt des Interviews Projektmanagerin für "Healthy Aging" am Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)
karin.berensson@fhi.se bzw. karin.berensson@skl.se
Interview am 10.01.2006
- Christer Hogstedt
Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)
Director Research
christer.hogstedt@fhi.se
Interview am 13.01.2006
- Bernt Lundgren
Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)
Head of Unit for Public Health Policy Analysis
bernt.lundgren@fhi.se
Interview am 11.01.2006
- Piroska Östlin
Karolinska Institute (KI), Department of Public Health Sciences, Division of International Health (IHCAR)
Senior Researcher
piroska.ostlin@ki.se
Interview am 12.01.2006
- Bosse Pettersson
Swedish National Institute of Public Health (SNIPH)
Director Strategic Policy Development, Deputy Director General
bosse.petterson@fhi.se
Interview am 13.01.2006
- Britt-Inger Stoltz
Swedish National Agency of Education
Director of Education, Strategy and Planning Division
britt-inger.stoltz@skolverket.se
Interview am 12.01.2006

7.3. Selbstzuordnung der Interviewpartnerinnen nach Kategorien

Name	im Prozess	Beratung	Beobachtung	Erklärung
Bennett Carolyn	x			
Berensson Karin			x	
Caya Jean-Louis		x		
Falastein Lucy		x	x	Beratung in Verhandlungsangelegenheiten zwischen Bund und Provinzen/Territorien; sonst Beobachterin
Fooks Cathy			x	
Gilbert James	x			
Hogstedt Christer	x			
Jackson Suzanne	x	x		Beratung über "taking stock group" von Minister Bennett; im Prozess über "goals statement working group"
Lundgren Bernt	x			
Östlin Piroska	x			
Pettersson Bosse		x		
Pringle Dorothy			x	
Rehm Jürgen		x		
Stoltz Britt-Inger	x			
Wells Jonathan		x	x	Beratung in Verhandlungsangelegenheiten zwischen Bund und Provinzen/Territorien; sonst Beobachter
Gesamt	7	6	5	

Abb. 2: Selbstzuordnung der Interviewpartnerinnen nach Kategorien

Drei von 15 Interviewpartnerinnen gaben eine Doppelnennung ab, daher gibt es insgesamt 18 Nennungen. Für die drei Doppelnennungen ist eine Erklärung beigefügt.