

Anna Ajlani

Gesundheit in neoliberalen Kontexten

Zum Aufstieg des Neoliberalismus

Der Fordismus, der sich durch einen durchstrukturierten Arbeitsprozess, eine stark differenzierte Arbeitsteilung und eine steile Hierarchie zwischen Management und Produktionsarbeit auszeichnete, ermöglichte die Herstellung großer Stückzahlen zu niedrigen Kosten und führte zu einem stabilen Wirtschaftswachstum, das Lohnsteigerungen an Produktivität koppelte. Dadurch stiegen auch die Binnennachfrage und der Massenkonsum¹. Das Erfolgsrezept des Fordismus kam jedoch mit dem Zusammenbruch der Wall Street 1929 ins Wanken; der Faschismus konnte in mehreren Ländern gedeihen. Nach den verheerenden Folgen des II. Weltkriegs sah man das sozialliberale Modell des Keynesianismus als Lösung. Wachstumsschwankungen wurden mit einer Nachfragesteuerung ausgeglichen; der Staat trug die dadurch entstandenen Schulden bei Aufschwung durch Einsparungen wieder ab². In dieser Zeit wurden auch Individualisierungsprozesse in der Gesellschaft durch „räumliche und soziale Mobilität, Urbanisierung und staatliche Sicherung“ ermöglicht¹. Der Keynesianismus barg jedoch eine Inflationsgefahr und bereits seit den 1950er Jahren arbeiteten einflussreiche Wirtschaftsliberale daran, die Selbstregulationsmechanismen des Marktes hervorzuheben und den Wohlfahrtsstaat als „unproduktiv“ zu framen. Die Hauptmotive neoliberaler Theorie sind die Eigenverantwortlichkeit, die Wirtschaftlichkeit als Priorität und die Ablehnung staatlicher Eingriffe. Begründet wird diese Ablehnung mit dem technokratischen Konzept der Konsumentenwohlfahrt: Durch hohen Wettbewerb oder Großkonzerne sanken die Preise, wovon alle Gesellschaftsschichten profitierten. Staatliche Eingriffe störten den Markt und würden Lobbyismus begünstigen, da Politiker_Innen nicht vertrauenswürdig seien. Als „wichtigste Ideenschmiede des Neoliberalismus“ gilt die University of Chicago, an der auch Milton Friedman, Träger des Nobelpreises für Wirtschaft 1976, lehrte². Das neoliberale Motiv der Produktivität findet zunehmend auch im öffentlichen Sektor und dem Privatbereich Anwendung.

Neoliberale Reformen des Gesundheitssystems

Bedingt durch den medizintechnischen Fortschritt, eine verlängerte Lebenserwartung und den Rückgang kirchlicher Trägerschaften von Krankenhäusern sind die Kosten für die Krankenversorgung in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen. Im Zuge des neoliberalen Ideals der Produktivität fanden betriebswirtschaftliche Kriterien Einzug in das Gesundheitswesen³. Beispiele dafür sind die Einführung der *Diagnosis Related Groups* und die Übernahme von Kliniken durch private Investoren. Auch die Arzt- und Apothekerprofessionen, die sich durch ein altruistisches Berufsethos auszeichnen, werden ökonomisiert. Ärzt_Innen sollen neben medizinischen auch nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten entscheiden; Apotheker_Innen stehen durch die Aufhebung des Niederlassungs- und Mehrbesitzverbotes unter Druck, angesichts des Wettbewerbs auch Präparate zu verkaufen, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig wären. Durch Rabattverträge zwischen

Krankenkassen und Pharmaherstellern ist nicht mehr die individuelle Verträglichkeit eines Medikamentes, sondern sein Preis ausschlaggebend³. Darunter leidet die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Die individuelle Gesundheit im Neoliberalismus

Individualisierung und Eigenverantwortlichkeit sind wichtige Bestandteile der neoliberalen Theorie. Das hat u.a. eine Entgrenzung und Flexibilisierung von Arbeit zur Folge, die durchaus positive Aspekte wie die autonomere Planung und Einteilung der eigenen Aufgaben mit sich bringt. Diese Form von Selbstverwirklichung *qua Arbeit*¹ hat jedoch auch zur Folge, dass Nichterfolge als persönliches Versagen des Individuums ausgelegt werden⁴. Gesundheit wird in der neoliberalen Gesellschaft als „pluripotente Funktionstüchtigkeit“⁵ definiert und damit zum psychosozialen Kapital¹. Der Abbau von sozialstaatlichen Transferleistungen, dessen bekannteste Form in den Hartz-Reformen besteht, wird als „Aktivierung von Wettbewerbsfähigkeit“ legitimiert. Gleichzeitig steigt die Zahl prekärer Arbeitsverhältnisse an, was die soziale Kohäsion schwächt. In diesem Kontext wird Gesundheit auch expressiv als Distinktionsmerkmal von der „Unterschicht“ performt. Rauchen und „Übergewicht“ sind gesellschaftlich verpönt und werden als Belastung des Sozialstaates wahrgenommen⁵. Durch Self-Tracking und Selbstoptimierung wird die eigene Positionierung im sozialen Gefüge verfestigt¹. Der sozioökonomische Status wird durch die wachsende Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen immer unsicherer. Das kann sich in Form von Depressionen und Burn-Outs bis hin zur Erwerbsunfähigkeit auch auf die Gesundheit auswirken⁶. Doch auch die Gesundheit am Arbeitsplatz wird zur Eigensache erklärt. Bindende Arbeitsschutzgesetze weichen Schutzziele und Richtlinien. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement zielt häufig auf Verhaltens- statt Verhältnisprävention ab. Dabei werden vulnerable Arbeitnehmergruppen wie Migrant_Innen, Zeit- sowie Niedriglohnarbeiter_Innen bisher kaum erreicht⁷.

Fazit: Das öffentliche Gesundheitssystem ist eine zivilisatorische Errungenschaft. Eine Ausweitung wirtschaftswissenschaftlicher Markttheorien und eine Übertragung des Modells des *homo oeconomicus* auf alle Bereiche des Zusammenlebens hat durch die Prekarisierung von Lebensbedingungen negative gesundheitliche Folgen und schwächt den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Es bedarf einer Public Health-Politik, die wieder die Gesundheit als Selbstzweck priorisiert.

Literatur- und Quellenangaben:

1. Brunnett, Regina (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. Bielefeld: Transcript.
2. Crouch, Colin (2013): Das befremdliche Überleben des Neoliberalismus. Postdemokratie II. Berlin: Suhrkamp.
3. Unschuld, Paul U. (2014): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. München: C.H. Beck.
4. Bröckling, Ulrich (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

5. Schmidt, Bettina (2017): Exklusive Gesundheit. Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
6. Moosbrugger, Jeanette (2012): Subjektivierung von Arbeit: Freiwillige Selbstaussbeutung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
7. Busch, Christine; Koch, Tobias; Clasen, Julia; Winkler, Eva; Vowinkel, Julia (2016): „Evaluation of an organizational health intervention for low-skilled workers and immigrants“, Human Relations 70: 994–1016.

Kontakt

Anna Ajlani, B.Sc. Gesundheitswissenschaft

Technische Universität München

E-Mail: anna.ajlani@tum.de