
Gesundheit als Kapital – Zur Produktivität symbolischer Gesundheit im flexiblen Kapitalismus

Regina Brunnett

Gesundheit ist in gegenwärtigen Gesellschaften ungebrochen omnipräsent, täglich erscheinen neue Tipps für gesunde Ernährung oder Entspannung in den Printmedien und im Internet, werden neue Dienstleistungen und Produkte auf den Markt gebracht. En Vogue ist zurzeit die digitale Vermessung von biometrischen Daten (z. B. Blutdruck, Schlaf, Körperfett, Kalorienzufuhr). Unter dem Label des ›quantified self‹ werden verobjektivierte Margen und Richtwerte für die Optimierung des eigenen Körpers und der eigenen Psyche gewonnen. Selbstoptimierung bildet einen Motor des nach marktwirtschaftlichen Kriterien funktionierenden Gesundheitsmarktes,¹ der seit Jahren hohe Profitraten aufweist. Es scheint sich die Prognose des Ökonomen Nefiodows (1997) zu bestätigen, dass das Streben nach Gesundheit die ökonomische Produktivität in volkswirtschaftlich relevantem Maße ankurbeln könne.

Das Gesundheitswesen ist so stark ökonomisiert, dass die Dominanz marktwirtschaftlicher Kriterien im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit und in der Gesundheitspolitik bereits als bedenklich bezeichnet wird. Paul Unschuld (2014) spricht sogar von der Ware Gesundheit als Ende der Medizin. In die Prozesse der Ökonomisierung von Gesundheit ist eine tiefgreifende soziale und kulturelle Veränderung in der Konstruktion und Wirkweise von *Gesundheit*² im Vergleich zu den 1980er Jahren involviert.

Ich gehe im Folgenden der Frage nach, wie die Ökonomisierung von Gesundheit in Verbindung mit der marktkonformen Selbstoptimierung auf der Grundlage

1 Ilona Kickbusch (2006) zufolge setzt er sich aus Dienstleistungen und Produkten zur gesundheitlich medizinischen Vorsorge (IGeL), E-Health, Bio- und Informationstechnologie, Telekommunikation, Umwelt- und Bildungsdienstleistungen (z. B. Seminare, Ratgeber), Forschungen, Versicherungen, Werbung/Marketing, Handwerk, alternativen Gesundheitsgütern (z. B. Vitamine, Kräuter, homöopathische Mittel) oder Nahrungsergänzungsmitteln zusammen.

2 Ich behandle Gesundheit im Folgenden nahezu durchgängig als Konzept bzw. Konstruktion. Um dies nachvollziehbar zu machen, schreibe ich *Gesundheit* in diesen Fällen kursiv.

gesundheitlicher Leitbilder in politischen und ökonomischen Strukturen situiert sind, die mit dem Wandel vom Fordismus zum flexiblen Kapitalismus gefasst werden können.

Mit dieser Perspektive knüpfe ich im weiteren Sinne an einen konstruktivistischen Forschungsstrang im Bereich Gesundheit und Krankheit an, der sich unter dem besonderen Einfluss der Arbeiten Michel Foucaults seit den 1990er Jahren vorrangig im angloamerikanischen Raum etabliert hat, und der sich in Deutschland in den letzten Jahren wachsender Beliebtheit erfreut (vgl. Schaper-Rinkel 2012; Scheele 2011; Pfundt 2010; Prainsack 2010; ausführlicher auch: Brunnett 2007). Diese Arbeiten zeichnen sich dadurch aus, dass Gesundheit unter dem Blickwinkel von Machtmechanismen untersucht wird, wobei grundlegend ist, dass Macht als produktive Kraft verstanden wird, die Diskurse hervorbringt, Wissen schafft, Gefühle produziert, Körper durchringt (vgl. z. B. Foucault 1983).

An diesen Strang schließe ich an und verknüpfe ihn mit der regulationstheoretischen Perspektive auf den Zusammenhang zwischen Diskursen, Kultur, Ökonomie und Politik. Die Regulationstheorie wurde vor allem in Deutschland und im angelsächsischen Raum für Gesellschaftsanalysen fruchtbar gemacht, in denen die Strukturierung von Leitbildern (Opitz 2004) und die Wirkweise von Diskursen analysiert werden sollten (Jessop 2005; Candeias 2004; Demirovic 1992). Mit diesem theoretischen Zuschnitt möchte ich den gesellschaftlichen Mehrwert und die Produktivität von Gesundheit für Gesellschaft, Politik und Ökonomie herausarbeiten. Dieser wird durch die Verschränkung des subjektiven, ökonomischen und symbolischen Mehrwerts von Gesundheit produktiv. Ich werde zunächst in Kürze die Eckpunkte des Wandels zum flexiblen Kapitalismus skizzieren (1), um sodann das bio-psychologische Leitbild von Gesundheit darzulegen (2), das die Grundlage für die Produktion von Mehrwert durch Gesundheit im flexiblen Kapitalismus bildet (3). Abschließend erörtere ich einige Wirkungen von *Gesundheit* in der sozialen Spaltung der Gesellschaft (4).

1 Vom Fordismus zum flexiblen Kapitalismus

Der Begriff des Fordismus geht zurück auf die Produktionsform und die Arbeitsorganisation, die der Unternehmer Henry Ford in den 1920er und 1930er Jahren in seinen Fabriken einführte. Sie stützte sich auf den Taylorismus, der sich durch wissenschaftlich fundierte minutiös durchorganisierte Arbeitsprozesse mit hoher Spezialisierung, einfachen Arbeiten und einer damit einher gehenden Abqualifizierung von Produktionsarbeit auszeichnete. Die Arbeitsteilung war idealtypisch rigide, hierarchisch und zergliedert, die Arbeiten vielfach monoton.

Der fordistische Kapitalismus, der in den 1920er Jahren entstand und nach 1945 seine Hochzeit erlebte, zeichnete sich durch eine relativ stabile Entsprechung zwischen Akkumulationsregime, Regulationsweise und Produktionsmodell aus. Sie wa-

ren gekennzeichnet durch Massenkonsum und Massenproduktion auf der Grundlage von hoch spezialisierten, zergliederten und hierarchischen Arbeitsprozessen (Hirsch und Roth 1986, S. 50). Das Wohlstandsniveau stieg aufgrund der Lohnsteigerungen, welche den Konsum ankurbelten, in gewissem Umfang an. Die wohlfahrtsstaatliche Absicherung der Arbeitskräfte bei Arbeitslosigkeit und Krankheit waren für den ›männlichen fordistischen Normalarbeiter‹³ vergleichsweise umfassend. Es wurden die gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Produktion wie auch die Reproduktion bei Herausfallen aus dem Erwerbssystem abgesichert (vgl. Hirsch 1996). Bei nahezu bestehender Vollbeschäftigung kam, so Dörre unter Bezug auf Marx, der Kapitalismus ohne ›industrielle Reservearmee‹ aus. Der Klassenkonflikt und Armut konnten sozialstaatlich ›eingehegt‹ werden – dies trug zur gesellschaftsintegrierenden Funktion von Lohnarbeit bei (Dörre 2009, S. 48 f.).

Befördert durch Konsum und soziale Sicherheit setzte ein Schub von Individualisierung und Pluralisierung von Lebensstilen ein; tradierte Bindungen an die soziale Herkunft aus sozialen Milieus und Klassen wurden gelockert. Dies eröffnete einem breiteren Spektrum gesellschaftlicher Gruppen Spielräume für die Gestaltung der eigenen Biografie und des Lebens sowie den Zugang zu formaler Bildung. Auf diesem Boden entwickelten sich die so genannten neuen sozialen Bewegungen, zu denen auch die Frauen-, die Gesundheits- und die Ökologiebewegung gehörten. Sie setzten erneut die Zurichtung der menschlichen Natur, der Umwelt, des eigenen Körpers und der Gesundheit auf die politische Agenda und verknüpften sie mit einer Kritik der fordistischen Bürokratie, Standardisierung und der Unterdrückung menschlicher Bedürfnisse.

In den 1960er Jahren geriet die fordistische Gesellschaftsformation in die Krise, seit der Weltwirtschaftskrise 1973/1974 wurde die Steigerung der Profitrate zum vorrangigen Unternehmensziel – u. a. weil die auf Standardisierung, Zergliederung und Hierarchie gründende Arbeitsgestaltung zunehmend in Widerspruch zu den Interessen der Arbeitnehmer_innen geriet. Zudem waren die Reserven der Produktivität, die durch darauf aufbauende Strategien hätten erschlossen werden können, erschöpft (zu den Ursachen der Krise vgl. ausführlicher Dörre 2009, S. 51 f.). Die sozialen Sicherungssysteme gerieten in die Krise, der Versuch der keynesianischen Steuerung der Konjunktur und der vermehrten staatlichen Subventionen konnte unter den Bedingungen der schlechten Produktivität nicht mehr greifen (Fromm 2004). Mit der Revision staatlicher Politik brach der relative stabile Zusammenhang zwischen Massenkonsum, Sozialstaat und Akkumulation (Hirsch 1996, S. 82 ff.)

3 Sie stützte sich auf das überwiegend Männern zugängliche Modell einer existenzsichernden Vollzeiterwerbstätigkeit, die ununterbrochen von dem Eintritt in die Berufstätigkeit bis zur Rente ausgeübt wird. Die soziale Absicherung war nicht auf die Lebensläufe von Frauen und/oder einen großen Teil der Arbeitsmigrant_innen in Deutschland abgestimmt, sodass diese Gruppen bis heute in Bezug auf die Altersrente strukturell benachteiligt sind.

In Folge veränderte sich die kapitalistische Produktionsweise;⁴ es setzte sich eine Verwertungsstrategie durch, die auf Flexibilisierung durch neue Produktionstechnologien, Arbeitsorganisation und Beschäftigungsformen setzte. Die tayloristischen Techniken der Produktion wurden flexibilisiert durch die Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Verbund mit flexibilisierten Formen der Arbeitsorganisation, die durch Outsourcing, die Segmentierung des Produktionsprozesses und flexibilisierte Beschäftigungsformen die Produktion entlang den kurzfristig schwankenden Anforderung des Marktes ermöglicht (Hirsch 2001; Hirsch 1996; Dörre 2009). Diese Prozesse wurden dadurch unterstützt, dass seit Anfang der 1960er Jahre die Inter- und Transnationalisierung der Produktion gefördert wurde. Dadurch wurde es Unternehmen möglich, dass sie ihren Handlungsspielraum territorial ausdehnen und gleichzeitig Arbeitsteilung und Arbeitskraft optimal ausnutzen konnten (Fromm 2004, S. 189).

Der flexible Kapitalismus der Gegenwart, so Dörre (2009), zeichnet sich durch eine finanzmarktgetriebene Akkumulation und marktorientierte Regulationsstrategien mit dem Fokus der Flexibilisierung aus. Transnationalisierung und zunehmende Verflechtung internationaler Akteur_innen ermöglicht die flexible optimierte Verwertung von sozialen, politischen und ökonomischen Bedingungen (vgl. auch Hirsch 1996), die Grundlage zur Produktionssteigerung wird. Einflussreich sind multinationale Konzerne und ihre Shareholder, die als ›global player‹ über einen wachsenden multi- und transnationalen Handlungsspielraum verfügen (Hirsch 2001).

Mit der Flexibilisierung der Produktion geht ein neuer Schub der Landnahme einher – innere Landnahme meint den Prozess kapitalistischer Inwertsetzung von Arbeitsprodukten und Naturressourcen, der sich im flexiblen Kapitalismus auf Subjektivität und zwischenmenschliche Kontakte als Ressourcen für Wertbildung erstreckt.

Innere Landnahme, so meine These, schließt Gesundheit ein – in diesem Zuge hat sich die sozio-kulturelle und die strukturelle Bedeutung von Gesundheit seit den 1980er Jahren verändert. Mit den Veränderungen in der kapitalistischen Produktionsweise ging ein Wandel der Gesundheitskultur und des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit einher. Während noch in den 1970er Jahren ein bio-medizinisches Gesundheitsverständnis dominierte, hat sich bis Mitte der 1990er Jahre in den westlichen Industrieländern eine neue Kultur von Gesundheit herausgebildet, die sich auf Eigenverantwortung stützt (vgl. auch Brunnett 2007): Mit dem Massenkonsum im Verbund mit gesellschaftlichen Individualisierungsprozessen wurde Gesundheit von einer existentiellen Notwendigkeit auf ein kulturelles Bedürfnis ausgedehnt, das durch Konsum befriedigt werden kann, und dadurch Bestandteil eines Lebensstils.

4 Bei dem Konstrukt der ›Produktionsweise‹ handelt es sich um eine abstrakte Kategorie; in Reinform ist sie empirisch nicht existent, vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass es eine Vielzahl von Produktionsweisen gibt, in der sich determinierende und dominante Produktionsweisen herausbilden (vgl. auch Kohlmorgen 2004, S. 20).

Buchmann et al. (1985) zeigten in einer Untersuchung in der Schweiz schon Mitte der 1980er Jahre, dass 50 % der Befragten Gesundheit als Ausdrucksform ihrer Persönlichkeit sahen. Das stand im Kontext einer generellen Orientierung auf Sein, Selbstdarstellung und -verwirklichung, die die Autor_innen im Anschluss an Bourdieu als »Symbolwert« bezeichnen. Dieses Verständnis wurde am stärksten durch Angehörige der städtischen Mittelschichten vertreten (vgl. Buchmann et al. 1985, S. 137). Die Autor_innen unterschieden es von dem Verständnis von Gesundheit als »Gebrauchswert«, das sich dadurch auszeichnet, dass Funktionieren-Können (»arbeiten können«, »schlafen können«, »alles essen können«) des Körpers im Vordergrund steht. Es fand sich am häufigsten in der Gruppe der Arbeiter_innen und Bäuer_innen (ebd., S. 120).

Das Ausmaß des Interesses an Gesundheit, des Körperbewusstseins und der Orientierung an dem Symbolwert wächst folglich mit der Freisetzung von der Notwendigkeit der unmittelbaren Reproduktion der (körperlichen) Arbeitskraft (Boltanski 1976). Die Bedeutung der physischen Arbeit für die Mehrwertbildung nimmt ab; andererseits erfordert die verstärkte psychische und geistige Beanspruchung im flexiblen Kapitalismus veränderte Regulierungs- und Reproduktionsformen (vgl. z. B. Oppolzer 1996), wie auch Subjektivität ein wichtiges Medium von Wertschöpfung im flexiblen Kapitalismus bildet. Gesundheit dient nicht mehr vorrangig der Reproduktion, sondern kann ihrerseits produziert und nach außen dargestellt werden. Das Verhältnis von Reproduktion und Produktion in Bezug auf Gesundheit verschiebt sich also. Dies ist in den kybernetisch-systemischen Modellen von Gesundheit verankert, die seit den 1990er Jahren populär werden.

2 Ein bio-psychologisches Leitbild von Gesundheit

Das traditionelle biomedizinische Verständnis von Gesundheit und Krankheit stützt sich auf eine dichotome Konstruktion, nach der Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit, als das »Schweigen der Organe« (Gadamer) konstruiert wird. Demnach besteht die Aufgabe der Medizin darin, Gesundheit wiederherzustellen und Krankheit zu heilen (vgl. Parsons 1968). Dass diese Konzepte angesichts der Prävalenz chronischer Krankheiten heutzutage nicht tragfähig sind, ist in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften unumstritten (z. B. Varul 2010).

Ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit hat unter Einfluss von Stress- und Systemtheorien, New Public Health und deren gesellschaftlicher Verankerung seit den 1980er Jahren in westlichen Ländern an Bedeutung gewonnen – in diesem Zuge hat sich ein neues Verständnis von Gesundheit konstituiert. Dieses beinhaltet eine Abkehr von der biomedizinischen dichotomen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit; die starre Grenze zwischen gesund und krank wird zeitlich und inhaltlich fließend (Mazumdar 2004, S. 14). Paradigmatisch hierfür sind die Stresstheorien Selyes' und Lazarus' sowie die Theorie der Salutogenese, die von Antonovsky begründet wurde.

Selyes Konzept des Allgemeinen Anpassungssyndroms zufolge laufen physiologisch-hormonelle Abläufe im Körper als Reaktion auf unterschiedliche Reize nach einem dreistufigen Schema ab. Dieses beinhaltet Alarmreaktion, Resistenz und Erschöpfung: Im ersten Stadium werde Adrenalin ausgeschüttet, die Durchblutung in Muskeln, Herz und Hirn nehme zu. Das zweite Stadium trete erst nach einer gewissen Zeit ein, nach der das Individuum den Reizen ausgesetzt ist. In dieser Zeit hat die Anpassung ihr Idealmaß erreicht. Das dritte Stadium, das der Erschöpfung, setze erst dann ein, wenn die Anpassung an äußere Einflüsse nicht mehr gewährleistet sei, wenn also die Anpassung verloren ginge. Die Auslöser selbst sind in Selyes Konzept nicht von Interesse, denn die Stressreaktion ist unspezifisch (Selye 1953, S. 15 ff.; Selye 1960).

Im Stressmodell Lazarus' ist das Subjekt Produzent_in von Stress: Entscheidend für die Entstehung von Stress ist die subjektive Be-Deutung bzw. Einschätzung von äußeren Faktoren als Schaden/Verlust, Herausforderung oder als Gefahr. Bestünde eine Diskrepanz zwischen den Umweltbedingungen und dem angemessenen kompensatorischen Umgang des Individuums, entstünde Stress (Lazarus 1999, S. 58 f.). Zu den potenziell stressauslösenden Bedingungen gehören nach Lazarus (ebd., S. 38) etwa Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Anarchie, Familienprobleme oder Arbeitsstress. Diese würden aber nicht bei allen Menschen und nicht in gleichem Maße Stress hervorrufen (ebd., S. 53), vielmehr würden z. B. Intelligenz, die Unterstützung von Familie und Freund_innen, Gesundheit, Energie als persönliche Ressourcen wirksam (ebd., S. 71). Einschätzung, Stress, Gefühle und Bewältigungsstrategien müssten als Einheit betrachtet werden (ebd., S. 113). Der Prozess der Bewältigung entstünde in der Interaktion zwischen Person und Umwelt (ebd., S. 121). In beiden Stresskonzeptionen sind nicht die Stressoren selbst relevant, sondern die individuellen Reaktionen auf sie.

Das von dem Medizin-Soziologen Anton Antonovsky entwickelte Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997) richtet den Blick auf den Erhalt von Gesundheit statt auf die Entstehung von Krankheiten. Gesundheit und Krankheit werden als multidimensionales Kontinuum verstanden, welches sich zwischen den zwei Polen Gesundheit (health-ease) und Krankheit (dis-ease) aufspannt. Gleich einem Regler bewegen sich Menschen zwischen diesen beiden Polen; unter direktem Bezug auf die Systemtheorie wird Heterostase, nicht Homöostase zum konzeptionellen Bezugspunkt für Gesundheit. Der Umgang mit Stressoren und ihr Verhältnis zu psychosozialen Widerstandsressourcen bestimmt, bedingt durch ein Konglomerat von kognitiv-motivationalen Einstellungen, Gefühlen und Haltungen, den Erhalt von individueller Gesundheit (Antonovsky 1997, S. 39 ff., 109 ff., 130 ff.).

Die hier skizzierten Theorien verstehen Gesundheit kybernetisch-systemisch: Die Schädigung von Gesundheit ›von außen‹ wird aufgelöst in eine Reihe von neutralen Reizen, das Individuum wird zum/zur Produzent_in von Gesundheit und Krankheit – der gelingende oder missglückte Umgang mit äußeren Faktoren ist ausschlaggebend für psychologisch-physische Reaktionen, für den Erhalt von Gesundheit wie auch für die Entstehung von Krankheiten.

Das Individuum wird somit als »selbstregulierendes und selbstkonstruierendes System« verstanden – Gesundheit erscheint als Produkt flexibler Selbstregulierung (Illich 1995, S. 207 ff.). Gesundheit wird so idealtypisch nicht mehr als »Zustand des Körpers« verstanden, sondern als weicher, tiefgreifender Prozess, der durch persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen gesteuert werden kann; so verstanden, wird es von dem Gewicht des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands abgelöst und als andauerndes Problem der gelingenden Selbstregulierung wieder aufgeworfen.⁵ Im kybernetisch-systemischen Verständnis von Gesundheit verlieren z. B. 16-Stunden-Arbeitstage, Obdachlosigkeit, prekäre Arbeitsverhältnisse, plötzliche Todesfälle, Gewalt, Folter, Krieg an struktureller Bedeutung. Indem die bio-psychologischen kybernetischen Konzepte verallgemeinert werden, werden gesellschaftliche Einflüsse eingeebnet und ent-strukturalisiert, das Individuum wird konzeptuell in den Mittelpunkt gestellt.

Das bio-psychologische Leitbild von Gesundheit und vom Selbst ist im flexiblen Kapitalismus hegemonial, es ist Basis aller alternativen Heilverfahren, von Wellness, Fitness, von Coping, Coaching, partiell auch von Gesundheitsförderung. Paradigmatisch stützen sich alternative Heilverfahren auf minutiöse Selbstbeobachtungen des eigenen Körpers, der Gefühle, verknüpft mit einer zielorientierten Änderung des eigenen Verhaltens. Dies wird von den Anwender_innen selbst in der Regel als positiv bewertet. Alle Befragten einer Studie aus den 2000er Jahren über alternative Heilverfahren berichteten davon, dass sich ihr Leben durch Eigenverantwortung stark verändert habe (vgl. Schulz 2001, S. 71, 96).

Andritzky (1997, S. 88) hat in einer Studie über alternative Gesundheitsverfahren gezeigt, dass die Kompetenzen, die durch die Ausübung dieser Praktiken erworben werden, generalisierbar sind, denn sie sind aus- und umbaufähig, werden habitualisiert und beeinflussen den Umgang mit sich selbst auch in anderen Lebensbereichen. Diese Praktiken gehen weit über den traditionellen Bereich der Gesundheitsvorsorge hinaus, indem sie paradigmatisch eine bestimmte Form der Selbstbearbeitung vorgeben. Gesundheit wird dadurch partiell von der Frage des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes abgelöst und stattdessen als eine Frage nach einem angemessenen Umgang mit der Umwelt wieder aufgeworfen.

Damit werden Prozesse der Medikalisierung nicht obsolet, daneben treten jedoch lebensstilorientierte Praktiken und -dienstleistungen, die die Grenzen der Medizin aufzeigen und gleichzeitig zu ihrer Erosion beitragen. Die Grenzen zwischen alternativen Gesundheitsverfahren und Medizin, zwischen Kommodifizierung und Emanzipation lösen sich auf und tragen zur Erosion der Hegemonie der Medizin bei.

5 Alltagsweltlich zeigt sich dies etwa daran, dass in einigen sozialen Gruppen das Wissen um Viren als Erreger von Erkältungskrankheiten verloren geht und durch Stress als einziger Auslöser für Krankheit ersetzt wird.

3 Die Produktivität symbolischer Gesundheit im flexiblen Kapitalismus

Im bio-psychologischen Leitbild werden Lebens- und Arbeitsbedingungen zur (bloßen) Herausforderung für das Individuum, diese gut zu bewältigen und richtig zu managen. Gesundheit ist nach diesem Verständnis gleichbedeutend mit guter individueller Anpassung an gesellschaftliche Bedingungen, gleich, wie diese beschaffen sind.⁶ Dieser Gesundheitsbegriff schließt auch chronisch/physisch Kranke oder Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen ein, auf der anderen Seite führt die Aufweichung der Grenze zwischen ›gesund‹ und ›krank‹ jedoch auch dazu, dass Kranke und Eingeschränkte nicht länger von gesellschaftlichen Rollen- und Leistungsanforderungen entlastet werden (Parsons 1968; Zick 2010).

Dieser »Imperativ Gesundheit«, wie Mazumdar (2004, S. 17) dies formuliert, trägt dazu bei, dass immer mehr Produkte und Dienstleistungen des Gesundheitsmarktes nachgefragt und verkauft werden. Mazumdar prognostizierte noch Anfang der 2000er Jahre, dass Gesundheit mit Glück verschmelze. Gesundheit ist jedoch Mitte der 2010er Jahre nicht Selbstzweck einer hedonistischen Konsumorientierung oder einer an Erfüllung orientierten Lebensführung, sondern dient der Expression von Leistungs- und von Funktionsfähigkeit des Selbst. Indem Gesundheit im Konsum und durch Gesundheitspraktiken angeeignet und expressiv dargestellt werden kann (vgl. auch Bunton 1996), erhält sie zugleich eine expressive und eine distinktive Funktion. Denn während Körper und Psyche als Gebrauchswert relativ ›stumm‹ bleiben, geht mit dem Symbolwert von Gesundheit eine Stilisierung von Körper und Psyche als gesund einher (vgl. auch Bourdieu 1997, S. 579). In den auf Erfolg und individuelle Verantwortung ausgerichteten spät-kapitalistischen Gesellschaften gewinnen Praktiken zur Distinktion und Expression der sozialen Stellung des Selbst an Bedeutung (vgl. auch Koppetsch 2011; Voswinkel 2001).

Gesundheit wird z. B. im ›quantified self‹, Schönheitsoperationen und ihrer Ausdehnung auf die Form der Genitalien, Neuroenhancement, leistungssteigerndem Substanzkonsum im Sport oder personalisierter Ernährung⁷ realisiert (vgl. z. B. LVfG/AfSN 2014). Ihnen unterliegt das Phantasma grenzenloser Gestaltbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Selbst. Die biologischen Eigenschaften und physiologischen Ab-

6 Dies beinhaltet in mehrfacher Weise eine Verkürzung: 1. Die mögliche gesundheitliche (physische und psychische) Schädlichkeit von Lebens- und Arbeitsbedingungen wird negiert 2. individuelles ›gesundes Verhalten‹ wird auf Anpassung reduziert, widerständige und konfliktorientierte Umgangsformen werden ausgeklammert oder ›zum problematischen Störfall‹ 3. widersprüchliche Beziehungen zwischen individuellem Gesundheitsverhalten und Lebens- und Arbeitsbedingungen werden negiert; 4. Strukturen werden verleugnet – aus dem Blickwinkel von bio-psychologischen Modellen werden vielmehr alle Lebens- und Arbeitsbedingungen austauschbar und gleichgesetzt.

7 Damit ist Ernährung gemeint, die individuell auf biologisch-physiologische Parameter abgestimmt wird.

läufe des menschlichen Körpers und der Psyche werden zum Rohstoff für die kapitalistische Selbst-Verwertung.

Praktiken und Konsumgüter werden als Zeichen von *Gesundheit*, als Bereitschaft zur Selbstmodellierung und Selbstoptimierung codiert und decodiert. Die ›gesundheitsbezogene Arbeit an sich selbst‹ wird zum Ausdruck und zum Modus der Aneignung von Veränderungs- und Leistungsbereitschaft, sowie von Selbstdisziplin. Dies entspricht nicht nur den antizipierten und/oder tatsächlichen Anforderungen des Marktes, sondern auch dem Wertekanon einer neuen Bürgerlichkeit, den Koppetsch (2011) als Mentalitätsmuster und Orientierungsmarke in den traditionell bürgerlichen und sich ehemals als links verstehenden Milieus sich durchsetzen sieht. Die neue Orientierung an Leistungsgerechtigkeit, Mäßigung, Disziplin, gesellschaftlichem Erfolg, Stuserhalt und Distinktion (ebd., S. 276) wird von einem Revival strikt geschlechterdichotomer symbolischer Codes in Bezug auf Kleidung, Frisuren und Körperlichkeit und der normativen Orientierung an gesellschaftlichen Konventionen begleitet.

Das Diktum der Mäßigung und des Haushaltens mit den eigenen Kräften geht eine widersprüchliche Verbindung mit permanenter Selbstformung und Anpassung des Selbst an bestehende gesellschaftliche Verhältnisse ein. Daraus speist sich das Potenzial, strukturelle Ambivalenzen und Widersprüchlichkeit im flexiblen Kapitalismus als individuell gestaltbar zu imaginieren. Die Kulturanthropologin Emily Martin (2002, S. 40 ff.) wies schon Anfang der 2000er darauf hin, dass im flexiblen Kapitalismus Gesundheit mit der gelingenden Anpassung an Lebens- und Arbeitsbedingungen gleichgesetzt werde.

Individuen eignen sich folglich den symbolischen Mehrwert von *Gesundheit* an, indem sie ihn durch Praktiken und Konsumgüter produzieren/aneignen und sich zugleich gesellschaftlich damit positionieren. Mit der Konstruktion und Aneignung des symbolischen Mehrwerts von *Gesundheit* wird somit zugleich sozialer Mehrwert produziert und angeeignet.

Die Verschaltung von subjektivem, ökonomischem und sozialem Mehrwert von *Gesundheit* setzt eine expansive Dynamik in Gang, die damit einhergeht, dass Gesundheit zum Kapital wird. Bourdieu (1983, S. 183) folgend, kann Kapital Profite produzieren, vermehrt oder entwertet werden und ist in der strukturellen Positionierung von Individuen und sozialen Gruppen situiert (Bourdieu 1997, S. 686). Symbolische Gesundheit stützt sich auf kulturelles, symbolisches und bio-psychisches Kapital – letzteres im Abbau/Verlust von Energie, Erschöpfung oder körperlichem Verfall (vgl. hierzu ebd., S. 345; Boltanski 1976, S. 145). *Gesundheit* als symbolisches Kapital ist gerade für die Fraktionen der sozialen Mittelklassen bedeutsam, die in einer Wettbewerbs- und Erfolgsgesellschaft unter prekarierten Arbeits- und Lebensbedingungen leben, und die sich von Deklassierung und sozialer Entwertung bedroht sehen (Koppetsch 2011). Gesunde Selbstmodellierung wird unter diesen Bedingungen zu einem nie endenden Projekt, das der fortwährenden Investition bedarf.

4 Symbolische Grenzziehungen und soziale Spaltungen

Dass *Gesundheit* dazu beitragen kann, Wettbewerbs- und Konkurrenzverhältnisse zu konsolidieren, hat eine Studie von Charlotta Flodell (1989, S. 79) aus den 1980er Jahren gezeigt. Sie hat in einer Studie über Konkurrenz und Solidarität am Arbeitsplatz herausgearbeitet, dass die in den Gesundheitswissenschaften als Zeichen von Gesundheit eingeschätzte interne Kontrollüberzeugung – also die Überzeugung, dass Erfolge auf eigene Anstrengungen zurückgeführt werden können – konkurrenzverstärkend wirken kann. Sie erklärt dies unter Rückgriff auf Jones mit einer Attributionsverzerrung – Erfolge würden dadurch als besonders herausgestellt, die Leistungen der anderen im Vergleich entwertet.

Die individuelle Attribuierung von Leistung setzt sich Flodell zufolge im Kontext von Konkurrenzverhältnissen, Angst und Bedrohungen leichter durch (ebd., S. 92, 206). Selbstoptimierung bildet eine reduzierte – weil ausschließlich auf das Selbst/ den Körper bezogene – und zugleich totalisierte Form. Sie wird in den Printmedien (z. B. in der *Brigitte*, der *Welt*, der *Jungle World*, der *taz*, der *Zeit* oder *Die Süddeutsche*) oder auch in der Philosophie (von Sloterdijk), den Kultur- und Sozialwissenschaften (vgl. Maasen 2012) oder den Gesundheitswissenschaften zugleich popularisiert wie kritisiert.

Es führt nicht weit genug, wenn – wie z. B. Gugutzer (2014) es tut – das Streben nach dem effizienteren und optimaleren Körper als Reaktion auf mögliche gesellschaftliche Ausgrenzung und Nachteile, wie Stigmatisierung oder konkrete Benachteiligung durch Krankenkassen, gewertet wird. Diese Interpretation überschätzt Institutionalisierung und unterschätzt die konstitutive Bedeutung der symbolischen Ordnung. Rancière folgend, ist davon auszugehen, dass die Gegenbilder Langsamkeit, Übergewicht, Trägheit und Unförmigkeit (Rancière 1999; vgl. auch Martin 2002) in einer Marktgesellschaft, in der Selbstoptimierung beständig beschworen wie abgewehrt wird, erst produziert werden. Sie gilt als symbolischer Ausdruck von Disziplinlosigkeit, welcher auf soziale Unterlassen projiziert wird, also klassenförmig codiert ist. Auf diese Weise werden soziale Ausgrenzungen symbolisch reproduziert und Herrschaftsverhältnisse zugleich gerechtfertigt.

Der Wille zur Leistung und zur Arbeit wird im flexiblen Kapitalismus generalisiert – Leistungs- und Anpassungsfähigkeit werden als national, volkswirtschaftlich, gesundheitlich und unternehmerisch relevant diskursiviert (vgl. z. B. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2009). Ursprünglich als protestantische Ethik als Verpflichtung gegenüber Gott konstituiert (Weber), wird Leistungswille zur Grundlage für die Teilhabe an einer nationalen Gemeinschaftlichkeit, die sich auf Leistungsgechtigkeit stützt; darauf weisen z. B. Umfragen von Heitmeyer et al. (2010) hin. Zugleich hat sich das neoliberale Diktum, dass der Bezug von Sozialleistungen bis auf wenige Ausnahmen ein Zeichen von Abhängigkeit und mangelndem Leistungswillen ist, generalisiert.

Personengruppen, die als ökonomisch unproduktiv gelten, vor allem Obdachlose

Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit

Anhorn, R.; Balzereit, M. (Hrsg.)

2016, XXIII, 940 S. 20 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-658-10869-4