

Thor Oivind Jensen

## Perspektiven der Prävention in Norwegen<sup>1</sup>

### *Einleitung*

In der Frühjahrssitzung 1992 forderte die norwegische Regierung das Parlament auf, das Gesundheits-Direktorium aufzulösen. Dies markiert den Endpunkt einer interessanten und aufschlußreichen Erfahrung in der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) Norwegens. Diese war ursprünglich aus der radikalen Arbeiterbewegung der 1930er Jahre entstanden und hatte ihre größten Erfolge in den wirtschaftlichen Wachstumsjahren nach dem Krieg. In den 70er Jahren verlor sie an Bedeutung. Zu Beginn der 90er Jahre, die von einer neuen Markt-Ideologie und wirtschaftlichen Krisen geprägt sind, findet die Public Health Bewegung möglicherweise ihr logisches Ende. Der vorliegende Beitrag will die historischen Umstände dieser Entwicklung darstellen, mit dem ausdrücklichen Ziel, die Schwierigkeiten und Potentiale von Prävention und Public Health in einem sozialdemokratischen und kapitalistischen Zusammenhang zu diskutieren.

Bevor ich jedoch näher auf die Details der norwegischen Gesundheitspolitik eingehe, möchte ich einige generelle Anmerkungen machen.

Prävention ist sicher keine Erfindung unserer Zeit. Ganz im Gegenteil. Das Fehlen realistischer Behandlungsmöglichkeiten in früheren Zeiten machte Prävention selbstverständlich. Heilbehandlungen als Hauptstrategie gegen Krankheiten sind eine moderne Erscheinung mit langfristig eher episodischem Charakter, verbunden mit der optimistischen (aber statistisch immer noch falschen) Vorstellung, daß Heilung grundsätzlich möglich sei.

Präventive Maßnahmen basieren auf Vorstellungen über die Ursachen, die zum Entstehen einer Krankheit führen und die Möglichkeiten, diese Ursachen zu beeinflussen. Aber diese Vorstellungen oder dieses Wissen müssen nicht zeitgenössischer oder rationaler/wissenschaftlicher Art sein. Prävention spielt auch bei Bräuchen und Tradition eine wichtige Rolle.

Das kleine Glas Brandy meines Großvaters am Abend, »um das Blut dünner zu machen«, war eine (sehr vernünftige) Prävention, die auf Tradition beruhte. Es gab eine Vorstellung von den Ursachen der Krankheitsentstehung (dickes Blut) und von den positiven Einflüssen

ihrer Vermeidung (Brandy)<sup>2</sup>. Diese alten präventiven Richtlinien waren im Kern Maßnahmen der Hygiene, und die Gestaltung des täglichen Lebens war immer mit Gesundheitsschutz verbunden.

Prävention gründet sich auf den Versuch, eine gesunde Balance zwischen dem Individuum und der Umwelt herzustellen. Dabei gibt es eine wichtige Unterscheidung zweier Strategien: einerseits die Anpassung des individuellen Verhaltens an die Umwelt und andererseits die Anpassung der Verhältnisse an die Individuen. Wie wir sehen werden, hat die Entscheidung für den individualistischen oder den gesellschaftlich/strukturellen Ansatz sehr unterschiedliche politische Auswirkungen.

Nach diesen Anmerkungen möchte ich nun einige Grundgedanken der Ideen und Aktivitäten der Prävention in Norwegen dieses Jahrhunderts diskutieren. Ich behaupte nicht, daß meine Hypothese über die Entwicklung und Einteilung in verschiedene Perioden die einzig mögliche oder sogar die beste sei. Eher soll diese Ausführung ein Versuch sein, durch die Interpretation der nahen Vergangenheit die Umsetzung von Prävention durch die Politik besser zu verstehen.

### *Phasen präventiver Gesundheitspolitik in Norwegen*

#### *Die Tradition*

Lange vor der Jahrhundertwende waren präventive Aspekte in der Gesundheitsarbeit sehr wichtig. Diese bestanden nicht als explizite oder isolierte Strategien, sondern sie waren integrierter Bestandteil der Gesundheitsarbeit. Das war vor der Zeit der genauen Diagnosen und bevor sich eine breite Palette des wissenschaftlichen Verständnisses von Behandlungsstrategien herausgebildet hatte. Die Erfolgsstatistiken der eingesetzten Behandlungsformen waren nicht gerade beeindruckend. Sowohl der geringe Erfolg als auch die (oft unangenehmen) Behandlungen führten dazu, daß bei Ärzten und Patienten die Begeisterung für diese Maßnahmen eher gering war. Präventive Strategien schienen realistisch und vielversprechend.

Die elitäre Ärzteschaft verstand sich als Gesundheitserzieher und Berater gegenüber dem Einzelnen, aber es gab auch eine Tradition des politischen Engagements unter ihnen. Die Zeitschriften und Bücher aus der Zeit der Jahrhundertwende und danach geben einen Einblick in die Breite der betrachteten Einflußfaktoren, die sich hinter den Krankheiten verbargen, d.h. die Ernährung, das Arbeitsleben, die Wohnsituation, bestimmte Gewohnheiten und den eher moralisch bewerteten »Lebensstandard«. (Social Handbok for Norge,

1937) Der Gesundheitszustand der oberen Schichten war natürlich besser als der der unteren Schichten – teilweise aufgrund dieser Einflußfaktoren (Baxter 1976). Der Vorreiter der norwegischen Soziologie, der Priester Eilert Sundt (1817-1875) beschreibt das tägliche Leben der unteren Klassen in einer Weise, die Lebensumstände, Moral und Krankheiten lehrreich miteinander verbindet. Diese alte Tradition war sowohl moralistisch als auch elitär. Die Ärzte repräsentierten eine patriarchalische Elite, die eine moralische Verpflichtung gegenüber der ärmeren Bevölkerung besaß, die darin bestand, sie sowohl zu beraten und zu erziehen als auch die Gesundheitsinteressen der Armen auf die politische Tagesordnung zu setzen (Stang Dahl 1983). Das Schicksal und die Gesundheit der Armen und Kranken lag zu einem großen Teil in ihrer Verantwortung. Aus der elitären Sicht der Ärzte bewies die niedrige gesellschaftliche Position der Armen ihren geringen Wert, ihre niedere Moral und ihre Unfähigkeit, sich selbst aus dieser Lage zu befreien. Daher waren diese Bevölkerungsschichten auf Bildungsmaßnahmen und auf die Leitung durch die Eliten angewiesen. Dieser soziale und patriarchalische Aspekt in der norwegischen Ärzteschaft muß auch in Verbindung mit dem starken deutschen Einfluß auf die ärztliche Ausbildung und auf die Kultur der medizinischen Profession am Ende des 19. Jahrhunderts gesehen werden.

Einige der alten Behandlungsmethoden lassen erkennen in welchem Ausmaß die Einflüsse der Umwelt und der sozialen Faktoren in den Gesundheitsstrategien berücksichtigt wurden. »Psychiatrische Maßnahmen« und Behandlungen von Alkoholismus wurden oft vorgenommen, indem versucht wurde, die sozialen Umstände zu beeinflussen: harte Arbeit, strenge Disziplin in der Organisation des Tagesablaufes, kontrolliertes und diszipliniertes Sozialleben. All dies war verbunden mit den möglicherweise motivierenden Kräften der Arbeiter-Politik oder Religion. Es gibt einige Hinweise darauf, daß die Behandlungsergebnisse dieser Strategien mindestens so gut (wenn nicht sogar besser) waren als die mehr biologisch/naturwissenschaftlich orientierten Behandlungsmethoden späterer Jahrzehnte (Hoyer 1986, Brunn 1983).

### *Politische Wissenschaft und wissenschaftliche Politik*

Die 1920er und 1930er Jahre sind in bezug auf Politik, Wissenschaft und Wirtschaft wichtige Zeitabschnitte in der europäischen und in der norwegischen Geschichte. Aus heutiger Sicht bedarf es einiger

Anstrengungen, die Strukturen und die Kultur zu verstehen, die die verändernden Kräfte in der Gesellschaft begleiteten. Sozialismus, Faschismus und Sozialdemokratie versuchten, mit den aufkommenden wissenschaftlichen Entdeckungen und rasanten Entwicklungen in der Wirtschaft und den Veränderungen des täglichen Lebens Schritt zu halten. In diesen Jahrzehnten gab es dramatische Demonstrationen der guten und der schlechten Seiten dieser Innovationen: schnelles Wachstum und schwere Wirtschaftskrisen; Erfolge und Tragödien durch neue Erfindungen, industrielle Produktion und neue Formen der Kriegsführung. Für die Gesundheitsversorgung hatte die rasante Industrialisierung und Urbanisierung negative Folgen, denn die alten informellen Strukturen der Gesundheitserziehung und der Versorgung von Kranken gingen durch sie teilweise verloren. Die Widersprüchlichkeiten dieser Entwicklungen ebneten den Weg einer neuen und einflußreicheren Rolle der Experten und des Staatsapparates. Große Gefahren und Potentiale bedurften der Leitung durch Professionen und das politische System. Der optimistische Glaube an die Wissenschaft schlug sich in den politischen Debatten nieder (Seip 1989) und wurde zum Leitmotiv für viele Staatsdiener (Dahl Jacobsen 1968). – Die medizinische Forschungen jener Zeit führten zu völlig neuen Erkenntnissen über den Einfluß von Bakterien auf die Gesundheit. Aus dieser Erkenntnis entstanden zwei wichtige Strategien für die Gesundheitsarbeit, die letztlich aber auch Konsequenzen für die Politik hatten:

1. Hygiene: Die Bewahrung des Körpers vor Infektionen durch hygienische Maßnahmen entwickelte sich schnell zu einer überzeugenden Strategie. Das Wissen über Bakterien und wie sie sich verbreiten, hatte einen starken Einfluß auf die Einstellung zur Gesundheit bei den medizinischen Professionen und der Gesellschaft im allgemeinen. Die Vorstellung, dem Körper etwas Schädliches fernzuhalten, war überzeugend, leicht verständlich, vernünftig und moralisch. Die Idee verbreitete sich schnell und konnte für jede Gelegenheit benutzt, aber auch mißbraucht werden. Die Durchführung hygienischer Maßnahmen gründete sich jedoch auf systematische wissenschaftliche Arbeit, die in naturwissenschaftlichen und allgemeinen Veröffentlichungen bekanntgemacht wurden. Das Konzept der sozialen und sexuellen Hygiene stand zunächst in Verbindung mit Krankheiten und Bakterien. Aber es hatte auch eine soziale Bedeutung, nämlich die eines grundsätzlich reinen und guten Lebens und damit der Vorsorge einer Vielzahl von Krankheiten, einschließlich Syphilis, psychische Störungen und Alkoholismus.

Die wichtige und bekannte Arbeit über sexuelle Hygiene von Karl Evang<sup>3</sup> und anderen linken Ärzten beinhaltete Ausführungen über die Prävention von Krankheiten, die Bedeutung von Sexualität für die menschliche Psyche, die Lebensumstände und die Bedeutung der Familienplanung für die Arbeiterklasse mit ihren begrenzten materiellen Ressourcen. Sie enthielt auch Informationen über Sexualität, allgemeine Bildung und moralische Aufklärung für die Arbeiterklasse. Geistige und soziale Hygiene hatte natürlich nichts mit Bakterien zu tun, aber im weiteren Sinn zeigte sie in die Richtung des gesunden Effektes eines »reinen Lebens«. Eugenik, die Hygiene der Rasse, war in diesem Zusammenhang ein logischer Bestandteil dieser Theorie. Um eine Degeneration zu vermeiden, war es wichtig, »Behinderte« von ihrer Fortpflanzung abzuhalten und eine Vermischung der Rassen zu verhindern. Der erste Teil dieser Maßnahmen (die Sterilisation bestimmter Gruppen von Patienten und Kriminellen) wurde mit nahezu voller Übereinstimmung durchgeführt. Der zweite Teil wurde von den Linken mit gemischten Gefühlen vorläufig zur Seite geschoben und auf die Zeit nach der Revolution vertagt. Ihr großes Interesse für die Veränderungen in der Gesellschaft machte den Rassen-Aspekt für sie weniger interessant; außerdem befand man sich wider Willen in einer Allianz mit rechten Politikvorstellungen. Trotzdem sahen sie in der Hygiene-Strategie eine wissenschaftlich Bedeutung. Vor allem brachte es viele Ärzte dazu, sich sowohl für die Erziehung und Information der Öffentlichkeit zu engagieren, als auch sich für politische Veränderungen einzusetzen und ihre Argumente in die öffentliche Diskussion einzubringen.

2. Epidemiologie: Die Entwicklung der Epidemiologie hatte nicht dieselbe durchschlagende Wirkung wie die Hygiene-Strategie, übte aber einen starken Einfluß auf die Gesundheitsforschung aus. Kriterien wie die Erforschung der Ausbreitung von Krankheiten, der Umgang mit den Daten über Verhaltensmuster bei Sozialkontakten und Lebensumständen gewannen an Bedeutung. Die Politisierung der Medizin war mit den Erkenntnissen aus der Epidemiologie eng verbunden. Die Popularität des Themas führte zu einer fruchtbaren Verbindung der Politik- und Sozialwissenschaften mit der (zumeist links stehenden) Medizin (Nordby 1989).

Auch der Einfluß von Vitaminen und verschiedenen Ernährungsbestandteilen wurde erkannt und führte zu der Entwicklung von Ernährungshinweisen. Genaueres Wissen über den Energiebedarf ermöglichte es, einen Mindestbedarf festzulegen, der Krankheiten vorbeugen sollte. Ökonomische Krisen und der niedrige Lebensstandard

großer Bevölkerungsgruppen machte es für Wissenschaftler selbstverständlich, öffentlichen Einrichtungen bei der Festlegung der notwendigen Ernährung für die armen Bevölkerungsschichten behilflich zu sein. Auf einem allgemeineren Niveau boten die Statistiken über das Aufwachsen der Kinder und ihre Ernährung die Grundlagen für das Schulfrühstück, das sich aus den (vor Krankheiten) »schützenden Lebensmitteln« zusammensetzte (Vollmilch, Vollkornbrot, Lebertran).

### *Neue politische Entwicklungen*

In den ideologischen Vorstellungen der neuen politischen Kräfte der 20er und 30er Jahre gewann die Wissenschaft an Bedeutung. Innerhalb der neuen Rechten, den Faschisten, gab es eine Reihe von Wissenschaftlern und Experten. Sie propagierten die Vormachtstellung der Starken und Geschickten und machten strukturelle Vorschläge, die eine leitende Stellung der Experten in der Gesellschaft vorsahen<sup>4</sup>. Ihre Vision einer korporatistischen Gesellschaft beinhaltet, daß Experten entschieden, wie das Leben (zumindest eines Teils) der Bevölkerung gestaltet werden solle. Sie entwickelten Argumente, die beweisen sollten, daß selbst wenn einige Mitglieder der Gesellschaft (die Arbeiter-Klasse) vom Reichtum ausgeschlossen blieben, dies immer noch der (Pareto-) optimale Wohlstandszustand für die Gesellschaft als Gesamtorganismus sei. Viele Intellektuelle fühlten sich von dieser elitären/rationalen Denkweise angezogen und einige von ihnen schlossen sich Mussolini an (Hughes 1958).

In der Linken stand die Wissenschaft sogar noch mehr im Vordergrund. Vorangetrieben durch den Erfolg in der Sowjetunion, gab es eine Tendenz zu Argumenten die eine »wissenschaftliche Politikgestaltung« und sogar eine wissenschaftlich fundierte Konstruktion der Gesellschaft und des »sozialistischen Menschen« unterstützten. Die Erkenntnisse über den Einfluß der Lebensverhältnisse auf die Entwicklung der Menschen bekräftigte die wissenschaftliche Vorhersage einer glorreichen Zukunft für Mensch und Gesellschaft. Durch radikale Veränderungen glaubte man, die (arbeitenden) Massen in allen Bereichen zu völlig neuen Standards ihrer Leistungen führen zu können, einschließlich Gesundheit, Erziehung, Produktivität, Kunst, Kultur und Moral.

Auch in der Mitte des politischen Spektrums, bei den Sozialdemokraten, hatte man eine ideologischen Verbindungen zwischen

Wissenschaft und Politik hergestellt – wenn auch in abgeschwächter Form. Die Sozialdemokraten griffen viele Argumente der extremen Linken auf. Da aber ihr Ziel nicht Revolution sondern Reform war, entwickelten sie schon bald ein Interesse für operationalisierbare wissenschaftliche Möglichkeiten einer Gesellschaftsorganisation und -leitung, die nach und nach Wohlstand und Produktivität für alle auf ein höheres Niveau heben sollte. Angesichts ihrer großen Auswirkungen sind vielleicht die Entwicklung und die Durchführung einer staatlichen Wirtschaftsführung (Keynes) und die öffentliche präventive Gesundheitspolitik die beiden großen Kennzeichen der Sozialdemokratie. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, daß die norwegischen Ökonomen der späten 30er Jahre eine führende Rolle bei der praktischen Umsetzung der keynesianischen Theorie spielten, was sich unter anderem in der Verleihung zweier Nobel-Preise für Ökonomie widerspiegelte.

Die politische Diskussion der 30er Jahre in Norwegen wurde demnach von Wissenschaftlern bestimmt, die das starke Bedürfnis hatten, ihre Vorschläge in die Praxis einzubringen und die gleichzeitig auf eine Öffentlichkeit und Politik trafen, die diese Informationen interessiert aufnahmen. Wichtige politische Debatten jener Zeit waren Auseinandersetzungen der Forscher in Zeitungen und wissenschaftlichen Zeitschriften über die »richtige Politik« in verschiedenen Bereichen (Seip 1989). Zwei zentrale Themen, die auch den Gesundheitsbereich betrafen, wurden in der politischen Auseinandersetzung wissenschaftlich bearbeitet. Das erste dieser Themen behandelte die Ernährung und die Lebensverhältnisse und deren Einfluß auf die Gesundheit. Das zweite Thema betraf die Wirtschaft und den Zusammenhang zwischen Staatsökonomie und Konjunkturverlauf und ihren Auswirkungen für die Bevölkerung. Es ist mehr als ein interessantes Detail, daß sich John Maynard Keynes (durch einen Brief) an dieser Debatte des norwegischen Parlaments beteiligte.

### *Der »Neue Tag«*

Die sozialdemokratische Politik, insbesondere die Gesundheitspolitik, kann zu einem großen Teil auf die Initiative einer kleinen elitären Gruppe der extremen Linken zurückgeführt werden.

In den 30er Jahren schlossen sich linke Aktivisten zu einer Gruppe zusammen, deren Name mit »Neuer Tag« übersetzt werden kann<sup>5</sup>. Fast ausschließlich aus Akademikern bestehend, folgten sie der militanten Richtung des »wissenschaftlichen Sozialismus« und verbanden

ihre feste politische Überzeugung mit harter wissenschaftlicher und organisatorischer Arbeit. Die innere Stärke und Disziplin dieser Vereinigung und ihre relativ geringe Größe erklärt ihre große Effektivität bei der Erreichung ihrer Ziele. Ihr Vertrauen in die Wissenschaft wurde in vielen Bereichen deutlich: politische Fragen sollten von der Wissenschaft beantwortet und wissenschaftliches Vorgehen von der Politik geleitet werden<sup>6</sup>.

Die Gruppe hatte starken Einfluß auf die politischen Auseinandersetzungen in der damaligen Zeit. Nach dem Krieg wurden viele ihrer Mitglieder führende Politiker oder nahmen leitende öffentliche Positionen ein. Die Wirkung dieser Gruppe war so groß, daß sich bis heute eine Aura respektvollen Mystizismus um sie erhalten hat. Ihre wahrscheinlich einflußreichste Person war der spätere »Director of Health« und die Schlüsselfigur des modernen norwegischen Gesundheitssystems: Karl Evang. Als Arzt fiel es in seinen Aufgabebereich, eine Gruppe mit dem Namen »Verband sozialistischer Ärzte« zu leiten. Ihr Anliegen war es, Medizinstudenten und Ärzte für ihre Ziele zu gewinnen und eine sozialistische Gesundheitspolitik zu entwickeln. Daneben gab es ähnliche Organisationen (z. B. für Architekten), die alle darauf ausgerichtet waren, neue Mitglieder aus den einflußreichen Gesellschaftsschichten zu werben und sozialistisch-wissenschaftliche Politikprogramme zu entwerfen.

Die »Sozialistischen Ärzte« verstanden unter Prävention die Verbesserung der Lebensumstände der Bevölkerung, speziell der Arbeiterklasse, und damit eine substantielle Verbesserung der Gesundheit. Sie waren sowohl von der russischen Revolution beeinflusst als auch von der generellen marxistischen Überzeugung, daß Bewußtsein durch die Lebensumstände geprägt und eine (kollektive) Gestaltung dieser Lebensumstände durch die Menschen – als politisch Handelnde – zu erreichen sei. Sie leiteten ein großes Forschungsprogramm, dessen Ziel es war, die Ernährungssituation der unteren Schichten zu dokumentieren. Auf dieser Grundlage forderten sie mehr und bessere Ernährung (»schützende Lebensmittel«), allgemein bessere Lebensbedingungen und Bildungsmaßnahmen in bezug auf Gesundheit und Hygiene (Evang, Galtung, Hansen, 1937).

Die Gesundheitsprobleme der unteren Schichten, einschließlich der gefürchteten Tuberkulose, schienen mit Hilfe von präventiven Maßnahmen lösbar, wobei diese hauptsächlich gesellschaftliche Veränderungen vorsahen. Auch wenn sich die »sozialistischen Ärzte« für Bildungs- und Motivationskampagnen innerhalb der Arbeitergewerkschaften einsetzten, war es letztlich ihr Ziel, die

Gesellschaft insgesamt zu verändern und einen besseren Lebensstandard für die Arbeiterklasse zu erreichen. Ein guter Gesundheitszustand war für sie abhängig von der Ernährung, der Wohnsituation, den hygienischen Bedingungen, dem Bildungsstand und der wirtschaftlichen Lage einer Familie. Diese Probleme konnten nicht auf individueller Basis, sondern mußten gesamtgesellschaftlich gelöst werden. Auch die Beschäftigungssituation wurde als sehr wichtig erachtet, denn Arbeitslosigkeit verringerte nicht nur das Einkommen, das für Ernährung und Wohnen zur Verfügung stand, sondern hatte zusätzlich psychische Auswirkungen. Ihre Vorschläge für die Erreichung eines besseren Gesundheitszustandes, die die Forderung nach mehr Nahrungsmittelproduktion, Abbau der Arbeitslosigkeit und größeren Einfluß der Ärzte miteinschloß, stießen daher auf breite Unterstützung.

Ihre Forderungen und Vorschläge fügten sich zu einem überzeugenden und wissenschaftlich schlüssigen Programmpaket zusammen. Die »schützenden Lebensmittel«, die so dringend gebraucht wurden, waren die gleichen, die die norwegische Landwirtschaft vergeblich zu verkaufen versuchte und die daher im Überfluß vorhanden waren. In ihrem Modell der Prävention verbanden sich keynesianische makroökonomische Planung mit den allgemeinen Grundzügen eines modernen Wohlfahrtsstaates.

Zwei der wichtigsten Ökonomen in der sich entwickelnden keynesianischen Wirtschaftswissenschaft Norwegens, Frisch und Getz Wold, entwarfen Modelle für eine sinnvolle Verknüpfung von Ernährung und Produktivität. (Sandmo 1991, Getz Wold 1937, 1941, Frisch 1941). Bei der Planung und Organisation der Ernährungspolitik war Getz Wold ein enger Mitarbeiter Evangs, jedoch war er selbst kein Mitglied der »Neuen Tag«-Bewegung (Jensen 1991).

In der Auseinandersetzung um ein erfolgreiches Konzept für die Gesundheitsförderung und -erhaltung der Bevölkerung konnten sich die sozialistischen Ärzte letztendlich mit ihrem Programm durchsetzen.

Die Vertreter der konservativen Ärzteschaft propagierten Einschränkungen und Minimalstandards für das Essen, um das Ernährungsproblem zu lösen. Sie hatten sich mit der Regierung verbündet, die Geld sparen und die Armen unter Kontrolle halten wollte. Sie planten, Arbeitlosen geringere Rationen zuzuteilen, weil diese weniger Kalorien bräuchten als aktiv arbeitende Personen. Die sozialistischen Ärzte hingegen setzten sich für mehr Nahrungsproduktion und Versorgung mit ausreichenden Nahrungsmitteln für alle ein.

Außerdem erklärten sie die Ernährungsgewohnheiten der oberen Schichten, die einen besseren Gesundheitszustand und eine längere Lebenserwartung aufwiesen, zum allgemeinen Maßstab. Diese Debatte erregte viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit. Eine der Konferenzen dauerte mehrere Tage, während derer die Journalisten auf das Ergebnis warteten.

Parallel dazu entwickelten die sozialistischen Ärzte in den späten 30er Jahren einen Entwurf zur Umstrukturierung des Gesundheitssystems. Der Gesundheitspolitik sollte ein umfassender präventiver Ansatz zugrunde liegen und stärkere öffentliche Verantwortung zukommen. Die Unabhängigkeit und der Einfluß der Ärzte sollte gestärkt werden. Der Entwurf sah auch eine stärkere Rolle des Gesundheits-Direktoriums vor: es sollte sowohl politische als auch verwaltende Funktionen übernehmen: eine Schaltstelle mit doppelter Macht. Diese Vorstellungen wurden auch von der (traditionell konservativen) Ärztevereinigung unterstützt. Diese Allianz überrascht vielleicht, aber sie gründete sich auf das gemeinsame Ziel eines größeren Einflusses der Ärzte in der Politik und einer Reihe sicherer Arbeitsplätze innerhalb des neuen Systems.

Evang und die Mitglieder des »Neuen Tag« schlossen sich bald darauf den Sozialdemokraten an und entwickelten mehr reformorientierte Vorschläge<sup>7</sup>. Kurz vor Ausbruch des Krieges griff auch die Sozialdemokratische Partei ihre Vorschläge für eine auf öffentliche Unterstützung der Landwirtschaft basierende Ernährungspolitik und für ein gesichertes Mindesteinkommen auf. Auch die wichtigsten Teile des geplanten neuen Gesundheitssystems wurden in das Parteiprogramm aufgenommen, und Evang wurde noch vor dem Krieg zum »Director of Health« ernannt.

Während des Krieges entstanden genauere Vorstellungen über die Umgestaltung des Gesundheitssystems. Evang griff Ideen aus der amerikanischen und britischen Public Health Tradition auf. Er entwickelte auch genauere Pläne für das neue und mächtige Direktorium.

### *Der Durchbruch*

Nach dem Krieg wurden die Vorschläge zur Umstrukturierung des Gesundheitssystems verwirklicht. Karl Evang, der »Director of Health«, war nun sowohl Leiter der Verwaltung als auch der politische Leiter des »Ministry departments«. Er sammelte seine Verbündeten um sich und sandte einige von ihnen an amerikanische Universitäten (Johns Hopkins University), um dort Public Health zu studieren.

Die Umstrukturierung des Gesundheitssystems nahm ihren Lauf. Die Schwerpunkten lagen auf Gesundheitskontrolle, »community health« und Gesundheitsförderung und -betreuung in den Schulen und am Arbeitsplatz. Verschiedene Screening-Programme und Erziehungskampagnen wurden durchgeführt. In den Jahren nach 1945 wurde im Zuge der allgemeinen wirtschaftlichen Wachstumsphase und der Herausbildung des Wohlfahrtsstaates auch für bessere Nahrungsmittelversorgung, bessere Lebensbedingungen und Bildung sowie für eine gesicherte Prävention gesorgt.

Verglichen mit dem, was zu dieser Zeit über gesellschaftliche Entstehungsmuster von Krankheiten bekannt war, schien die Umsetzung dieses Gesundheitskonzepts ein Erfolg zu sein: Hygienische Verbesserungen und Erziehung auf individueller Basis, wirtschaftliches Wachstum und Vollbeschäftigung der Arbeiterklasse, öffentliche Unterstützung für Sozialwohnungen, gesicherte (ausreichende) Versorgung mit »schützenden Lebensmitteln« und ein Gesundheitssystem, das mit den einflußreichen Stellen der Gesellschaft verbunden war. Sowohl das Public Health System selbst als auch die Integration von Gesundheit und Sozialfürsorge in die zentralen Strukturen der Politik vermittelten den Eindruck einer präventiv ausgerichteten und gut geplanten Gesundheitspolitik. Auch wenn meine Darstellung selektiv ist und etwas heroisch klingen mag, ist es wichtig, die präventive Grundlinie in der Gesundheitspolitik, ihre Eingebundenheit in andere Politikbereiche und ihren Erfolg zu erkennen. Dazu gehört auch, daß Karl Evang entscheidend an dem Prozeß mitwirkte, der zur Gründung der WHO und der FAO führte, einer Organisation der UNO mit dem Ziel, »die Landwirtschaft zu unterstützen und Public Health voranzutreiben«. Seine Mitarbeit bei der Erstellung eines internationalen Regulierungssystems für Betäubungs- und Arzneimittel sollte auch erwähnt werden. Schließlich entwarf Evang ein Konzept, das zu der Gründung eines Nationalen Ernährungsrates führte. In diesem Ernährungsrat waren sowohl Ernährungsexperten als auch Repräsentanten aller großen Nahrungsmittelhersteller vertreten. Die ideologische Ausrichtung war nun vollends sozialdemokratisch geworden. Man versuchte die ökonomischen Interessen der Produzenten mit den allgemeinen Zielen des Wohlfahrtsstaates in Einklang zu bringen.

*Institutionalisierung und Scheitern*

In den 60er Jahren veränderte sich die Ausrichtung des Public Health Systems. Die Gesundheitssituation der norwegischen Bevölkerung hatte sich gebessert. Einflüsse und Umstände, die die Gesundheit in den 30er Jahren bedroht hatten, waren beseitigt worden. Allgemeine Verbesserung der hygienischen Bedingungen, der Wohnsituation, der Ernährung, der Schutzimpfungen und der Lebensumstände hatten stattgefunden. Auch Arbeitsunfälle und -krankheiten wurden jetzt stärker beachtet. Die alten Probleme schienen gelöst, aber der Präventionsaspekt war überschattet vom technischen Fortschritt und dessen Errungenschaften in den Behandlungsmethoden, vor allem in den Krankenhäusern.

Trotzdem hatten schon Ende der 50er Jahre die Todesursachenstatistiken und andere Untersuchungen gezeigt, daß sich eine Zunahme neuerer prävenierbarer Krankheiten abzeichnete: Herzerkrankungen, die mit Ernährungsfaktoren, besonders mit Fetten und darunter besonders mit tierischen Fetten in Verbindung standen. Weder das etablierte Gesundheitssystem noch seine Hauptfiguren wie Karl Evang oder seine Mitarbeiter zeigten besonderes Interesse für dieses Problem – im Gegenteil. Unsere Daten (Lien 1990) legen nahe, daß diese Fakten vernachlässigt und sogar abgestritten wurden. Sie paßten nicht in die harmonische und erfolgreiche Kooperation, die sich entwickelt hatte, und außerdem wurden diese Erkenntnisse von Personen präsentiert, die von Evangs politischer Orientierung weit entfernt waren. Ablehnung und Vernachlässigung durch die mächtigen Gesundheitsinstitutionen waren gepaart mit den Profitinteressen der Landwirtschaft. Dieser Industriezweig nimmt in der norwegischen Politik eine besonders einflußreiche Rolle ein (Jensen & Kjærnes 1986, Dahl Jacobsen 1968). Die Mortalität durch Herzerkrankungen in Norwegen stieg daher weiterhin gemeinsam mit dem hohen Fettverbrauch. Verglichen mit anderen Ländern war die Zunahme dieser Krankheiten im Norwegen der 60er Jahre eine der höchsten und pendelte sich schließlich auf einem Niveau ein, bei dem die Hälfte aller Sterbefälle zu Lasten kardiovaskulärer Erkrankungen ging. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer sank und blieb am Ende drei Jahre hinter der Lebenserwartung der rauchenden, gestreßten und von Umweltverschmutzungen umgebenen Japanern zurück (Uemura/Pisa). Die Auseinandersetzung darüber, dieses Problem auf die politische Tagesordnung zu setzen und die Ernährungspolitik auf die Prävention dieser Sterbefälle umzustellen, ist bis

heute noch nicht abgeschlossen. Auch wenn es Ende der 80er Jahre einige Veränderungen gegeben hat, konnten man sich bisher nicht gegen die wirtschaftlichen Interessen der Agrarindustrie durchsetzen (Jensen, Kjærnes 1986, Lien 1990).

Die Entwicklung des Gesundheitssystems verlief in eine völlig andere Richtung, als man es nach der Konzeption von Evang und der dahinterstehenden Akzeptanz und Durchsetzungskraft erwartet hätte. Das Gesundheitssystem in Norwegen, wie auch in vielen anderen Ländern, verwandelte sich schon bald in eine gewaltiges und teures Behandlungssystem, das die Prävention von Krankheiten vernachlässigte. Die in Großstädten konzentrierten Spezialkrankenhäuser sind dafür ein anschauliches Beispiel. Die Macht der Ärzte war im ursprünglichen Konzept fast völlig uneingeschränkt gewesen, selbst die Interessen der Patienten wurden von den Ärzten definiert. Diese Struktur öffnete den Weg für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems parallel zu den Entwicklungen innerhalb der Medizin und führte zu immer spezialisierteren Behandlungsformen (Ole Berg 1982). Diese Entwicklung bedeutete auch eine Entpolitisierung des Gesundheitsthemas und die Verminderung von Konflikten im Gesundheitssystem. Die uneingeschränkte Macht der Ärzte wurde auch durch den starken Einfluß des Gesundheitsdirektoriums symbolisiert. Schließlich führten aber der rasante Kostenanstieg und andere Probleme zu steigendem Mißtrauen auf Seiten der Politiker. Seit den 70er Jahren gab es daher verschiedene Reformversuche, mit denen die Macht des Direktoriums eingeschränkt werden sollte. Die einzigartige Konstellation dieser Institution – Experten-Direktorium und gleichzeitig Ministerium – wurde mittlerweile aufgelöst.

Die alten Erfolge in der Prävention und die starke Machtposition des Gesundheitssystems haben dazu geführt, daß das Gesundheitssystem ernsthafte prävenierbare Krankheiten vernachlässigt und sich damit weit von seiner ursprünglichen Ausrichtung entfernt hat. Das gegenwärtige Gesundheitssystem schenkt der Prävention und der uneingeschränkten Macht der Ärzte wenig Beachtung, was dazu geführt hat, daß sich die politischen Kräfte jetzt für die Auflösung dieser Macht und Struktur einsetzen. Die Gesundheitsgrundsätze, die in der allgemeinen Politikgestaltung integriert waren, haben sich weitgehend aufgelöst und dort, wo sie noch zu finden sind, werden sie eher von Personen oder Gruppen eingesetzt, die ihren eigenen Vorteil daraus ziehen wollen. So setzen z.B. die Vertreter der Agrarindustrie hauptsächlich ihre eigenen Interessen in der Ernährungspolitik durch.

### *Endpunkt Moralisierung?*

Obwohl die Prävention alter Prägung mehr oder weniger vergessen ist, gibt es mindestens zwei erwähnenswerte neue Konzepte. Keines von ihnen konnte sich in der allgemeinen Politikgestaltung durchsetzen. Trotzdem möchte ich die ihnen zugrundelegenden Annahmen hier diskutieren.

Zunächst der individualistische Ansatz: Die Beobachtungen der Zusammenhänge von Lebensstil und Krankheit führten zu Forschungen und Überlegungen über die Beeinflussung des individuellen Verhaltens. Auch wenn dies ursprünglich ein Teil des Evangschen Präventions-Konzepts war, hat sich daraus mittlerweile eine eigenständige Theorie entwickelt. Die Hauptursache der Krankheitsentstehung wird dabei nicht in der Umwelt gesehen, wie es bei der durch Epidemiologie und Hygiene geprägten Prävention der Fall war. Die Ursachen liegen nach dieser Theorie im Verhalten der Individuen. Diese Vorstellung gründet sich auf eine wissenschaftliche Haltung, die von der Psychologie, Sozialpsychologie sowie der internationalen Public Health Tradition beeinflusst ist. Zumindest ansatzweise werden jedoch auch Einflüsse miteinbezogen, die über das Individuum hinausweisen (z.B. Gruppennormen). Angesichts der großen Überzeugungskraft von Prävention als wichtiger Strategie sowohl in armen als auch in reichen Ländern hat diese Vorstellung an Popularität gewonnen. Inzwischen hat sich diese Vorstellung in das eingehendere Konzept der »Gesundheitsförderung« gewandelt, deren Ziel es ist, Gesundheit zu fördern anstatt Krankheiten zu verhindern. Das Konzept vermittelt zwar Sachkenntnis für verschiedene Kampagnen, aber verglichen mit der Evangschen Tradition konnte es sich weder in der Politik noch im Gesundheitssystem durchsetzen. Es werden Modelle entwickelt, die die Patienten-Mitarbeit (Compliance) bei Hinweisen für die Lebensstilgestaltung oder Erziehungsmaßnahmen für die Allgemeinheit oder für »Risikogruppen« betreffen. In diesem individuellen Ansatz wird also die Verhaltensänderung des Einzelnen in einer unveränderten Umgebung angestrebt.

Das zweite Konzept wurde in der Sozialarbeit entwickelt, jedoch konnte sich hier der präventive Aspekt noch weniger durchsetzen. Die vernünftige Einsicht, daß Prävention von sozialen Problemen sinnvoller ist als die Betreuung bereits eingetretener Schwierigkeiten, führte bei den Sozialarbeitern zu großem Interesse an präventiven Ansätzen. Auch wenn Sozialarbeit hier nicht das Thema ist,

sollte dieser Ansatz kurz ausgeführt werden, denn er unterscheidet sich wesentlich von dem individualistischen Ansatz. Hier wird die Lösung nicht in der Beeinflussung des individuellen Verhaltens und nur selten in der Gruppenarbeit gesehen. Vielmehr wird der Einfluß der Struktur der jeweiligen Gesellschaft und der übergeordneten Zusammenhänge auf die Entstehung von sozialen Problemen betont, sowie die (moralische) Verantwortung der Sozialarbeiter, diese Strukturen zu ändern. Auch dieser Ansatz hat sich nicht zu irgend-einer signifikanten Bewegung in der Gesellschaft entwickeln können.

### *Eine neue Morgenröte ?*

Prävention als rationale Strategie im Kampf gegen Krankheit und Tod ist eine überzeugende Sache. Über die Ursachen der Entstehung und die Möglichkeiten der Beeinflussung aller wichtigen Krankheitsgruppen ist heute viel bekannt, z.B.: Herzerkrankungen (Ernährung, Rauchen, Streß), Krebs (Umwelt, Ernährung) und muskuloskeletale Beeinträchtigungen (Arbeit und Bewegung). Parallel zu der Erkenntnis, daß die Behandlungen und das krankenhauszentrierte Gesundheitssystem zu teuer und nicht rational organisiert sind, haben die oben genannten Zusammenhänge in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Dies könnte möglicherweise zu einer Wiederbelebung präventiver Strategien führen. Und tatsächlich gibt es einen Regierungsbericht zu diesem Thema (NOU 1991:10). Allerdings wird in diesem Bericht zwar die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen bestätigt, jedoch folgen keine konkreten Vorschläge für deren Umsetzung. Im Gegenteil: Umsetzungsvorschläge sind eher ungenau beschrieben, z.B. als lokale Verantwortung, die sozialen Strukturen zu verändern. Die Beeinflussung der eigentlichen Ursachen, die bei der Entstehung von Gesundheitsschäden eine Rolle spielen, wie Arbeitslosigkeit, Ernährung und Umweltverschmutzung, werden in dem Bericht nicht berücksichtigt.

Trotzdem spielen solche Berichte eine wichtige Rolle: sie können bei Debatten eingesetzt werden, um politischen Druck zu erzeugen. Jedoch gibt es derzeit keine bedeutenden Akteure in der norwegischen Regierung oder andere politische Gruppen, die diesen Druck ausüben könnten. Die Arbeitslosigkeit ist heute wieder so hoch wie in den dramatischen 30er Jahren und sie hat nach wie vor Auswirkungen auf die Gesundheit, besonders wenn man die Kürzungen der Sozialausgaben betrachtet. Jedoch scheint es heute unvorstellbar, daß ein Politiker irgendwelche Vorschläge macht, die mit denen von

1930 verglichen werden könnten: Nämlich jenem Konzept, das eine Verbindung zwischen Fischerei, Gemüseproduzenten und anderen wichtigen Nahrungsmittelherstellern und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung herstellte und andere relevante Einflüsse regulierte (wie Arbeitslosigkeit, Gesundheitsdienste, Wohnsituation, die wirtschaftliche Lage und die soziale Situation von Kindern und Familien) und alles in einen Generalplan zusammenbrachte, der Prävention und keynesianische Makroökonomie in einer Weise verband, die das Land auf »gesunde« Weise aus der Krise führte<sup>8</sup>.

### *Gründe des Scheiterns*

Es gibt mindestens drei Möglichkeiten, die Einzigartigkeit der Situation der 30er Jahre zu erklären. Die einfachste Erklärung stützt sich auf die Annahme der »Lernunfähigkeit« (Crozier 1964). Dabei wird angenommen, daß sich bürokratische Organisationen nicht verändern können. Diese Vorstellung kann leicht auf politische Teilbereiche oder Institutionen übertragen werden. Bezogen auf unser Beispiel scheint diese Erklärung zunächst zuzutreffen. Nachdem das Konzept der Prävention aufgrund bestimmter Krankheiten entwickelt worden war, verfestigte es sich, ohne daß Änderungen möglich schienen. Als sich die Umstände änderten, verlor das Konzept immer mehr an Überzeugungskraft und es kam zu Widersprüchlichkeiten.

Diese Argumentation erklärt aber nur einen Teil der Geschehnisse und sollte daher mit anderen Erklärungen verglichen werden. Politische Machtkonstellationen können sich ändern und besonders Gesundheitsprobleme können sich in einer Weise wandeln, die neue Politikansätze notwendig machen. Die Prävention zwischen 1930 und 1950 wurde durch die Verbindung mit den Interessen der mächtigen Landwirtschaft möglich, weil zur gleichen Zeit eine Überproduktion an »schützenden Lebensmitteln« bestand. Während der Wiederaufbauphase nach dem Krieg konnte daher der Kampf gegen Gesundheitsbeeinträchtigungen, hervorgerufen durch wirtschaftliche Krisen, Arbeitslosigkeit und schlechte Wohnbedingungen, mit dem allgemeinen Trend einer keynesianisch orientierten Wirtschaft und dem Vertrauen in Expertenwissen verbunden werden. Als sich jedoch Präventionsvorschläge gegen die Interessen der Landwirtschaft richteten und wirtschaftliche Wachstumsmuster in Frage gestellt wurden, waren sie auf der Stelle nicht mehr durchsetzbar.

Die dritte Erklärung betont die Einzigartigkeit der Situation in den

30er Jahren: Die allgemeine Umbruchsituation führte dazu, daß vieles anders verlief als normalerweise üblich. Als Beispiel seien die politischen Ambitionen der Ärzte genannt. Unter normalen Umständen kann nicht erwartet werden, daß traditionell konservative Ärzte, die den oberen Schichten angehören, bei einem präventiven Public Health System mitwirken, das eine Veränderung der Gesellschaft anstrebt. Genauso unwahrscheinlich ist, daß die Planung durch Experten während des Krieges und die Einbindung allgemeiner Gesundheitsgrundsätze in die Politik nach dem Krieg noch einmal wiederholt werden. Es scheint eine einmalige Situation gewesen zu sein.

### *Dilemmata präventiver Strategien*

Der vorhin beschriebene individuelle Präventionsansatz ist leicht zu kritisieren, und es ist wichtig dies zu tun. Er weist erhebliche Widersprüche und Mängel auf, wenn er nicht Teil einer umfangreicheren Strategie ist, die auch andere Aspekte miteinbezieht. Dabei handelt es sich insbesondere um drei Problembereiche: 1. das Problem, daß präventive Maßnahmen von anderen Faktoren konterkariert werden; 2. das Problem der unterschiedlichen Alltags-Struktur in verschiedenen Bevölkerungsschichten und 3. das Problem der sozialen Ungleichheit.

Zu 1.: Informations- und Motivationskampagnen können leicht von anderen Faktoren, z.B. Werbekampagnen, außer Kraft gesetzt werden. So können z.B. Kampagnen über gesündere Ernährungsweisen von Angeboten und Anzeigen überlagert werden, die einen Informationsdruck auf das Individuum ausüben, der den der »Gesundheitsinformation« um das 10- bis 100fache übersteigt. Oder es werden neue Produkte kreiert, die mit der werbewirksamen Bezeichnung »gesund« vermarktet werden. So wurde z.B. vor einigen Jahren, als der allgemeine Trend in der Bevölkerung dahin ging, weniger Milchfette zu sich zu nehmen, eine Margarine auf den Markt gebracht, die zu 80 % aus Butter bestand<sup>9</sup>.

Zu 2.: Das Problem der Alltags-Struktur betrifft die Schwierigkeit, Informationen und Erkenntnisse über eine gesündere Lebensweise in neue Verhaltensweisen umzuwandeln, wenn diese dem normalen Tagesablauf entgegen stehen. So wird z.B. ein Industriearbeiter mit wechselnden Tag- und Nachtschichten wohl kaum gute Schlafgewohnheiten annehmen können; ein Arbeitsloser, der vergeblich für seine Familie und sein Haus kämpft, wird sich schwerlich

entspannen können; es wird auch keine Routine im täglichen Leben eines Fischers geben, und es ist eher unwahrscheinlich, daß berufstätige Eltern kleiner Kinder das Rauchen aufgeben oder regelmäßig joggen. Gerade die Gruppe berufstätiger Eltern werden beim individuellen Präventionsansatz als besonders problematische, weil bewegungsarme Gruppe angesehen. Es ist oft schwierig zu entscheiden, wann verändertes Verhalten hergestellt werden kann und wann präventive Aktionen nur ein schlechtes Gewissen hervorrufen.

Zu 3.: Im Kern geht es bei den beiden angesprochenen Punkten bereits um das eigentliche Problem: die soziale Ungleichheit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Damit ist gemeint, daß einige über die Ressourcen verfügen und in der Lage sind, ihre täglichen Gewohnheiten auf der Grundlage aktiv ausgewählter Informationen ändern zu können, während andere diese Möglichkeiten nicht haben. Faktoren und Umstände wie die Erziehung, die wirtschaftliche Situation, ein Lebensstil, der Auswahlmöglichkeiten bietet und die kulturelle Prägung der oberen Schichten, die daran gewöhnt sind, ihren Lebensverlauf selbst zu bestimmen – sind Hindernisse für die unteren Schichten bei ihrem Versuch, ihre Gesundheit zu erhalten oder Krankheiten vorzubeugen. Als Beispiel sei hier erwähnt, daß die oberen sozialen Schichten eher dazu neigen, Milchsorten mit weniger Fettanteil zu konsumieren, während die unteren sozialen Schichten, die schlechter informiert und stärker belastet sind, eher zu Milchsorten mit hohem Fettanteil (und großem Werbeetat) neigen (Kjærnes & Jensen 1986). Sowohl die sozialen Ungleichheiten in der Prävention (Aaro 1986) als auch die daraus und aus anderen Faktoren entstandene ungleiche Verteilung von Krankheit in der Gesellschaft (Blaxter 1976) sind bereits ausführlich dokumentiert worden. Eine beschämende aber fundierte Hypothese, die von britischen Gesundheitsforschern vertreten wird, besagt, daß der moderne Wohlfahrtsstaat diese Ungleichheiten noch verstärkt habe (Townsend/Davidson 1982, Blaxter 1976, Brotherson 1976, Hart 1972). Ein wichtiger Mechanismus hierbei scheint zu sein, daß die oberen Schichten in der Lage sind, das Gesundheitssystem angemessen und präventiv in Anspruch zu nehmen, während die anderen oft zu lange warten und weniger Möglichkeiten haben, um Gesundheitsrisiken in ihrem täglichen Leben einzuschränken (Blaxter 1976, Jacobsen, Jensen, Aarseth 1982). Die verschiedenen Hemmschwellen in der Organisation des Gesundheitssystems machen es für die unteren Schichten sehr schwierig, es für präventive Maßnahmen zu nutzen (Jensen 1984).

Die Hauptkritik am individuellen Präventionsansatz lautet daher wie folgt: der Gesundheitszustand der oberen sozialen Schichten kann zwar verbessert werden, bei den unteren sozialen Schichten jedoch kann dieser Ansatz zu weniger Selbstachtung und einem schlechten Gewissen führen. Ich habe keine Beweise dafür, daß dieser Effekt gewollt ist; sicher ist eher das Gegenteil der Fall, und die Sorge um die gesamte Gesellschaft war das eigentliche Ziel. Die unschönen Auswirkungen mögen teilweise das Ergebnis einer als »klassenlos« verstandene Strategie gewesen sein: dem Bestreben, wissenschaftliche Ratschläge und Informationen der »gesamten Bevölkerung« zugänglich zu machen. Aber leider erzeugen diese Strategien genau das Gegenteil und führen zu einer Verschärfung der sozialen Ungleichheiten (Dahl Jacobsen 1968). An dieser Stelle möchte ich noch einmal daran erinnern, daß im Gegensatz dazu selbst die elitärsten Informationen und Hinweise von Evang und den sozialistischen Ärzten auf der Klassentheorie basierten, eingebettet in die Arbeiterkultur und verbunden mit großen Reformprogrammen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft.

Auch von einem moderaten Allgemeinstandpunkt aus betrachtet erscheint es daher sinnvoll, für die Einschränkung der offensichtlichen Risikofaktoren im täglichen Leben der »gefährdeten« Schichten einzutreten. Das heißt, Faktoren wie Umweltverschmutzung und Arbeitslosigkeit genauso zu beeinflussen wie Subventionen und Marktmechanismen in Bezug auf Lebensmittel, die einer gesunden Ernährungsweise entgegenstehen. Das gegenwärtige Gesundheitssystem hat sich dieser Themen jedoch bisher nicht angenommen. Es ist zu einer großen regierungstreuen und passiven Institution in der Gesellschaft geworden, die versucht, Probleme zu lösen, die ihren Ursprung in anderen Sektoren der Gesellschaft haben, anstatt diesen Sektoren eigene Gesundheitsmaßstäbe aufzulegen (Dahl Jacobsen 1965, 1972).

Anscheinend gibt es eine natürliche Tendenz zu eher passiven und unprovokierenden Ausführungen von Informationskampagnen und mehr oder weniger moralistischen Bildungsmaßnahmen. Im allgemeinen werden lieber harmlose Aufklärungsaktionen durchgeführt, wenn eigentlich schwierige Probleme angegangen werden müßten (Bruun & Jensen 1980). Diese Maßnahmen widersprechen dann nicht der aktuellen Ideologie einer neutralen Wissenschaft, sie weisen nicht auf komplexe, aber teure und notwendige Veränderungen hin und führen nicht zu strukturellen politischen Auseinandersetzungen. Angesichts der gegenwärtig geringen Beachtung präventiver

Strategien und dem Fehlen politischer Mobilisierung für dieses Thema erscheint es schwer, sich andere Möglichkeiten vorzustellen.

Die typischen Aktivitäten des Gesundheitssystems bei der individuellen Behandlung von Patienten werden oft als Prävention angesehen, solange die Patienten das System vor Ausbruch der Krankheit in Anspruch nehmen. Dabei gibt es jedoch zwei Arten von Problemen. Das erste betrifft, wie bereits dargestellt wurde, die Struktur der Inanspruchnahme des gegenwärtigen Gesundheitssystems. Diejenigen, die am meisten von den präventiven Angeboten profitieren würden, sind wahrscheinlich dieselben, die beim Zugang zum Gesundheitssystem die größten Schwierigkeiten haben. Der Schwerpunktwechsel weg von der Alltags-Prävention hin zu großen Präventions-Institutionen wird diese Tendenz noch unterstützen. Das zweite Problem betrifft die Behandlungssituation selbst, bei der nicht mehr die Umwelt und das tägliche Leben im Mittelpunkt stehen, sondern Umstände, die der Arzt direkt kontrolliert. Ein trauriges Beispiel in diesem Zusammenhang ist das Risiko des hohen Bluthochdrucks: Herzerkrankungen und Tod. Vom Einzelnen könnte eine Menge gegen dieses Risiko unternommen werden, z.B. die Reduzierung des Salzkonsums. Auch auf gesellschaftlicher Ebene könnten Vorkehrungen getroffen werden, z.B. die Auszeichnung und Regulierung des Salzgehaltes in der Nahrung<sup>10</sup>. Dem Gesundheitssystem gelang es jedoch nicht, die Gesellschaft oder die Patienten zu mobilisieren. Wieder einmal entscheiden sie sich für die einfachste Lösung, die zudem auf Druck starker wirtschaftlicher Interessenszustände kam: die Medikamentenverschreibung. Das Ergebnis war ein riesiger Arzneimittelverbrauch ( $\beta$ -Blocker). Diese Medikamente wurden zur meistverkauften Arzneimittelgruppe. Sie entwickelten sich zum Alltags-Medikament für Männer mittleren Alters. Erst nach einigen Jahren stellte man fest, daß eine Reihe von Nebenwirkungen aufgetreten waren, und daß die Sterberate leicht anstieg war. Der dramatische Rückgang, der von der pharmazeutischen Industrie vorausgesagt worden war, wurde nie erreicht. Dieser Vorgang wiederholt sich möglicherweise in der Zukunft, wenn ein neues Medikament zur Cholesterinwert-Senkung auf den Markt kommt. Trotz potentiell mobilisierbarer Bürger und einer veränderbaren Gesellschaft führt dieses Vorgehen eher zu mehr Passivität und Medikamentenkonsum auf Seiten der Patienten.

Das gegenwärtige sozialpolitische präventive Konzept hat aber auch einige strategische Probleme. Wenn sozialpolitische Experten

versuchen, Politiker zu beeinflussen, riskieren sie, den Eindruck zu erwecken, undemokratisch zu handeln, weil man vermutet, daß sie Politiker oder andere politisch Aktive aus ihren Posten drängen wollen. Es sollte nachdenklich machen, wenn man sieht, daß die gängigen Lehrbücher über soziale Prävention eher einer allgemeinen Einführung in das politische System gleichen. Dieses Problem tritt überall auf, wo Experten Einfluß auf das politische System ausüben (wollen) (Osterud 1979). Es kann aber auch als Möglichkeit der Abwälzung von Verantwortung und der Abwertung tagtäglicher, praktischer Unterstützung der Klienten mißbraucht werden. Wenn komplexen Problemen mit allgemeinen politischen Ansichten begegnet wird, stellt sich der fade Geschmack allzuleichter Antworten ein, mit dem die ursprüngliche Aufgabe der Arbeit mit schwierigen Klienten beiseitegeschoben wird.

Der Leser wird wahrscheinlich schon längst den Widerspruch zwischen den oben gemachten kritischen Anmerkungen und den eher heroischen Darstellungen der politischen Experten der 30er Jahre bemerkt haben. Dies ist tatsächlich ein Problem, denn alle hier erwähnten Präventionskonzepte sind Versuche, das Privatleben der Bevölkerung und das demokratische System maßgeblich zu beeinflussen. Das Anliegen, die Arbeiterklasse zur »richtigen« Lebensführung anzuhalten, war auch ein wesentlicher Bestandteil der Bewegung »Neuer Tag« in der norwegischen Politik. In Schweden war dies sogar noch ausgeprägter, besonders Alva Myrdal entwarf ein striktes Modell eines wissenschaftlich empfohlenen Lebens, das sowohl die Wohnsituation, das Familienleben als auch die Ernährungsweise betraf (Hirdmann 1990). In Norwegen entfernten sich die »Neuer Tag« Aktivisten von dieser extremen Ausprägung, als sie die von der Regierung ausgegebene Mindesternährungsration, die wissenschaftlich zusammengestellt war, nicht mehr unterstützten. Ihr Argument schien überzeugend: Sie sprachen sich gegen den erniedrigenden Vorgang der Nahrungsrationenverteilung aus und setzten sich stattdessen für eine Erhöhung der Kaufkraft und mehr Informationen ein, um die Ernährungssituation der Bevölkerung zu verbessern. Trotzdem war der Entwurf eines von der Wissenschaft empfohlenen Lebensstils für die Arbeiterklasse wichtig. Auf der Makroebene hatte diese durch Experten geleitete Politik Auswirkungen auf das Gesundheits-Direktorium. Sollte diese Organisation aufgelöst werden, so wird dies teilweise (und zurecht) auf ihr undemokratisches Verhalten zurückzuführen sein. Eine Beeinflussung der Politik durch Experten muß sich auch an den politischen Umständen

orientieren, ist dies nicht der Fall, so wird diese Beeinflussung zu einem sehr undemokratischen Verhalten.

### *Die Bedeutung der politischen Kultur*

Im folgenden möchte ich zwei Ansätze vorstellen, die das eben beschriebene Problem genauer untersuchen. Erstens: Auch in einem sozialdemokratischen System gibt es Ausnahmesituationen, die eine Einschränkung der Demokratie und individuellen Freiheit vertretbar machen (Yvonne Hirdmann 1990). Die Armut und Arbeitslosigkeit der 30er Jahre und die dramatischen Umstände des Krieges erlaubten eine stärkere Einflußnahme auf das Privatleben und die Demokratie, zumal die positiven Effekte sofort erkennbar wurden. Die Bereitschaft, das eigene Leben zu verändern und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Politik aufzunehmen, war daher wesentlich höher.

Das zweite Argument ist vielleicht noch wichtiger, denn es behandelt die Grundlagen der Ideologie. Weiter oben erwähnte ich das feste Vertrauen in wissenschaftliche Prämissen in der Politik und der weiten Verbreitung dieser Ansicht unter den Sozialisten, aber auch unter den erfolgreicherer Sozialdemokraten. Aber es gab noch weitere Faktoren. Die Verfechter der Prävention der 30er Jahre waren eng mit der politischen Arbeit verbunden. Gesundheitsarbeit war ein Teil des eigentlichen Ziels: die allgemeine Verbesserung des Lebensstandards der Arbeiterklasse. Der hohe Grad der Partizipation und Aktivität in der sozialistischen Bewegung machte sowohl die Idee einer wissenschaftlich fundierten Lebensführung als auch die expertengeleitete Politik zu einem gemeinsamen Ziel für die Eliten und für die Arbeiterklasse. Aktivitäten, die man als patriarchalisches Elitedenken und Angriffe auf Demokratie und individuelle Freiheit hätte deuten können, wurden als Erziehungsmaßnahmen, Fakten und Umsetzungen allgemeiner Erkenntnisse wahrgenommen. Bei der Verurteilung von Präventionskampagnen als elitär und undemokratisch sollten daher sowohl die materiellen und ideologischen Bedingungen als auch die politischen, organisatorischen und ideologischen Beziehungen zwischen der Experten-Elite, (als Verfechter der Prävention) und der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Bei der Beurteilung der gegenwärtigen individualistischen präventiven Strategien sollte einerseits beachtet werden, daß sie mit der

starken Tendenz zu mehr Individualismus und persönlicher Verantwortung zusammenfallen. Andererseits sollte man aber bedenken, welche Bevölkerungsteile diese positive Verbindung überhaupt wahrnehmen können. Das Beste, was aus dem individualistischen Präventionsansatz in den letzten zehn Jahren entstanden ist, ist der kollektive Individualismus in Bezug auf mehr Bewegung oder bessere Ernährung.

Eine optimistische Beurteilung würde in Teilen des individualistischen Ansatzes das Potential zur Mobilisierung moderner Menschen sehen; eine pessimistische Beurteilung eher eine Politik der mittleren und oberen Schichten, die, wie immer, die Probleme der anderen Schichten außer acht läßt.

Die schwierige und grundsätzliche Auseinandersetzung, die dahinter steht, ist die Beziehung zwischen dem Individuum und dem Staat. Im klassischen Sozialismus war diese Beziehung dominiert von der einfachen Vorstellung von der »richtigen« Antwort und großen Verallgemeinerungen. Die Tendenz in den skandinavischen Ländern zu starken Regulierungen des individuellen Lebens im Austausch für ein gut ausgestattetes Wohlfahrtssystem wird trotz des allgemeinen Wohlstandes als unmenschlich kritisiert (z.B. wird behauptet, die Menschen hätten keine Kontrolle über ihr Leben). Diese Argumente werden oft von der Vorstellung unterstützt, daß die Bürokratisierung und Professionalisierung einer Gesellschaft solche Effekte mit sich bringe (Matejko 1984, 1986).

Auf einer eher analytischen Ebene erinnert es an das alte Konzept der bürgerlichen Gesellschaft (Keane 1988): der Vorstellung, daß Menschen für ihre individuelle Lebensgestaltung eigene Bereiche haben müssen. Es muß die Möglichkeit geben, eigene Organisationen außerhalb der formalen Politik zu gründen und Formen und Entwicklungen des sozialen Lebens selbst zu bestimmen. Diese bürgerliche Gesellschaft muß eine ausgeglichene Beziehung zum formalen System haben, denn der Staat kann ohne das Vertrauen und die Unterstützung der bürgerlichen Gesellschaft nicht existieren. Sowohl der rasante Zerfall der östlichen Gesellschaftssysteme (Matejko 1990, Keane 1988) als auch die Rolle der sozialen Bewegungen und die Krise der westlichen politischen Systeme sind auf diese Weise interpretiert worden (Keane 1988).

Schließlich sollte ein weiteres, ähnliches Argument erwähnt werden: In den modernen europäischen Gesellschaften gibt es eine Fülle von politischen Ressourcen auf der individuellen Ebene (Bildung, Organisationserfahrungen). Das bedeutet: es ist jetzt nicht

mehr notwendig, einen grundsätzlich repressiven Staatsapparat zu haben, basierend auf der Annahme, daß die Menschen nicht in der Lage sind, die Politik selbst zu gestalten.

Das zukünftige (postmoderne?) politische System sollte statt dessen Platz schaffen für politisches Geschick, Initiative und produktives Chaos: die Zeichen der modern funktionierenden Gesellschaften. Das politische Leben sollte Raum schaffen für »die Rückkehr des Akteurs«<sup>11</sup>, das Subjekt.

Diese Themen machen einerseits auf die starke gegenseitige Abhängigkeit von präventiver Politik und den ideologischen Kräften aufmerksam, und andererseits weisen sie auf die Möglichkeit hin, daß die Antworten auf die Probleme der 90er Jahre stark von denen der 30er Jahre abweichen können.

### *Regulierungspolitik: strukturelle Prävention*

Die Regulierungspolitik bietet die Möglichkeit, das individuelle Verhalten oder die Politik zu beeinflussen, ohne daß die oben beschriebenen Probleme auftreten. Auch in der alten Präventionsstrategie war die Regulierung des Marktes zum Schutz der Menschen ein Teil der Gesundheitspolitik. Aber auch heute wird diese Strategie von Sozialdemokraten vertreten, (z.B. mit der »Politik gegen Märkte«, Esping-Anderson 1985). Politische Mittel der Gesetzgebung, Tarife und bürokratische Regulierungen werden eingesetzt, um die Gesundheit im täglichen Leben zu sichern. Der Einsatz von zentralen politischen Mitteln und der allgemeine Charakter dieser Strategie, die wenig soziale Ungleichheiten hervorbrachte, wurde zu einem natürlichen Bestandteil der alten präventiven Tradition. Arzneimittelkontrolle, Sicherheit von Autos und elektrischen Anlagen, Nahrungsmittelreinheit und die genaue Angabe der Bestandteile, hygienische Kontrollen in den Gemeinden und Vorschriften, um den Arbeitsplatz sicherer zu gestalten – sind Bestandteile dieser Politik. Dies ist in der Tat eine Form der Prävention, die das tägliche Leben beeinflusst, ohne daß darin die Gefahr der Demokratie- oder Freiheitseinschränkung aufkäme. Sowohl die Logik als auch die Probleme einer solchen Regulierung sind bereits an anderer Stelle diskutiert worden (Jacobsen 1965, Jensen 1979, 1980, 1982, 1991). Ein Punkt, der sich an diese Diskussion anschließt, ist die Notwendigkeit der ideologischen Unterstützung (Jensen 1984). Die gegenwärtig starke Tendenz einer naiven Befürwortung der freien Marktkräfte kann das System der Regulierung entscheidend behindern. Ein Beispiel ist die

kürzliche Auflösung der norwegischen Medikamentenordnung für die Angleichung an den EG-Markt<sup>12</sup>.

### Abschließende Bemerkungen

Die gegenwärtige Ineffizienz des Gesundheitssystems und die Zunahme der Zivilisationskrankheiten werden das Thema Prävention unweigerlich auf die politische Tagesordnung der 90er Jahre setzen. Die konkrete Ausgestaltung kann dabei sehr unterschiedlich aussehen: Prävention kann zu einer Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zugunsten der Menschen führen oder zum gegenteiligen Gegenteil: Die Mißachtung der Einflüsse durch strukturelle Faktoren und stattdessen die Beschuldigung des Individuums für seine oder ihre Gesundheitsprobleme.

Auch wenn ich nicht voraussagen kann, in welche Richtung die Entwicklung verlaufen wird, ist es wichtig, die hier gemachten kritischen Anmerkungen zu bedenken. Die Betrachtung der historischen Entwicklung der Präventionspolitik hat einige entscheidende Aspekte der Gesundheitspolitik aufgezeigt: Prävention kann zu einem wichtigen Bestandteil in der Politik werden, inklusive einflußreichen Organisationen, wissenschaftlich umsetzbaren Modellen und ideologischen Ausrichtungen. Auch der enge Zusammenhang zwischen präventiver Gesundheitsarbeit und dem allgemeinen politischen Klima sollte deutlich geworden sein. Für eine erfolgreiche Umsetzung wird es schwierig sein, das Thema Prävention zu diskutieren, ohne die wirtschaftliche Planung oder die allgemeinen politischen Strömungen miteinzubeziehen. Auch die Verbindung zwischen politischer Mobilisierung und einer gemeinsamen ideologischen Grundlage zwischen den Experten und den Menschen ist von großer Bedeutung.

Aber vielleicht ist die Wiederbelebung der Prävention doch nicht so schwierig: Es müßten ausgeglichene Kräfteverhältnisse zwischen den Gesundheitsinteressen der Bevölkerung und den Interessen vieler anderer Akteure wiederhergestellt werden.

Korrespondenzanschrift: Thor Oivind Jensen  
Institute of Administration & Organization Theory  
Christiesgt 17 – 5007 Bergen Norwegen

Übersetzung aus dem Englischen: Birgit Aust

## Anmerkungen

- 1 Diese Ausführung basiert auf einem Vortrag der 1991 während eines Seminars über Risikoprävention des Norwegischen Instituts für Konsumentenforschung gehalten wurde. Ich möchte mich hiermit bei Dr. Rolf Rosenbrock und Dr. Barbara Köhler-Schmidt bedanken, die mir die Inspiration und die Gelegenheit gaben, aus dem vorliegenden Material einen Artikel zu machen und ihn in dieser Zeitschrift zu veröffentlichen.
- 2 Das kleine Glas Brandy oder Wein als Prävention gegen Herz-Erkrankungen durch »Blutverdünnung« ist zwar durch die moderne Ernährungswissenschaft nachgewiesen, allerdings – aus verständlichen Gründen – wenig bekanntgemacht worden.
- 3 Karl Evang (1902-1981) ist die Hauptperson in dieser historischen Entwicklung. Einige Details sind daher auch für ein internationales Publikum von Bedeutung. Er war eine Schlüsselfigur unter den radikalen Sozialisten; ein Arzt, der sich sehr erfolgreich für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Arbeiterklasse in den öffentlichen Debatten und der politischen Arbeit einsetzte. Mit seiner Person verbinden sich Begriffe wie »Hygiene«, »Sexualerziehung«, »Ernährungspolitik«, »Prävention durch allgemeine Verbesserungen der Wohnverhältnisse und Lebensbedingungen«, »ein überzeugender und konsequenter Politiker«. 1938 wurde er zum Direktor des Gesundheits-Direktoriums benannt. Bis 1972 blieb er in diesem Amt. Durch die Umstrukturierung des Gesundheits-Direktoriums in eine außerordentlich einflußreiche Institution gelang es ihm, seine Ideen von einer neuen, sozialdemokratischen Public Health Politik umzusetzen. Er war sowohl an der Gründung der WHO als auch an ihrer späteren Arbeit beteiligt. Später wurde er Mitglied der Arbeiterpartei, eindeutig dem linken Flügel zugehörig. Er hatte großes Vertrauen in die Wissenschaft und die Erziehung und beteiligte sich an vielen Veröffentlichungen. Seine eigene wissenschaftliche Arbeit konzentrierte sich hauptsächlich auf die Ernährungssituation der Arbeiterklasse, aber in späteren Jahren hielt er auch Vorlesungen über Sozialmedizin. Später wurde er Mitglied der Sozialdemokratischen Partei. Die Einheit zwischen Politik und Wissenschaft, seine professionelle Expertise und Organisation, die sich auf eine linke Arbeiterklassen-Ideologie gründeten, sind wichtige Begriffe für das Verständnis seines Einflusses und seiner Fehler. Biographie: Norby (1989)
- 4 Neuere historische Forschungen betonen diese Verbindungen und Ähnlichkeiten zwischen den verschiedenen politischen Bewegungen der 30er Jahre stärker. Die Diskussion über das Ausmaß dieser Verbindungen hält jedoch noch an.
- 5 wörtlich übersetzt müßte es »einem neuen Tag entgegen« heißen (Mot Dag)
- 6 Ein aufschlußreiches Beispiel ist ihre berühmte sechsbändige »Arbeiter-Enzyklopädie« (1936), die in kurzer Zeit von nur wenigen Personen auf sehr hohem Niveau erstellt wurde. In ihr werden genaue und verlässliche Informationen und wissenschaftliche Analysen mit einer streng marxistischen Perspektive verbunden. Bis heute ist sie eine wichtige Quelle für bestimmte Themen.
- 7 Dieser Umschwung wurde natürlich ausgiebig diskutiert. Schließlich führten aber ernste ökonomische Probleme innerhalb der Organisation und eine innere Dynamik, die die sozialistische wissenschaftliche Politikentwicklung in Richtung Reformvorschläge drängte, zu dieser Veränderung.

- 8 Hier soll kein neuer Generalplan aufgestellt werden, aber man sollte bedenken, daß Norwegen heute reicher ist als jemals zuvor, und daß die wissenschaftliche Begründung für den allgemeinen Glauben, daß Sozialleistungen dem wirtschaftlichen Wachstum entgegenstehen, für die meisten westlichen Industrieländer sehr wahrscheinlich falsch ist.
- 9 Diese »Butter«-Margarine wurde sehr populär in Norwegen. Mit dem Einverständnis der zuständigen Behörden produzierten die Hersteller eine »leichte Margarine«, deren Fettanteil zu 80 % aus Butter bestand. Auf der Verpackung war diese Information nicht zu finden und selbst die Hersteller (die nationalen Molkereien) hatten sich hinter einem falschen Namen versteckt. Der Hintergrund war ein Überschub an Milchfetten, die aus dem veränderten Konsumverhalten zu gesünderen Ernährungsweisen entstanden war. (Jensen 1991)
- 10 Mehr als die Hälfte der konsumierten Salzmenge in Norwegen stammt aus industriell gefertigten Nahrungsprodukten – ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeiten eines individuellen Ansatzes.
- 11 Dies ist der Titel des wichtigen Buches von Alain Touraine (1988). Dieses und die Veröffentlichungen von A. Melluci geben weitere Anregungen zu diesem Thema.
- 12 Dies wird von Jensen (1992) ausführlich diskutiert und gründet sich auf die Tatsache, daß durch die Verhandlungen mit der EG die meisten Grundelemente des norwegischen Systems abgeschafft werden.

### Literaturverzeichnis

- Aaro, L.E.: Health Behaviour and Socioeconomic status. Doctoral Thesis, University of Bergen 1986
- Ashton/Seymour: The New Public Health. Open University Press 1988
- Berg, Ole: Helsetienetsens logikk. Institut for statsvitenskap, Oslo 1982
- Blaxter, Mildred: Social Class and Health Inequalities. In: Carter/Peel (eds.): Equalities and Inequalities in Health, Academic Press, London 1976
- Brotherson, J.: The Galton Lecture 1975: Inequality – is it inevitable? In: Equalities and Inequalities in Health, Academic Press, London 1976
- Brunn, K. (ed.): Controlling Psychotropic Drugs. Croom Helm 1983
- Brunn, K.; T.O. Jensen: Statlig läkemedelsinformation som kontrollpolitisk instrument. NU 1980:22
- Castles, F.G. and Steve Dowrick: The impact of Government Spending levels on medium term growth in the OECD, 1960-85. Discussion paper 199, Australian National University 1988
- Crozier, M.: The Bureaucratic Phenomenon. Chicago 1964
- Evang, K. and Galtung Hansen: Norsk kosthold i små hjem. Tiden 1937
- Evang, K.: Rekonstruksjon av Statens ernæringsrad. Proposal from The Norwegian Director of Health to the Minister of Social Affairs. Oslo 1945
- Esping-Andersen, G.: Politics against markets. The Socialdemocratic road to power. Princeton University Press 1985
- Frisch, Ragnar: Introduction to: Getz Wold: Kosthold og levestandard. En økonomisk undersøkelse. Oslo 1941 (Nutrition and the standard of living)
- Held, David: Models of Democracy. Free Press 1987
- Hirdman, Y.: Att Lägga livet til rätta. Carlssons, Stockholm 1990

- Hughes, H. Stuart: *Consciousness and Society*. Vintage Books 1961
- Hoyer, Georg: *Tvungent psykisk helsevern i Norge: rettsikkerheten ved slikt helsevern med særleg vurdering av kontrollkommisjonsordningen*. Doctoral Thesis, University in Tromsø, 1986
- Jacobsen, K.D.: *Informasjonstilgang og likebehandling TFS*. 1965
- Jacobsen, K.D.: *Public administration under pressure: The role of the expert in modernization of traditional agriculture*. Scandinavian Political Studies. Vol X, 1968:1
- Jacobsen, K.D.: *Okonomi og velferd*. PM 1972, Bergen
- Jacobsen, Jensen, Aarseth: *Fordelingspolitikkenes forvaltning Sosiologi i dag*. 1982:3
- Jensen, T.O.: *Informasjon og interesser*. Institut of administration 1979
- Jensen, T.O.: *Forebyggende sosialpolitikk*. In: Lorentzen (ed) *Forebyggende sosialpolitikk*. Aschehoug 1982
- Jensen, T.O.: *Kontrollpolitikk som brukerbekvettelse*. Institut of administration 1984
- Jensen, T.O.: *Helvsevesen og sosial skjevfordeling*. Congressional paper, project paper no.24, »Forvaltningen og svakstilte brukere«. Bergen, 1984
- Jensen, T.O.: *The Political History of Norwegian Nutrition Policy*. Paper prepared for the Second biannual conference for research into European Food history, London, 1991 (To be published by Leicester Press)
- Jensen, T.O.: *Norsk narkotikasituasjon etter EF-Tilpasning i Waal/Middethon* (eds) *Narkotikaforbygging mot år 2000 Universitetsforlaget* 1992
- Jensen, T.O.; Kjærnes, Unni: *Health, Nutrition and Agriculture Policy: The Norwegian Experiment*. Paper to 1986 APHA meeting, Las Vegas. Report no.7 from »Nutrition and Food Policy«, SEFOS/SIFO, Oslo/Bergen 1990
- Jensen, T.O.: *Forebyggende sosialpolitikk – en endring av forholdet mellom sektorer*. In: Lorentzen (ed) *Forebyggende Sosialpolitikk*, Aschehoug 1982
- Keane, J. (ed): *Civil Society*. Verso 1988
- Korpi, W.: *Economic Growth and the Welfare system: Leaky Bucket or irrigation system?* Eur. Soc.Rev., Vol.1, 1985, 97-118
- Lien, Marianne: *The Norwegian Nutrition and Food Supply Policy. Accomplishments and Limitations of a Structural Approach*. Report no 3 from »Nutrition and Food Policy«, SEFOS/SIFO, Oslo/Bergen 1990
- Lien, Marianne: *Summing up Norwegian public and medical debate on cardiovascular disease and dietary fats*. Unpublished project material.
- Matejko, A.: *Beyond Bureaucracy*. Verlag für Gesellschaftsarchitektur, Köln 1984
- Matejko, A.: *The self-defeating organization*. Praeger 1986
- Matejko, A.: *Civic Culture and Consumption in Eastern Europe*. SEFOS, Occasional Papers 31, 1990
- Nordby, Trond: *Karl Evang – en biografi*. Aschehoug, Oslo 1989
- Osterud, Oivind: *Planlegging og politisks system*. Oslo 1979
- Sandmo, Agnar: *Ragnar Frisch on the Optimal Diet*. LOS Notat 91/32
- Sandmo, Agnar: *Economist and the Welfare State*. European Economic Review 35, 213-239
- Segal, Mark J.: *The Politics of Salt: The Sodium-Hypertension Issue*. In: Sapolsky (ed) *Consuming Fears. The Politics of Product Risks*. Basic Books, 1986
- Seip, Anne-Lise: *The Influence of science on Social Policy in Norway in the 1930's*. Paper presented on the conference »Welfare State in transition«. Bergen 1989

- Stang Dahl, Tove: Forholdet mellom individuelle interesser og kollektive motiver i sosialpolitikken. Nordisk Sosialt Arbeid, 1983.
- Tilly, Louise A.: Food entitlements, Gender and the State in France 1800-1914. Paper, New School for Social Research, New York 1989
- Tonneson, Kåre D.: Sentraladministrasjonens historie 4: 1914-1940. Universitetsforlaget 1979
- Tourraine, Alian: Return of the Actor. Minneapolis
- Townsend/Davidson (eds): Inequalities in health, Penguin 1982
- Uemura/Pisa: Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. In: World Health Statistics Quart. 41, 155-178
- Winkler, J.T.: Nurturing nutrition the Norwegian Way. Guardian, May 22, 1987
- Wold, Knut Getz: Vår Sosialpolitikk. Norges Venstreblad, 1938
- Wold, Knut Getz: Kosthold og levestandard, Oslo, 1941

*Governmental and other documents:*

- Ministry of agriculture (1975): On the Norwegian Food and Nutrition Policy. Proposition to the Norwegian Parliament. No 32, 1975-76. (English-Translation)
- Ministry of Health and Social Affairs: On the Follow-up of Norwegian Nutrition Policy. Proposition to the Norwegian Parliament. No 11, 1981-82 (English Translation)
- League of nations: The Relation of Nutrition to Health, Agriculture and Economic Policy, 1937
- Norsk Forening for Social Arbeid: Social Haandbok for Norge, 1937
- NOU 1991: 10 Flere gode levår for alle