

## 2 Gesundheit und Krankheit

### 2.1 Gesundheit und Krankheit

„Um es gleich vorweg zu sagen: Eine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit gibt es nicht“ (Waller 2002a: 11).

Da das Eingangszitat bereits auf Schwierigkeiten bei der Definition von Gesundheit hinweist, werden im Folgenden exemplarisch unterschiedliche Theorien und Modelle von Krankheit und Gesundheit vorgestellt, die sich in ihrer Analyse und Betrachtungsweise oft konträr zueinander verhalten.<sup>2</sup> Weil die Vorstellungen und Auffassungen von Gesundheit und Krankheit kulturellen, sozialen und historischen Bedingungen unterliegen, erweist es sich als schwierig, eine allgemein-gültige Definition von Gesundheit zu verfassen (Ortmann 2004: 104). Gleiches gilt für die verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven, die sich in ihren Annahmen oft widersprechen. Die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sind für diese Arbeit jedoch von zentraler Bedeutung, da sie das Verständnis des Erhalts und der Wiederherstellung determinieren.

Aufgrund dessen werden in einem ersten Schritt die Annahmen des medizinischen Systems mit dem biomedizinischen Krankheitsmodell und dem Risikofaktorenmodell (Schaefer/Blohmke 1978) erläutert, wobei darauf hingewiesen wird, dass das biomedizinische Modell mit seiner ätiologischen Herangehensweise zum großen Teil nach wie vor die aktuelle Gesundheitsversorgung dominiert. In Abgrenzung zu den medizinischen Perspektiven auf Krankheit werden mit Durkheims soziologischer Analyse zum Selbstmord (1973 [1897]), dem strukturfunktionalistischen Modell in Anlehnung an Parsons (1958) sowie mit den Stresstheorien (Pearlin 1989; Seyle 1956; Lazarus 1966) theoretische Ansätze erläutert, die eine Verbindung zwischen den gesellschaftlichen und sozialen Begebenheiten und dem Phänomen der Krankheit herstellen.

Daran anschließend wird mit Antonovskys Salutogenesemodell (1979) eine konträre theoretische Perspektive vorgestellt, die sich in Abgrenzung zu den vorher genannten Theorien nicht mit der Entstehung von Krankheit sondern mit der Entstehung von Gesundheit befasst. Die darauf folgenden mehrdimensionalen

---

<sup>2</sup> Hierbei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Ansätze zur Krankheits- bzw. zur Gesundheitsentstehung sind ebenfalls soziologisch geprägt und thematisieren die Wechselwirkung von verhaltensbezogenen Aspekten, verhältnisbezogenen Faktoren und genetischen Dispositionen (Hurrelmann 2006; Dahlgren/Whitehead 1993).

Die Darstellung der Entstehung und des Einflusses von sozialen Ungleichheiten auf den Gesundheitszustand und die daraus resultierenden Erkenntnisse schließen die Betrachtungen der verschiedenen Perspektiven zur Krankheits- und Gesundheitsentstehung ab (Marmot et al. 1991b; Marmot 2005; Marmot/Wilkinson 2006).

Es wird davon ausgegangen, dass die Frage nach den Möglichkeiten und Restriktionen der Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke nur beantwortet werden kann, wenn das jeweilige netzwerkspezifische Verständnis von Gesundheit und Krankheit analysiert wird. Aufgrund dessen bildet der exemplarische Überblick die Grundlage für eine differenzierte Analyse des gesundheitsrelevanten Einflusses sozialer Netzwerke, auf den im späteren Verlauf dieser Arbeit ausführlich eingegangen wird.

## **2.2 Die medizinischen Perspektiven auf Krankheit**

### *2.2.1 Das biomedizinische Krankheitsmodell*

Ende des 19. Jahrhunderts war die Perspektive auf Krankheit durch die Erkenntnisse und Beurteilungen der Bakteriologie geprägt. Aufgrund dessen entwickelte sich in diesem Zeitraum ein Krankheitsverständnis, welches die Krankheitsursprünge als körperlich und damit als naturwissenschaftlich erklärbar einstufte (Giddens 1999: 134; Eckart 2009: 250). Auch heute noch ist das sogenannte biomedizinische Krankheitsmodell bei der gesundheitlichen Versorgung dominierend. Das biomedizinische Krankheitsmodell, welches auch als medizinisches oder biologisches Modell bekannt ist, basiert im Wesentlichen auf einer ätiologischen Betrachtungsweise von Krankheit (Franke 2006: 121). In diesem Modell wird die Gesundheit in der Regel negativ definiert, so dass die Pathogenese im Mittelpunkt steht. Demzufolge richtet sich der Fokus auf den menschlichen Organismus, der durch pathogene Veränderungen gestört wird (Ortmann 2004: 104). Infolgedessen werden die Perspektiven der Gesundheitsentstehung nicht berücksichtigt (Faltermaier 1994; Franke 2006).

Die Behandlung von Krankheiten zielt im biomedizinischen Modell lediglich auf die Behebung der krankheitsauslösenden Symptome ab und nicht auf deren Entstehung oder Ursachen. Die von der Krankheit betroffene Person wird ebenfalls nicht weiter berücksichtigt. Das bedeutet, dass der Zustand der Krank-

heit im biomedizinischen Modell als eine Abweichung von einem natürlichen Zustand definiert wird, den es wieder herzustellen gilt. Gleichzeitig wird angenommen, dass es einen normalen, krankheitsfreien Zustand gibt (Franke 2006: 121). So ist die Annahme einer Dichotomie von Gesundheit und Krankheit die Grundlage in diesem Modell, wobei sich die beiden Pole jedoch unverbindlich gegenüber stehen. Franke (2006: 122f.) fasst die wichtigsten Aussagen des biomedizinischen Modells zusammen:

- „Krankheit ist Abweichung vom natürlichen Zustand des Organismus.
- Krankheit steht nicht in Kontinuität mit Gesundheit.
- Jede Krankheit hat eine spezifische Ätiologie und nimmt einen bestimmten Verlauf.
- Klassifizierung von Krankheit erfolgt ohne Einbeziehung des sozialen Kontexts.
- Krankheitsbehandlung ist eine medizinische Aufgabe.
- Die beobachtbaren Verhaltensweisen sind Symptome für ihnen zu Grunde liegende Prozesse.
- Bei symptomatischer Behandlung erscheint die ursächliche Krankheit später in anderen Symptomen (Symptomverschiebung).
- Normales, gesundes Verhalten unterliegt anderen Gesetzen als abnormales, krankes Verhalten.
- Kranke sind für ihre Krankheit nicht verantwortlich.
- Kranke befinden sich in der sozialen Rolle von Patientinnen und Patienten.“

Das biomedizinische Modell bildet einen plausiblen Rahmen wenn es sich um Infektionskrankheiten handelt, da von einem kausalen Zusammenhang zwischen einem Erreger und einer spezifischen Erkrankung ausgegangen wird. Diese Ätiologie einer Erkrankung, d. h. ein oder mehrere Faktoren sind verantwortlich für den Ausbruch einer Krankheit, untermauern die Grundannahme, dass Krankheitszustände nur vorübergehend sind, wenn die krankheitsauslösenden Ursachen medizinisch behandelt werden. Auch wird aus biomedizinischer Perspektive davon ausgegangen, dass jede Erkrankung eine spezifische Ursache hat, zu denen neben genetischen Veränderungen, Viren und Bakterien auch chemische, physikalische, mechanische sowie biochemische Veränderungen gezählt werden können (Waller 2002b: 15).<sup>3</sup>

Die ausschließliche Betrachtung der Symptome bei zeitgleicher Nichtbeachtung des subjektiv handelnden Menschen und der ihn umgebenden Umwelt

---

<sup>3</sup> Zu chemischen Ursachen zählen z. B. Asbest, unter physikalischen Veränderungen wird der Einfluss von z. B. Strahlen oder Hitze verstanden, unter mechanischen Ursachen werden Unfälle wie z. B. Haushalts- oder Verkehrsunfälle zusammengefasst und unter biochemischen Einwirkungen, die Krankheiten auslösen, fällt z. B. der Insulinmangel (Waller 2002b: 15).

führte zu einer kontroversen Diskussion des biomedizinischen Krankheitsmodells in den 1970er Jahren (Faltermaier 1994; Waller 2002b). Da das biomedizinische Modell die Entstehung von Krankheiten nur einseitig biologisch zu erklären versucht, werden – laut den Kritikern dieses Modells – nicht alle auslösenden Faktoren ausreichend berücksichtigt (Eckart 2009; Siegrist 1988). Nicht nur das individuelle Handeln wird bei der Betrachtung der Krankheitsentstehung negiert, auch psychische bzw. psychosomatische Störungen ohne erkennbare organische Ursachen können vom biomedizinischen Modell nicht erklärt werden (Waller 2002b: 16). Ebenfalls wird die Effektivität in Frage gestellt, was anhand der „Geschichte der Tuberkulose“ (McKeowan 1982: 140) aufgezeigt werden kann. Die Einflüsse, die zu einem Rückgang der Sterblichkeit bei Tuberkuloseerkrankungen im 20. Jahrhundert führten, waren demzufolge nicht ausschließlich, sondern nur zum Teil, auf den damals einsetzenden medizinischen Fortschritt zurückzuführen. Vielmehr senkte sich die Sterberate aufgrund der sich verbessernden Lebens- und Hygienebedingungen, die mit dem medizinischen Fortschritt einhergingen (ebd.). Die wichtigsten Einflussfaktoren, die zu einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheit innerhalb der letzten Jahrhunderte führten, waren hauptsächlich auf umwelt-, ernährungs- und verhaltensbedingte Änderungen zurückzuführen und nicht auf den medizinischen Fortschritt (McKeowan 1982; Richter/Hurrelmann 2011). Dementsprechend ist die Effektivität der biomedizinischen Annahmen zur Bekämpfung und Erklärung von Krankheiten als bedingt zu bezeichnen.

Ein weiterer Kritikpunkt am biomedizinischen Modell schließt an den eben genannten an. Dem biomedizinischen Modell wird vorgeworfen, dass es sich nur auf Individuen fokussiert und kurativ orientiert arbeitet (Waller 2002b: 17). Das bedeutet, dass das medizinische System erst eingreift, wenn eine Krankheit aufgetreten ist. Krankheitsvermeidungen durch der Krankheit vorgelagerte Maßnahmen werden vom biomedizinischen Modell nicht berücksichtigt. Der Schwerpunkt im Modell liegt in der kurativen Arbeit, wobei ebenfalls die rehabilitativen Maßnahmen vernachlässigt werden. Durch den enormen Zuwachs an chronischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten geraten die biomedizinischen Annahmen an ihre Grenzen, da diese als nicht „heilbar“ gelten. In diesem Fall erhält das medizinische System die Aufgabe, den gesundheitlichen Status quo zu gewährleisten und Rückfälle zu verhindern (Waller 2002b: 18). Des Weiteren kann die Vormachtstellung der Ärzte sowie eine zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft kritisiert werden. Ausschließlich medizinische Experten haben in diesem Modell die Möglichkeit, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln (ebd.). Nicht das Individuum, die Familie oder der Freundeskreis sind für die Krankheitsbekämpfung und die Wiederherstellung der Gesundheit wichtig und zuständig, sondern ausschließlich das medizinische System mit sei-

nen Experten (Franke 2006). Dadurch kommt es zu einer Dominanz der Ärzte bei der Krankheitsbehandlung, durch die eine Abhängigkeit zum medizinischen System entsteht und die Macht der Ärzte festigt (Waller 2002b: 18). Den Patienten wird die Partizipation bei der Behandlung abgesprochen, auch wenn Krankheitsursachen nicht eindeutig biomedizinischen Faktoren zuzuordnen sind:

„Dies hat auch zur Konsequenz, daß durch die Medikalisierung sozialer Probleme keine wirkliche Lösung dieser Probleme erfolgt, sondern nur eine Verschiebung in das Gesundheitswesen mit der Entstehung von medizinischen Karrieren und Krankheiten durch die vielfältigen ‚Nebenwirkungen‘ medizinischer Maßnahmen (Beispiel: Arbeitslosigkeit → Schlafstörungen → Schlafmittelgebrauch → Sucht)“ (Waller 2002b: 18 – Hervorhebungen im Original).

Nur den Ärzten wird im biomedizinischen Modell die Kompetenz als „Experte“ zugeschrieben. Andere Berufsgruppen, die ebenfalls im Gesundheitswesen tätig sind und für den Erhalt oder die Förderung von Gesundheit eingesetzt werden, sind im biomedizinischen Modell (größtenteils) ohne Bedeutung.

### 2.2.2 *Das Risikofaktorenmodell*

Auch das Risikofaktorenmodell stellt die Ätiologie von Krankheiten in den Fokus der Betrachtung. Seit den 1960er Jahren setzt sich vermehrt die Erforschung von Risikofaktoren für Krankheiten durch, da das biomedizinische Modell nicht in der Lage ist, die enorme Zunahme von chronischen-degenerativen Erkrankungen zu erklären. Risikofaktorenmodelle sind die epidemiologische Erweiterung des biomedizinischen Modells, auf welches sich ein Großteil aller präventiven Maßnahmen bezieht. Anstatt einer eindimensionalen ätiologischen Betrachtung wird in diesem Modell der Begriff des Risikos verwendet, der eine neue Perspektive auf die Krankheitsentstehung ermöglicht. Mit diesem Modell wird die Annahme der Kausalität bei der Krankheitsentstehung entkräftet, da durch die Bestimmung von Risikofaktoren die Erkrankungswahrscheinlichkeit mehrdimensional kalkuliert werden kann (Schaefer/Blohmke 1978: 176). Alle Faktoren und Prädiktoren von Krankheiten, die innerhalb einer Bevölkerung statistisch erfasst werden können, stellen Risikofaktoren dar, mit denen Erkrankungswahrscheinlichkeiten bestimmt werden können (Franke 2006: 125ff; Franzkowiak 2003a: 195; Trojan 2004):

„Risiko bezeichnet die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines (unerwünschten) Ereignisses, d. h. in der Sozialmedizin insbesondere des Auftretens einer Erkrankung, Behinderung oder des Todes. Von Risikofaktoren sprechen wir, wenn diese Fakto-

ren (mit-)verursachend für das Auftreten des unerwünschten Ereignisses sind“ (Trojan 2004: 110).

Im Unterschied zu den biomedizinischen Modellen gehen die Risikofaktorenmodelle, die auch Multifaktorenmodelle genannt werden, nicht von kausalen Zusammenhängen zwischen einem Faktor und einer Krankheit aus, sondern von erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeiten beim Auftreten bestimmter Dispositionen (Franke 2006: 126). Die Bestimmung von Risiken, die Krankheiten auslösen oder beeinflussen können, ist dabei von entscheidender Bedeutung. Zu diesen Risikofaktoren gehören persönliche bzw. genetische Dispositionen, das Geschlecht und das Alter einer Person sowie individuelle Faktoren wie Bluthochdruck, Suchtmittelkonsum oder Übergewicht. Zusätzlich dazu beschäftigen sich die Risikofaktorenmodelle mit menschlichen Verhaltensweisen, die bekannte Risikofaktoren begünstigen wie beispielsweise Bewegungsarmut oder ungesunde Konsumgewohnheiten (ebd.: 127). In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass das Risikofaktorenkonzept nicht zur individuellen Bestimmung von Krankheitswahrscheinlichkeiten angewendet werden kann, sondern lediglich die Erkrankungswahrscheinlichkeiten oder Veränderungen bei Krankheitshäufigkeiten in Bezug auf Bevölkerungsgruppen vorhersagt (Waller 2002b: 35). Somit kann das Risikofaktorenmodell keine Kausalität zwischen Risikofaktoren und der individuellen Erkrankungswahrscheinlichkeit herstellen, da die Frage, warum Individuen trotz hoher Risikofaktorenbelastung nicht erkranken, nicht beantwortet werden kann (sog. Escaper-Problematik) (Franzkowiak 2003a: 195; Schaefer/Blohmke 1978: 177).

Da jedoch nicht alle Risikofaktoren immer bekannt sind, können wiederum auch Individuen an bestimmten Krankheiten erkranken, obwohl sie keine der bekannten Risikofaktoren vorweisen. Diese „paradoxen Fälle“ (Schaefer/Blohmke 1978: 177) sind ebenso wie die „Escapers“ Belege dafür, dass Krankheiten multifaktoriell entstehen. Infolgedessen wird deutlich, dass nicht alle Risikofaktoren bei der Krankheitsentstehung bekannt sind bzw. im Umkehrschluss diese nicht unausweichlich zu einer Erkrankung führen.

Trotz der Bestimmung von Risikofaktoren ist die Ätiologie vieler Krankheiten nicht geklärt. Aufgrund dessen erstellen Schaefer und Blohmke (1978) eine Hierarchie der Risikofaktoren. In diesem Modell werden erstmalig gesellschaftliche Aspekte der Krankheitsentstehung mitberücksichtigt:

„Das Prinzip, das in dieser ‚Hierarchie‘ der Risikofaktoren liegt, macht freilich deutlich, daß es (außer Naturkatastrophen, reinen Erbkrankheiten und in gewissem Ausmaß Infekten inkl. parasitärer Krankheiten) *keine Krankheit geben kann, die nicht letztlich auch eine gesellschaftliche Ätiologie besitzt*. Die Erbanlage spielt bei der Krankheitsentstehung eine zwar wesentliche, immer aber die Rolle *eines* Faktors in

einer multifaktoriellen Genese“ (Schaefer/Blohmke 1978: 183 – Rechtschreibung und Hervorhebungen im Original).

In dem hierarchischen Modell (siehe Abbildung 1) wird die Entstehung der Risikofaktoren in einem Kausalzusammenhang analytisch betrachtet, wobei von einer wechselseitigen Abhängigkeit ausgegangen wird. Dazu klassifizieren Schaefer und Blohmke (1978: 181ff.) die Risikofaktoren in primäre, sekundäre und tertiäre Faktoren:

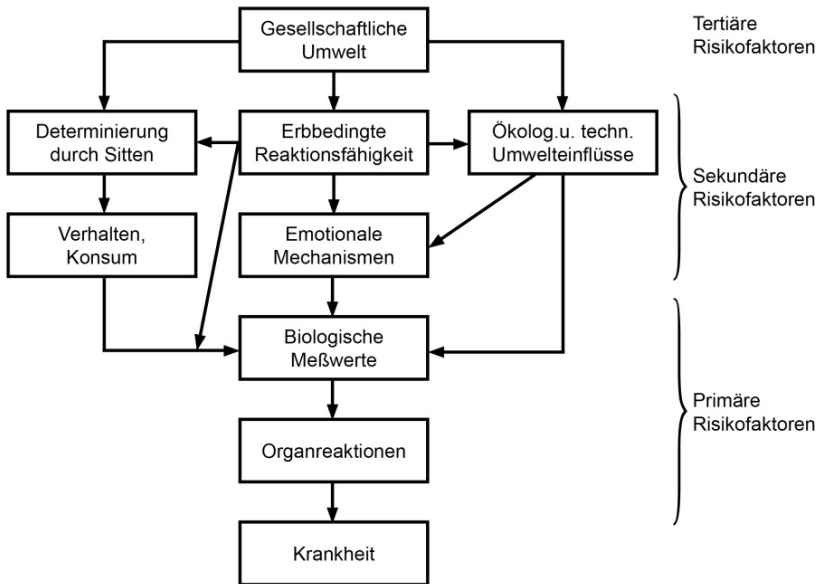
- Als primäre Risikofaktoren werden Faktoren bezeichnet, die von individuellen, körperlichen Faktoren abhängig sind wie beispielsweise Organreaktionen oder biologische Messwerte. Die Einwirkung der primären Risikofaktoren erfolgt direkt am funktionellen Substrat.
- Als sekundäre Risikofaktoren werden Faktoren bezeichnet, die einen psychologischen oder verhaltensdeterminierten Ursprung haben. Dazu zählen z. B. der Einfluss von Sitten und Gebräuchen, die erbbedingte Reaktionsfähigkeit oder auch ökologische und technische Umwelteinflüsse.
- Als tertiäre Risikofaktoren werden Faktoren bezeichnet, die den sekundären Faktoren vorgeschaltet sind und deren Entstehung von gesellschaftlichen Einflüssen determiniert wird.

Mit dieser Hierarchisierung wird erstmalig die wechselseitige Abhängigkeit von identifizierten Risikofaktoren in einem Kausalzusammenhang betrachtet. Die tertiären Risikofaktoren, also die gesellschaftlichen Lebensbedingungen, können sekundäre Faktoren wie beispielsweise emotionale Reaktionen oder auch Veränderungen der Verhaltensweisen hervorbringen, die wiederum primäre Faktoren beeinflussen, die biochemisch oder immunologisch messbar sind. Durch diese Klassifizierung und Hierarchisierung ist zum Teil eine epidemiologisch-ätiologische Betrachtungsweise der Krankheitsentstehung möglich (ebd.).

Da das Risikofaktorenmodell in der Literatur keiner einheitlichen Theorie zugeordnet wird, setzt hier auch die Kritik an diesem Modell an. Die unterschiedlichen Risikofaktoren basieren auf unterschiedlichen theoretischen Annahmen, so dass eine allgemeingültige Bestimmung der Faktoren sich als schwierig erweist und eine theoriegeleitete Überprüfung nicht möglich ist (Horn 1983). Ebenso muss kritisch angemerkt werden, dass das Risikofaktorenmodell von einem passiven Individuum ausgeht, welches nicht aktiv an seinem Krankheits- oder Gesundheitszustand mitwirkt (Waller 2002b: 35). Das hat zur Folge, dass – ähnlich wie im biomedizinischen Modell – allein das medizinische System mit seinen Experten für die Krankheitsbekämpfung zuständig ist. Auch lassen sich aus dem Risikofaktorenmodell lediglich „präventive[n] massenthera-

peutische[n] Interventionen“ (Waller 2002b: 35) ableiten, ohne dass die Möglichkeiten der individuellen Behandlung weiter in Betracht gezogen werden.

Abbildung 1: Hierarchie der Risikofaktoren



(Quelle: Schaefer/Blohmke 1978: 182)

Ebenfalls wird im Risikofaktorenmodell die Entstehung von Krankheit eindimensional betrachtet, da das individuelle Verhalten beziehungsweise der individuelle Organismus isoliert betrachtet wird. Das Risikofaktorenmodell eröffnet jedoch die Perspektive, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Krankheiten besteht, so dass es als ein sozial-medizinisches Modell bezeichnet werden kann (Ortmann 2004: 105, Schaefer/Blohmke 1978).

Trotz der berechtigten Kritik bietet das Risikofaktorenmodell, auch ohne einheitliches theoretisches Rahmenkonzept, einen erweiterten Ansatz zum Verständnis der Krankheitsentstehung. Im Gegensatz zum biomedizinischen Modell berücksichtigt das Risikofaktorenmodell erstmalig soziale Determinanten bei der Krankheitsentstehung, auch wenn generell die Annahmen der medizinischen Perspektive vertreten werden.



## 2.3 Die soziologischen Perspektiven auf Krankheit

### 2.3.1 Der Selbstmord

In Abgrenzung zu den medizinisch orientierten Krankheitsmodellen liegt das soziologische Interesse bei der Betrachtung von Krankheiten in der Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Individuum (Siegrist 1988; Hurrelmann 2006). Nicht nur die Krankheitsdefinition sondern auch die Krankheitsentstehung, das Krankheitsverhalten, die Krankheitsfolgen sowie die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung sind in der soziologischen Perspektive durch soziale Faktoren und Begebenheiten geprägt (Waller 2002b: 12; Berkman et al. 2000).

Im Jahr 1897 veröffentlicht Émile Durkheim sein Werk „Der Selbstmord“, in welchem er den Zusammenhang zwischen dem Grad der gesellschaftlichen Integration eines Individuums und der spezifischen Selbstmordrate einer Gesellschaft untersucht. Er geht davon aus, dass die Gründe für einen Selbstmord auf gesellschaftliche Faktoren, die mit der Art und dem Ausmaß der sozialen Solidarität zusammenhängen, zurückzuführen sind (Durkheim 1973; Bruhn 2009: 35). In seiner Untersuchung erörtert Durkheim, dass die Selbstmordrate einer Gesellschaft eine soziale Tatsache ist und keine Summe von Einzelereignissen. Aufgrund dessen begreift Durkheim die unterschiedlichen Selbstmordraten als ein soziales Phänomen, welches durch soziale Ursachen zu erklären ist. Demzufolge sind sich ändernde Selbstmordraten durch das unterschiedliche Ausmaß an sozialer Integration zu erklären (Durkheim 1973). Um seine These empirisch zu untersuchen, analysiert er die europäischen Selbstmordstatistiken der Jahre 1841 - 1887, wobei er unterschiedliche Faktoren wie Religionszugehörigkeit, Klima, Familienstand und Alkoholismus mitberücksichtigt.

Als Ergebnis seiner empirischen Untersuchung entwirft Durkheim eine viergliedrige Typologie des Selbstmordes, die sich auf das unterschiedliche Ausmaß der Diskrepanz zwischen sozialer Integration und sozialer Regulation begründet: 1. der egoistische Selbstmord 2. der altruistische Selbstmord 3. der anomische Selbstmord und 4. der fatalistische Selbstmord.

Abbildung 2: Typologie des Selbstmords

	Soziale Integration	Soziale Regulation
Hoch	Altruistischer Selbstmord	Fatalistischer Selbstmord
Niedrig	Egoistischer Selbstmord	Anomischer Selbstmord

(Quelle: Eigene Darstellung)

Ein egoistischer Selbstmord liegt Durkheims Ansicht nach vor, wenn ein Individuum nicht ausreichend in eine Gesellschaft integriert ist. Durch fehlende individuelle Integration in soziale Strukturen wie Familie oder Arbeitsplatz, die zu einer ungenügenden Verbundenheit mit der Gesellschaft führen, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Selbsttötung:

„Wenn die innere Verbundenheit einer Gruppe aufhört, dann entfremdet sich in gleichem Maße das Individuum dem Gemeinschaftsleben, und seine Ziele gewinnen Vorrang vor der Gruppe; mit einem Wort, die Einzelpersonlichkeit stellt sich über das Kollektiv. Je weiter die Schwächung in der Gruppe fortschreitet, der er angehört, umso mehr steht es demzufolge bei ihm, ob er noch andere Verhaltensregeln anerkennt als die, die in seinem Privatinteresse liegen. Wenn man also einen Zustand, in dem das individuelle Ich und auf Kosten desselben behauptet, mit Egoismus bezeichnen will, dann können wir diesem besonderen Typ von Selbstmord, der aus einer übermäßigen Individuation hervorgeht, als egoistisch bezeichnen“ (Durkheim 1973: 232).

Das Individuum ist nicht in der Lage, sich ausreichend in die sozialen Begebenheiten zu integrieren, so dass der egoistische Selbstmord eine Konsequenz der mangelnden Integration in die Gesellschaft sein kann (siehe Abbildung 2). Im Gegensatz dazu steht der altruistische Selbstmord. Laut Durkheim steigt die Wahrscheinlichkeit eines altruistischen Selbstmordes mit einer schwach ausgeprägten Individualität und einer starken gesellschaftlichen Abhängigkeit (Durkheim 1973). Das Individuum hat die Ideale und Normen einer Gesellschaft zu stark internalisiert und ist dementsprechend übermäßig in die Gesellschaft eingebunden, so dass es durch die zu starke gesellschaftliche Integration – bei zeitgleicher Vernachlässigung der individuellen Bedürfnisse – zum altruistischen Selbstmord kommen kann (ebd.). Der dritte Typus, der anomische Selbstmord, wird Durkheims Ansicht nach durch gesellschaftliche Veränderungsprozesse ausgelöst, wie beispielsweise wirtschaftliche Zusammenbrüche oder Aufschwünge.

„Es ist bekannt, dass wirtschaftliche Krisen auf die Selbstmordanfälligkeit eine verstärkende Wirkung haben. (...) Diese Beziehung findet man nicht nur in Ausnahmefällen; sie ist die Regel“ (Durkheim 1983: 233).

Laut Durkheim besitzt der Mensch keine natürlichen Grenzen der Bedürfnisbefriedigung, so dass er dauerhaft in einem unbefriedigten Zustand lebt, da seine Wünsche und Bedürfnisse permanent die verfügbaren Ressourcen übersteigen. Von daher benötigt er eine Instanz, die er akzeptiert und die diese Wünsche und Bedürfnisse reguliert und befriedigt. In der Regel erfüllen die gesellschaftlich akzeptierten und legitimierten Werte und Normen diese Funktion der Bedürfnis-

Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke  
Möglichkeiten und Restriktionen

Bruns, W.

2013, XIV, 248 S. 13 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-00673-0