

Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs

Practical Theology in the Discourse
of the Humanities

Herausgegeben von
Bernhard Dressler · Maureen Junker-Kenny
Thomas Klie · Martina Kumlehn · Ralph Kunz

Band 4

Walter de Gruyter · Berlin · New York

Praktische Theologie des Alterns

Herausgegeben von
Thomas Klie, Martina Kumlehn
und Ralph Kunz

Walter de Gruyter · Berlin · New York

Inhalt

<i>Martina Kumlehn, Thomas Klie (Rostock), Ralph Kunz</i> Einleitung: Religionsgerontologie und Lebenskunst	1
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

I. Perspektiven

<i>Gabriele Doblhammer, Caroline Berghammer, Rico Jonassen</i> Demographie: Trends und Muster im Europäischen Kontext und der Einfluss von Religion auf das demographische Verhalten ...	7
<i>Herman Westerink</i> Gerontopsychologie: Altern deuten	35
<i>François Höpflinger</i> Sozialgerontologie: Alter im gesellschaftlichen Wandel und neue soziale Normvorstellungen zu späteren Lebensjahren	55
<i>Andreas Kruse</i> Kulturelle Gerontologie: Gesellschaftliche und individuelle Antworten auf Entwicklungspotenziale und Grenzsituationen im Alter	75
<i>Thomas Schlag</i> Altenpolitik: Zivilgesellschaftliches Engagement, Solidarität und kirchliche Raumeröffnungen	105

II. Phänomene

<i>Christina Aus der Au</i> Leiblichkeit: Die rezeptive Dimension des Selbst. Von der Alzheimer-Krankheit zur <i>conditio humana</i>	133
<i>Ralph Kunz</i> Weisheit: Konzepte der Lebensklugheit	155

© Gedruckt auf säurefreiem Papier,
das die US-ANSI-Norm über Haltbarkeit erfüllt.

ISBN 978-3-11-020374-5

ISSN 1865-1658

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Copyright 2009 by Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, D-10785 Berlin

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages
unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikro-
verfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Christopher Schneider, Laufen
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co. GmbH & Co. KG, Göttingen

Demographie: Trends und Muster im Europäischen Kontext und der Einfluss von Religion auf das demographische Verhalten

Gabriele Doblhammer, Caroline Berghammer, Rico Jonassen

1. Einleitung

Sinkende Kinderzahlen und steigende Lebenserwartung prägen in vielen Ländern Europas seit mehreren Jahrzehnten die demographische Entwicklung und haben zur Alterung der Bevölkerung und in einigen Ländern zu einem Bevölkerungsrückgang geführt. Hinter diesem allgemeinen Trend finden sich jedoch bedeutende regionale Muster sowohl in der durchschnittlichen Kinderzahl als auch der Lebenserwartung. Über die Zeit werden Phasen europaweiter Konvergenz demographischen Verhaltens von Phasen der Divergenz abgelöst. Gerade zur Beginn des 21. Jahrhunderts scheinen sich in Europa neue Divergenzen in Hinblick auf die Gesundheit und Sterblichkeit, aber auch die Fertilität und die gewünschte Kinderzahl zu entwickeln. So unterscheiden sich die europäischen Länder im Tempo der Säkularisierung und Individualisierung der Gesellschaft, den Normen und Wertvorstellungen in Hinblick auf Partnerschaft, Familie und Kinder, die einen direkten Einfluss auf den demographischen Prozess der Fertilität haben. Aber auch ökonomische, medizinisch-technologische Rahmenbedingungen und gesundheitsbewusste Lebensstile unterscheiden sich europaweit und prägen das jeweilige Sterblichkeitsgeschehen in den Ländern.

Trotz einer generellen Säkularisierung spielt Religiosität eine bedeutsame Rolle im Leben vieler Menschen. Aus der damit verbunden allgemeinen religiösen Werteorientierung lassen sich demographische Verhaltensmuster ableiten, die auch an die nächsten Generationen weitergegeben werden. Doch ist Religion noch ein relevantes Handlungsmotiv für demographisches Verhalten?

Religiöse Gruppen besitzen oft spezifische demographisch relevante Verhaltensmuster und unterscheiden sich hierdurch. Einer Religion anzugehören, legt aufgrund ihrer Gebote und Verbote bestimmte Verhal-

tensweisen nahe. Gerade die christlichen Kirchen messen Ehe und Familie einen hohen Stellenwert bei. Sinkende Heiratszahlen, steigende Scheidungsraten, Zunahme des unverheirateten Zusammenlebens und rückläufige Geburtenzahlen stehen diesen Werten entgegen. So versteht etwa die Evangelische Kirche in Deutschland Ehe und Familie als „gute Gaben Gottes“ und „sieht in ihnen die grundlegende und exemplarische Form menschlichen Zusammenlebens.“¹ Papst Benedikt XVI. äußerte angesichts der Geburtenentwicklung in Europa die Befürchtung: „Für den Außenstehenden scheint es [Europa; Anm.] müde zu sein, ja, sich selbst von der Geschichte verabschieden zu wollen.“² Bezüglich der Alterung der Bevölkerung heißt es hingegen in einem Schreiben der Deutschen Bischofskonferenz (DBK): „Die steigende Lebenserwartung der Menschen ist ein Geschenk, das die Kirche dankbar annimmt und als pastorale Aufgabe begreift.“³ Mehrere kirchliche Schriften befassen sich mit Themen rund um die zunehmende Alterung, z. B. mit dem Gesundheitssystem⁴ oder der Reform der Alterssicherung⁵.

Dieses Kapitel zielt darauf ab einen Überblick über die Demographie Europas zu geben und den Einfluss von Religion auf das demographische Verhalten darzustellen. Es ist wie folgt aufgebaut: Ein erster Teil widmet sich der Alterung der Bevölkerung und gibt einen Ausblick auf deren

- 1 EKD (Hg.), *Was Familien brauchen. Eine familienpolitische Stellungnahme des Rates der EKD*, Hannover 2002 (Zugriff im September 2008 unter http://www.ekd.de/EKD-Texte/ekd_text_73_2.html).
- 2 Benedikt XVI., *Ansprache von Benedikt XVI. an das Kardinalskollegium und die Mitglieder der Römischen Kurie beim Weihnachtsempfang*, Vatikan 2006 (Zugriff im September 2008 unter http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2006/december/documents/hf_ben_xvi_spe_20061222_curia-romana_ge.html).
- 3 Die deutschen Bischöfe (Pastoral-Kommission), *Dem Leben auf der Spur. Einsichten und Hilfen beim Älterwerden*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Bonn 2000 (Zugriff im September 2008 unter http://www.dbk.de/schriften/deutsche_bischoefe/erklaerungen/index.html).
- 4 Die deutschen Bischöfe (Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen), *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Bonn 2003 (Zugriff im September 2008 unter http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1b.kommissionen/ko_27.pdf).
- 5 Rat der EKD und DBK, *Verantwortung und Weitsicht. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur Reform der Alterssicherung in Deutschland*, 2000 (Zugriff im September 2008 unter http://www.ekd.de/EKD-Texte/verantwortung_weitsicht_rente_2000.html).

zukünftige Entwicklung. Da vor allem die Entwicklung der Lebenserwartung bestimmend für das weitere Ausmaß der Bevölkerungsalterung ist, widmet sich der zweite Teil des Kapitels den Trends und Mustern der Sterblichkeit. Dabei wird auch der Frage nachgegangen, inwieweit Religiosität einen Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung hat. Der dritte Teil zeichnet die Trends und Muster der Fertilität nach und diskutiert den Zusammenhang von Religion und Fertilitätsverhalten.

2. Die Bevölkerungsalterung

Die europäischen Bevölkerungen altern und der Anteil älterer und hochbetagter Menschen wird besonders in den nächsten Jahrzehnten überproportional zunehmen. Die demographische Alterung ist Ausdruck eines grundlegenden gesellschaftlichen Wandels, der in den letzten hundert Jahren zu einem drastischen Rückgang der Kinderzahl pro Frau bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung geführt hat. Die Säkularisierung und Individualisierung der europäischen Gesellschaften, der Wandel der Lebensformen und Lebensläufe geht mit Änderungen in den drei demographischen Prozessen Fertilität, Mortalität und Migration einher, die zu tiefgreifenden Änderungen in der Struktur der Bevölkerungen führen. Die Konsequenzen werden in allen Lebensbereichen spürbar sein, ausgehend von den individuellen Lebensläufen und Familienstrukturen hin zu Wirtschaft und Betrieben sowie den sozialen Sicherungssystemen. Die große Herausforderung in alternden Gesellschaften besteht darin, dass die einzelnen Lebensphasen, die wir durchlaufen, starr in Hinblick auf das Lebensalter definiert sind. Drastische Änderungen in der Altersstruktur von Gesellschaften, so wie wir sie in den nächsten Jahrzehnten erleben werden, müssen daher unweigerlich zu Anpassungen in den sozialen und wirtschaftlichen Prozessen führen.

Entgegen der weitverbreiteten Annahme, dass die Bevölkerungsalterung vor allem auf die Industrienationen beschränkt ist, wird sich diese in den kommenden Jahrzehnten weltweit beschleunigen. Allerdings befinden sich die Weltregionen in sehr unterschiedlichen Stadien: während im Jahre 2005 in Westeuropa 20 % der Bevölkerung 60 Jahre und älter sind, gehen Prognosen davon aus, dass dieser Wert im Jahre 2050 auf 37 % ansteigen wird, in Japan und Ozeanien sogar von 24 % auf 42 %, aber

auch im Afrika südlich der Sahara von 22 % auf 27 %.⁶ Innerhalb Europas sind es vor allem auch die Osteuropäischen Länder die besonders stark altern. Zudem kam es in diesen Ländern bereits in den letzten Jahren zu einem Bevölkerungsrückgang, der im Westen Europas noch durch Zuwanderung aufgefangen wurde. In Deutschland nimmt die Bevölkerung seit dem Jahre 2003 ab, da die sinkenden Wanderungssalden das Geburtendefizit nicht mehr auffüllen können.⁷ Bis zum Jahre 2050 resultiert daraus voraussichtlich ein Rückgang der Bevölkerungszahlen um zwischen 10 % und 15 %.⁸

Ein wichtiger Indikator für die Bevölkerungsalterung ist der Anteil der hochbetagten Menschen im Alter 80+. Ein Anstieg der Hochbetagten hat weitreichende Konsequenzen für den zukünftigen Pflegebedarf und die Gesundheitsausgaben, die unsere Gesellschaften zu leisten haben. Derzeit liegt der Anteil der Hochbetagten in Europa bei 4 %, wie sich dieser Anteil im 21. Jahrhundert entwickeln wird, ist jedoch höchst unsicher und hängt von der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung ab. Prognosen, die diese Unsicherheit berücksichtigen, gehen davon aus, dass im Jahre 2050 mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % der Anteil der 80+jährigen zwischen 5 % und 21 % liegen wird und im Jahre 2100 zwischen 5 % und 43 %.⁹

Obwohl die demographische Alterung unbestritten ist, gibt es auch neue Ansätze in der Demographie, die ihr Ausmaß relativieren. Dabei wird die Lebensspanne nicht nur retrospektiv gemessen, d. h., wie viele Jahre eine Person bereits gelebt hat, sondern auch prospektiv: wie viele Jahre hat eine Person in einem gegebenen Alter unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Lebenserwartung noch zu leben. Diese Restlebenserwartung ist im Laufe des letzten Jahrhunderts enorm angestiegen: so erlebte um 1800 nur etwa jede dritte Frau ihren sechzigsten Geburtstag, während heute in den Industrieländern über 90 Prozent der Frauen 60 Jahre alt werden¹⁰ und Prognosen davon ausgehen, dass jedes

6 Wolfgang Lutz/Warren C. Sanderson/Sergei Scherbov, *The coming acceleration of global population ageing*, in: *Nature* 451 (2008), 716–719.

7 Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung Deutschlands bis 2050–11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Statistisches Bundesamt – Pressestelle Wiesbaden 2006.

8 A. a. O.

9 Lutz/Sanderson/Scherbov, *The coming acceleration*, a.a.O.

10 Warren C. Sanderson/Sergei Scherbov, *Average remaining lifetimes can increase as human populations age*, in: *Nature* 435 (2005), 811–813 (Zugriff unter <http://www.nature.com/nature/journal/v435/n7043/abs/nature03593.html>).

zweite heute neugeborene Mädchen ihren hundertsten Geburtstag erleben wird¹¹. Berechnet man das Alter anhand des prospektiven Maßes der Restlebensspanne eines Menschen, so würde etwa eine 40-jährige Frau im Jahre 2050 mit einer Restlebenserwartung von 50 Jahren dieselbe verbleibende Anzahl von Lebensjahren haben wie eine 30-Jährige im Jahre 2000. Das prospektive chronologische Alter dieser Frau im Jahre 2050 wird daher auf das Alter 30 festgelegt. Verwendet man nun dieses prospektive chronologische Alter in den Bevölkerungsprognosen, so zeigt sich, dass die Bevölkerungsalterung wesentlich weniger dramatisch ausfällt und sich für Deutschland das Medianalter nicht von 39,9 Jahren im Jahre 2000 auf 51,9 Jahre (2050) erhöhen wird, sondern nur auf 42,4 Jahre. Dies ist von Bedeutung, da für viele Sozialausgaben wie Rentenzahlungen, Pflegeleistungen und Gesundheitsausgaben die verbleibenden Lebensjahre wichtiger sind als das Alter, in dem sie anfallen.¹²

Die Bevölkerungsalterung ist unabwendbar in der Alterstruktur der meisten Bevölkerungen festgeschrieben und kann in absehbarer Zeit weder durch vermehrte Zuwanderung noch durch höhere Geburtenraten gestoppt werden.¹³ Selbst bei einer Kombination von einer unrealistisch hohen Fertilität von 2,2 Kindern im europäischen Durchschnitt (gegenwärtig liegt der EU Durchschnitt bei 1,5 Kindern) und einer Nettozuwanderung von 1,2 Millionen Zuwanderern pro Jahr (im Jahre 2002 hatte die EU einen Zuwanderungsgewinn von 700.000 Personen) fällt die Relation der Bevölkerung im Alter 65+ zu den 15- bis 64-Jährigen von vier auf 2,5.¹⁴

3. Trends und Muster von Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die Ursachen der Bevölkerungsalterung liegen in der steigenden Lebenserwartung und dem Rückgang der Kinderzahl. Während zu Beginn des Fertilitätsrückganges Anfang der 1970er Jahre vor allem die sinkende

11 James W. Vaupel/John M. Owen, *Anna's life expectancy*, in: *Journal of Policy Analysis and Management* 5 (1986), 383–389.

12 Sanderson/Scherbov, *Average remaining lifetimes*, a.a.O.

13 Wolfgang Lutz/Brian O'Neill/Sergei Scherbov, *Europe's population at a turning point*, in: *Science* 299 (2003), 1991–1992.

14 Wolfgang Lutz/Sergei Scherbov, *Can immigration compensate for Europe's low fertility?*, Vienna Institute of Demography, 16 p. (European Demographic Research Papers; 1), 2003 (Zugriff unter: http://www.oecw.ac.at/vid/publications/EDRP_No1.pdf).

Fertilität das Tempo der Alterung vorgab, wird in Zukunft der Anstieg der Lebenserwartung der bestimmende Faktor sein. Dabei ist der unaufhaltsame Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten vor allem auf einen Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter zurückzuführen.¹⁵ Die Plastizität der Sterblichkeit im Alter und damit ihre Beeinflussbarkeit durch Umweltfaktoren wurde eindringlich durch die Wiedervereinigung Deutschlands unter Beweis gestellt. Bis in die Mitte der 1970er Jahre hatten Frauen in der DDR eine höhere Lebenserwartung als in Westdeutschland. Danach stieg die Lebenserwartung im Westen stärker an als im Osten, sodass sich bis zur Wiedervereinigung eine immer größere Schere auftrat. Zwischen 1991 und 2006 verkleinerte sich jedoch der Abstand zwischen den alten und neuen Bundesländern von 3,3 Jahren auf 1,2 Jahre bei Männern und von 2,6 auf 0,2 Jahre bei den Frauen. Die Angleichung der Lebenserwartung erfolgte dabei vor allem durch den Rückgang der Sterblichkeit bei über 60-jährigen Frauen, und hier in besonderem Maße unter den Hochaltrigen. Viele Ursachen trugen zu dieser positiven Entwicklung bei, einen bedeutenden Einfluss scheint jedoch die verbesserte medizinische Versorgung und Pflege der Hochaltrigen zu haben.¹⁶

Zurzeit findet sich generell für Frauen in Europa eine Lebenserwartung von über 80 Jahren, für Männer von über 75 Jahren. Am höchsten ist im Jahre 2006 die Lebenserwartung für Frauen in Spanien (84,07 Jahre) und für Männer in der Schweiz (79,08 Jahre). Dabei hatten noch in den 1950er Jahren Spanierinnen gemeinsam mit anderen Südeuropäerinnen mit die niedrigste Lebenserwartung in Europa, und konnten erst in den letzten Jahrzehnten enorme Zugewinne erzielen. Damit haben die südeuropäischen Länder die Länder Nordeuropas überholt. Deutschland und Österreich bewegen sich unverändert im europäischen Mittelfeld, während die Schweiz bereits in den 1950er Jahren zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung gehörte und dies nach wie vor zutrifft. Das Land mit der weltweit höchsten Lebenserwartung ist Japan: die neuesten Daten für das Jahr 2007 gehen von einer Lebenserwartung von 86 Jahren für Frauen und 79,19 Jahren für

15 A. Roger Thatcher/Väinö Kannisto/James W. Vaupel, *The force of mortality at ages 80 to 120*, Odense 1998.

16 Marc Luy, *Der Einfluss von Tempo-Effekten auf die ost-west-deutschen Unterschiede in der Lebenserwartung*, in: Insa Cassens/Marc Luy/Rembrandt Scholz (Hg.), *Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende*, Wiesbaden 2009.

Männer aus. Eine vollkommen unterschiedliche Entwicklung haben die osteuropäischen Staaten genommen wo es nach einem Gewinn an Lebensjahren in den 1950er und 1960er Jahren zu einer Stagnation, in Russland sogar zu einem Rückgang kam.

Über die Zeit betrachtet finden sich Zyklen der Konvergenz und Divergenz in der Sterblichkeitsentwicklung der europäischen Länder. Neue Ansätze der Sterblichkeitsforschung gehen davon aus¹⁷, dass Verbesserungen der sozialen, ökonomischen, medizinischen und technischen Umweltbedingungen in einer ersten Phase zu einer Divergenz des Sterblichkeitsgeschehens führen, da einige Länder früher als andere diese Änderungen in zusätzliche Lebensjahre umsetzen können. Danach kommt es zu einem Aufholprozess, indem andere Populationen, oft sogar schneller als die Vorreiter, die notwendigen Voraussetzungen für einen Anstieg der Lebenserwartung schaffen. Dies führt zu einer Phase der Konvergenz, die so lange anhält, bis neue gesellschaftliche Entwicklungen zu einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung in einigen Vorreiterationen führen und damit eine neue Phase der Divergenz einleiten.

Seit dem 18. Jahrhundert machten Vallin und Meslé zwei, möglicherweise auch drei Konvergenz-Divergenz Phasen aus, die in den einzelnen Ländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten eintraten. Die erste Phase begann Mitte des 18. Jahrhunderts, reichte bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts und wird als die erste epidemiologische Transition bezeichnet.¹⁸ Die Säkularisierung der Gesellschaft und die Industrielle Revolution führten auch zu neuen hygienischen Standards in allen Bereichen des Lebens, zu einer Verbesserung der Ernährung und der Ausweitung der Bildung in weite Teile der Bevölkerung. Das Resultat war die Reduktion von Infektionserkrankungen zuerst in den Nord- und Westeuropäischen Ländern, danach gefolgt von Süd- und Osteuropa und schließlich von Japan. Abhängig von der Geschwindigkeit dieses Prozesses in den einzelnen Ländern kam es von der Mitte des 18. Jahrhunderts bis 1900 zu einer enormen Divergenz der Lebenserwartung, die in den darauf folgenden 50 Jahren von einer rapiden Konvergenz abgelöst wurde. Mitte der 1960er Jahre wurde eine neue Phase der Sterblich-

17 Jacques Vallin/France Meslé, *Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition*, in: Demographic Research Special Collection Article 2 (2004), 9–43; Jacques Vallin, *Disease, death, and life expectancy*, in: Genus 61 (2005), 279–296.

18 Abdel R. Omran, *The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change*, in: Milbank Quarterly 49 (1971), 509–538.

keitsentwicklung eingeleitet, der Rückgang der Herz-Kreislaufkrankungen. Vorreiter dieser Entwicklung waren die Länder der westlichen Welt, in denen neben medizinisch-technischen Innovationen vor allem auch individuelle Änderungen in einer Reihe von Verhaltensfaktoren und im Lebensstil zu enormen Gewinnen an Lebensjahren führten. Die früheren kommunistischen Länder konnten diesem Prozess nicht folgen. Als Ursache führen Vallin und Meslé ökonomische Gründe an, die die Ausweitung kostspieliger neuer medizinischer Technologie verhinderten, aber auch die Beibehaltung von gesundheitsschädigenden Lebensstilen in der Ernährung, beim Tabakkonsum und geringe körperliche Fitness. Mit den politischen Änderungen Anfang der 1990er Jahre kam es auch in den früheren kommunistischen Ländern zu einer Reduktion der Herz-Kreislaufkrankungen und damit zu einer neuen Phase der europaweiten Konvergenz der Sterblichkeit. Eine dritte Phase im Sterblichkeitsgeschehen machen Meslé und Vallin in der Auseinanderentwicklung der Sterblichkeit von Frauen in Ländern wie Japan und Frankreich auf der einen Seite, sowie Holland und den USA auf der anderen Seite aus. In Holland und den USA zeigt sich in den letzten Jahren eine Verlangsamung der Gewinne an Lebensjahren, deren Ursache vor allem in der geringer werdenden Reduktion der Herz-Kreislaufkrankungen liegt. Japan und Frankreich hingegen, zwei Länder mit besonders hoher Lebenserwartung, verzeichnen weiterhin starke Zunahmen an Lebensjahren vor allem unter den Hochaltrigen (80+). Entsprechend steigen in Holland und den USA die genannten Todesursachen, aber auch mentale Erkrankungen wie Demenzen an, während es in Japan und Frankreich generell zu Rückgängen kommt. In der Literatur wird die Möglichkeit diskutiert, dass nach dem Rückgang der Infektions- und chronischen Erkrankungen der nächste Durchbruch in der Lebenserwartung im Bereich der Demenzerkrankungen und der Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit im Alter liegt. Japan und Frankreich mögen dabei den USA und Holland einen Schritt voraus sein.

Nicht nur Bevölkerungen unterscheiden sich in ihrer Lebenserwartung, auch Subpopulationen innerhalb einer Bevölkerung weisen oft enorme Unterschiede in der Sterblichkeit auf. Es gibt eine große Anzahl von Studien, die für einzelne Länder, aber auch im internationalen Vergleich zeigen, dass Sterblichkeit vom sozioökonomischen Status, der wiederum auch in Verbindung mit Lebensstilfaktoren steht, abhängt. Hier soll nicht weiter auf diese Unterschiede eingegangen werden, jedoch ein spezieller

Aspekt näher beleuchtet werden, nämlich der Zusammenhang von Religion und Gesundheit bzw. Sterblichkeit.

4. Der Einfluss von Religiosität auf Gesundheit und Sterblichkeit

In der Literatur wird eine Reihe von Mechanismen identifiziert, die den Zusammenhang zwischen Religion bzw. Religiosität und Gesundheit und Sterblichkeit begründen können.¹⁹ Ein Erklärungsversuch basiert auf Unterschieden in individuellen Verhaltensmustern. Religion befördert durch explizite Gebote und Verbote gesundheitsbewusste Verhaltensweisen und führt damit zu einer besseren Gesundheit und einer niedrigeren Sterblichkeit. Schätzungen gehen davon aus, dass Unterschiede in den Verhaltensmustern etwa 10 % der Varianz in Gesundheit erklären können. Ein weiterer Erklärungsansatz sieht soziale Unterstützung als einen Mechanismus an, durch den religiöses Engagement auf die Gesundheit wirkt. Der regelmäßige Besuch religiöser Veranstaltungen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich soziale Netzwerke und Unterstützungssysteme herausbilden und entwickeln. Dies mag besonders für benachteiligte Personen relevant sein, da der Zugang zu Ressourcen innerhalb der Gemeinde vergleichsweise kostengünstig und einfach ist.²⁰ Personen mit häufigem Besuch religiöser Veranstaltungen bestätigen umfangreichere soziale Netzwerke, intensivere Interaktionen innerhalb dieser Netzwerke und verweisen auf mehr Unterstützungen durch Dritte. Des Weiteren erfahren sie durch ihre sozialen Netzwerke eine größere Zufriedenheit. Dennoch scheinen soziale Unterstützungssysteme nur 5–10 % der Varianz in Gesundheit erklären zu können. Die Kohärenzhypothese geht davon aus, dass Religiosität einen positiven Effekt auf die Gesundheit hat, indem die Religion dem Leben Sinn und Bedeutung verleiht und hierdurch zu einer positiven Lebenseinstellung beiträgt. Von den genannten Mechanismen erfährt die Kohärenzhypothese in der Literatur die größte

19 George K. Jarvis/Herbert C. Northcott, *Religion and differences in morbidity and mortality*, in: *Social Science & Medicine* 25 (1987), 813–824; Linda K. George, David Larson, Harold Koenig, Michael McCullough, *Spirituality and health. What we know, what we need to know*, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 19 (2000), 102–116.

20 Lynda H. Powell/Leila Shahabi/Carl E. Thoresen, *Religion and spirituality. Linkages to physical health*, in: *American Psychologist* 58 (2003), 36–52.

Unterstützung. Sie erklärt einen signifikanten Anteil von 20–30 % der Varianz in Gesundheit. So kann Religion als ein Instrument der Lebensbewältigung angesehen werden, das insbesondere in Stresssituationen und bei Krankheit bedeutsam wird und Leiden lindern hilft.²¹

Zur Thematik von Religion bzw. Religiosität und ihrem Einfluss auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand sowie letztlich auf die Sterblichkeit liegen zahlreiche Studien vor. Unabhängig von der theologischen Sichtweise zeigt sich, dass Religionen einen starken Einfluss auf die Lebensweise vieler Menschen haben, auf deren Lebensqualität ebenso wie auf die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre.²² Weaver und Koenig²³ schließen aus ihrem Literaturüberblick, dass ein Zusammenhang zwischen religiösem Engagement und dem Gesundheitszustand besteht: höheres Engagement geht mit einem gesundheitsfördernden Verhalten und einem geringeren Missbrauch psychoaktiver Substanzen einher. Ebenso tragen Unterstützungen durch ein kontinuierliches soziales Netzwerk letztlich zu einer höheren Lebenserwartung bei. Die große Anzahl veröffentlichter Studien weist deutlich auf einen substantiellen empirischen Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit hin.²⁴

Viele Studien beschreiben nicht den Effekt der Zugehörigkeit zu einer bestimmten religiösen Gruppierung, sie sind vielmehr am Zusammenhang zwischen religiöser Mitgliedschaft, religiösem Engagement bzw. allgemein von Religiosität und Verhaltensweisen interessiert.²⁵ Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Religion und einzelnen Aspekten von physischer und psychischer Gesundheit sowie der Sterblichkeit ist es wichtig, zwischen religiöser Mitgliedschaft, religiösem Engagement bzw. persönlicher Religiosität zu unterscheiden. Rew und Wong²⁶ stellen in ihrem Literaturüberblick hierzu heraus, dass die Begriffe Religion, Religiosität, religiöses Engagement und Spiritualität vielfach gleichbedeutend

21 A. a. O.

22 Jarvis/Northcott, *Religion and differences in morbidity and mortality*, a.a.O., 822.

23 Andrew J. Weaver/Harald G. Koenig, *Religion, spirituality, and their relevance to medicine. An update*, in: *American Family Physician* 73 (2006), 1336–1337.

24 Jeffrey S. Levin, *Religion and health. Is there an association, is it valid, and is it causal?*, in: *Social Science & Medicine* 38 (1994), 1475–1482; Branka Aukst-Margetić/Branimir Margetić, *Religiosity and health outcomes. Review of literature*, in: *Collegium Antropologicum* 29 (2005), 365–371.

25 Jarvis/Northcott, *Religion and differences in morbidity and mortality*, a.a.O.

26 Lynn Rew/Y. Joel Wong, *A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors*, in: *Journal of Adolescent Health* 38 (2006), 433–442.

verwendet werden. Die vier häufigsten Religiositätsvariablen, die in wissenschaftlichen Untersuchungen zur Erklärung des Zusammenhangs von Religion und Gesundheit bzw. Sterblichkeit herangezogen werden, sind der Besuch von bzw. die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen, die persönliche Religiosität, die religiöse Bedeutungszumessung und die Zugehörigkeit zu bzw. Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppe.

4.1 Religiosität

Aukst-Margetić und Margetić²⁷ betonen in ihrem Literaturüberblick, dass Variablen wie öffentliches religiöses Engagement, z. B. der Besuch von religiösen Veranstaltungen, einen stärkeren Effekt auf den Gesundheitszustand ausüben als private Religiosität, etwa Selbstbewertung der eigenen Religiosität, Häufigkeit des stillen Gebets oder Religion als Mittel der Lebensbewältigung. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass gesunde Menschen eher in der Lage sind, religiöse Veranstaltungen zu besuchen als Kranke.

Im Gegensatz hierzu zeigen Moreira-Almeida, Neto und Koenig²⁸ auf, dass private (aber nicht öffentliche) Religiosität mit einem geringeren Risiko suizidaler Gedanken einhergeht und auch das Risiko eines tatsächlichen Suizidversuches reduziert. Sie schließen daraus, dass Religiosität einen wichtigen Aspekt darstellt, der mit guter psychischer Gesundheit einhergeht. Auch Dezutter, Soenens und Hutsebaut²⁹ verweisen darauf, dass die gegenwärtige Forschung im Hinblick auf die Vorhersage psychischer Gesundheit religiöse Einstellungen als bedeutsamer ansieht als religiöses Engagement. Ebenso unterstützen Edmondson et al.³⁰ in ihrer Studie die These, dass eine durch Religiosität bedingte positive Lebensauffassung einen bedeutsamen Effekt auf die Gesundheit hat. Eine

27 Aukst-Margetić/Margetić, *Religiosity and health outcomes*, a.a.O.

28 Alexander Moreira-Almeida/Francisco L. Neto/Harald G. Koenig, *Religiousness and mental health. A review*, in: *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28 (2006), 242–250.

29 Jessie Dezutter/Bart Soenens/Dirk Hutsebaut, *Religiosity and mental health. A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes*, in: *Personality and Individual Differences* 40 (2006), 807–818.

30 Kimberley A. Edmondson, Kathleen Lawler, Rebecca Jobe, Jarred Younger, Rachel Piferi, Warren Jones, *Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women*, in: *Journal of Religion and Health* 44 (2005), 161–171.

solche Einstellung ist mit einer größeren Lebenszufriedenheit verbunden und führt dazu, dass insgesamt weniger Stress empfunden wird. Verschiedene Dimensionen von Religiosität drücken sich in einem positiven Gesundheitszustand aus.³¹ Eine tiefe religiöse Lebenseinstellung stellt den stärksten Einflussfaktor dar und ist mit einer schnelleren Genesung und einem besseren Überleben ernsthafter Krankheiten verbunden.

Powell, Shahabi und Thoresen³² schließen aus ihrem Literaturüberblick, dass Religiosität, aber auch Spiritualität allgemein, einen Einfluss auf die physische Gesundheit hat, was bei gesunden Personen der Entwicklung von Krankheiten vorbeugt.

4.2 Religiöses Engagement

Nach Aukst-Margetić und Margetić³³ zeigt die Mehrzahl an Studien einen Zusammenhang zwischen größerem religiösen Engagement und einem besseren physischen und psychischen Gesundheitszustand. George, Ellison und Larson betonen, dass die Dimensionen von Religiosität mit positiver Gesundheit verbunden sind, diese jedoch nicht gleich stark wirken. Der Besuch religiöser Veranstaltungen ist am stärksten mit guter physischer und psychischer Gesundheit verbunden sowie einer geringeren Sterblichkeit. Dies beinhaltet eine geringere Krankheitshäufigkeit sowie eine schnellere Genesung im Krankheitsfall.

Moreira-Almeida, Neto und Koenig³⁴ untersuchen den Zusammenhang zwischen Religion und psychischer Gesundheit und zeigen, dass religiöses Engagement mit einem geringeren Genuss und Missbrauch von Alkohol und Drogen einhergeht. Die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen stellt den stärksten Einflussfaktor auf den Beginn von Krankheit und körperlichen Beeinträchtigungen dar. Religiöses Engagement weist den stärksten Zusammenhang mit der Entwicklung und dem Verlauf von Krankheit auf.³⁵ Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass zwischen religiösem Engagement und psychischer Gesundheit ein stär-

31 Linda K. George/Christopher G. Ellison/David B. Larson, *Explaining the relationships between religious involvement and health*, in: *Psychological Inquiry* 13 (2002), 190–200; George u. a., *Spirituality and health*, a.a.O.

32 Powell/Shahabi/Thoresen, *Religion and spirituality*, a.a.O.

33 Aukst-Margetić/Margetić, *Religiosity and health outcomes*, a.a.O.

34 Moreira-Almeida/Neto/Koenig, *Religiousness and mental health*, a.a.O.

35 George u. a., *Spirituality and health*, a.a.O.

kerer Zusammenhang besteht als zwischen physischer Gesundheit und Sterblichkeit.

Die umfangreiche wissenschaftliche Literatur besteht zum überwiegenden Teil aus U.S. amerikanischen Studien. Auf Grund der unterschiedlichen Bedeutung von Religion, religiösen Überzeugungen und Aktivitäten in Europa und den USA sind die Erkenntnisse nicht unmittelbar auf Europa übertragbar.

Eine dänische Studie untersucht Religiosität und Sterblichkeit von älteren Heimbewohnern des Geburtsjahrgangs 1914 in einem 20-jährigen Follow-up.³⁶ Regelmäßiger Kirchenbesuch geht in dieser Analyse mit einer signifikant geringeren Sterblichkeit einher. Für Frauen lässt sich dieser Effekt auch nach der Kontrolle sozioökonomischer Variablen und gesundheitsbedingter Verhaltensweisen beobachten. Solidarität und soziale Netzwerke werden zur Erklärung des Zusammenhangs als Mechanismen angeführt. Die identifizierten signifikanten Zusammenhänge zwischen Kirchenbesuch und Sterblichkeit fallen jedoch geringer aus als in amerikanischen Studien. Dies wird auf eine geringere Bedeutung von Religion in Dänemark zurückgeführt.

Mit einer finnischen Studie³⁷, die die Gesamtsterblichkeit bei Männern nach Religionszugehörigkeit untersucht, liegt eine weitere europäische Untersuchung vor. Die Sterblichkeit variiert trotz Kontrolle von sozioökonomischen Faktoren, verschiedenen biologischen, gesundheitsbedingten, psychosozialen sowie Verhaltensvariablen erheblich mit der Kirchenmitgliedschaft: Orthodoxe weisen eine signifikant höhere Sterblichkeit auf als Lutheraner, nicht-religiöse Studienteilnehmer verzeichnen eine erhöhte, aber nicht signifikant höhere Sterblichkeit im Vergleich zu den Lutheranern.

36 Peter la Cour/Kirsten Avlund/Kirsten Schultz-Larsen, *Religion and survival in secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914*, in: *Social Science & Medicine* 62 (2006), 157–164.

37 Julia Räsänen, Jussi Kauhanen, Timo Lakka, George Kaplan, Jukka Salonen, *Religious affiliation and all-cause mortality. A prospective population study in middle-aged men in Eastern Finland*, in: *International Journal of Epidemiology* 25 (1996), 1244–1249.

5. Trends und Muster der Fertilität

Neben dem Rückgang der Sterblichkeit ist die niedrige Fertilität die zweite treibende Kraft der Bevölkerungsalterung und führt auf die Dauer zu einem Bevölkerungsrückgang. In der Fertilitätsforschung wird die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau anhand der zusammengefassten Geburtenziffer gemessen, die zumeist mit TFR (Total Fertility Rate) abgekürzt wird. Die TFR misst dabei die durchschnittliche Kinderzahl der Frauen in ihrer reproduktiven Phase (meist Alter 15 bis 45) unter der Annahme, dass es keine Sterblichkeit in diesen Altersgruppen gibt. Dabei wird zwischen Perioden TFR und Kohorten TFR unterschieden. Das erste Maß spiegelt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau zu einem Zeitpunkt wider, das zweite misst die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in einer Geburtskohorte. Eine hervorragende Zusammenfassung der Fertilitätstrends seit der Mitte des letzten Jahrhunderts findet sich in Frejka und Sobotka³⁸, auf die sich weite Teile des folgenden Abschnittes beziehen.

5.1 Periodenfertilität

In den 1990er Jahren haben die meisten europäischen Länder einen Rückgang der Periodenfertilität (Perioden TFR) auf ein niedriges Niveau (TFR um 1,5) und sehr niedriges Niveau (TFR um 1,3) erfahren. So erreichten im Jahre 2002 16 von 39 Ländern ein Fertilitätsniveau unter 1,3 und 25 unter 1,5³⁹, während noch 1990 Fertilitätsniveaus unter einer TFR von 1,3 in Europa nicht existierten. Generell zeichnen sich alle europäischen Länder durch eine Fertilität unter dem Bestandserhaltungsniveau aus, das bei 2,1 Kindern pro Frau liegt. Dennoch gibt es große regionale Unterschiede in der Fertilität, die sich seit den 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt haben. Dabei bilden Länder vergleichsweise homogene Gruppen mit ähnlichen Fertilitätsniveaus und Fertilitätstrends. Die Länder Nord- und Westeuropas, mit Ausnahme der deutschsprachigen Länder, bilden eine Gruppe hoher Fertilität mit Periodenfertilität zwischen 1,7 in Belgien und Holland und zwei in Frankreich. Alle anderen Regionen zeichnen sich durch niedrige oder niedrigste Fertilitätsniveaus aus. Das Ranking der einzelnen Länder in Hinblick auf

38 Tomas Frejka/Tomáš Sobotka, *Overview Chapter 1: Fertility in Europe. Diverse, delayed and below replacement*, in: Demographic Research 19 (2008), 15–46.

39 A. a. O.

ihr Fertilitätsniveau hat sich seit der Mitte des letzten Jahrhunderts wiederholt verändert. Hatten zum Beispiel die früheren sozialistischen Länder in Ost- und Zentraleuropa in den 1950ern die höchste Fertilität, reduzierte sich diese auf die niedrigste Fertilität in den 1960ern, um wiederholt die höchste Fertilität in den 1980ern innezuhaben und schließlich zu den Ländern mit der niedrigsten Fertilität zu Beginn des 21. Jahrhunderts zu gehören.⁴⁰ Auch das Ranking der nordischen Länder änderte sich von Niedrigfertilitätsländern in den 1970ern zu Ländern mit der höchsten Fertilität seit den 1990ern. Im selben Zeitraum entwickelten sich die südeuropäischen Länder von Hochfertilitätsländern (um 1970) zu Niedrigfertilitätsländern (in den 1990ern).

5.2 Kohortenfertilität

Generell wird davon ausgegangen, dass niedrige Fertilitätsniveaus in Europa auch in den nächsten Jahrzehnten vorherrschen werden, während niedrigste Niveaus meist vorübergehender Natur sind. Der Grund dafür liegt im Tempo und Quantum der Fertilität.⁴¹ Das Tempo der Fertilität hängt mit dem durchschnittlichen Gebäralter zusammen, das Quantum misst die Anzahl der Kinder. Steigt das durchschnittliche Gebäralter, so ändert sich das Tempo der Fertilität und Kinder werden zu einem späteren Zeitpunkt geboren. Betrachtet man die Fertilität auf Jahresbasis kommt es dadurch zu einem Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl in einem Jahr, der in einem der folgenden Jahre wieder aufgehoben wird, falls alle aufgeschobenen Geburten tatsächlich dann auch realisiert werden. Würde man die durchschnittliche Kinderzahl nicht für Kalenderjahre, sondern für Geburtsjahrgänge (=Kohorten) von Frauen berechnen, gäbe es dann zu Ende der reproduktiven Lebensphase keine Änderung in der Gesamtkinderzahl. Kommt es hingegen zu einer Änderung des Quantums, bleibt das durchschnittliche Gebäralter konstant, es werden jedoch weniger Kinder pro Frau geboren. In Europa finden sich in den letzten Jahrzehnten sowohl Tempo als auch Quantum Effekte, was sich in einem höheren Gebäralter und gleichzeitig in einer Reduktion der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau niederschlägt. Es wird nun davon ausgegangen, dass niedrigste Fertilität vor allem durch den Tempoeffekt

40 A. a. O.

41 John Bongaarts/Griffith Feeney, *On the quantum and tempo of fertility*, in: Population and Development Review 24 (1998), 271–291.

verursacht wird (also durch das Aufschieben der Geburten in eine spätere Lebensphase) und dass einige, wenn auch meist nicht alle der aufgeschobenen Geburten in den kommenden Perioden nachgeholt werden.

Nicht nur das durchschnittliche, sondern auch das Erstgebäralter ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen, sodass heute in vielen Ländern Nord-, West- und Südeuropas im Durchschnitt Frauen im Alter von 28–29 Jahren zum ersten Mal Mütter werden (ausgehend von 24–25 Jahren im Jahre 1970). Spanische und Schweizer Frauen sind zurzeit die ältesten Erstgebärenden mit durchschnittlich 29,3 Jahren (2005).⁴² Parallel dazu hat sich der Altersgipfel der Fertilität in vielen europäischen Ländern auf das Alter 30–32 verschoben. Fertilitätsraten steigen auch im späteren Alter (40+), jedoch entfällt noch immer ein geringer Teil der Fertilität auf diese Altersgruppen und es wurde auch noch bei weitem nicht das historische Niveau erreicht.

Änderungen im Quantum der Fertilität lassen sich über Änderungen in der Kohortenfertilität am Ende der reproduktiven Phase bestimmen. Dies bedeutet jedoch, dass die endgültige Fertilität nur mit einem Zeitverzug von etwa 10–15 Jahren bestimmt werden kann, wenn man davon ausgeht, dass die Fertilität etwa im Alter von vierzig Jahren abgeschlossen ist. Generell gilt, dass die Kohortenfertilität weniger fluktuiert als die Periodenfertilität und der Rückgang der Fertilität auch weniger ausgeprägt ist. Mit wenigen Ausnahmen gilt für Europa, dass die Fertilität der Geburtskohorten 1920 bis 1930 ansteigt, gefolgt von einem Rückgang in den Geburtskohorten der 1940er Jahre. In Frankreich und Schweden wurde dieser Rückgang in den 1950er Kohorten unterbrochen, während er sich in Westdeutschland, Österreich und Spanien weiter fortsetzte. In ganz Europa hatten die Geburtskohorten der 60er Jahre eine niedrigere Fertilität als in den vorhergehenden Kohorten, mit der einzigen Ausnahme Dänemarks. In den früheren sozialistischen Ländern war zumeist die Kohortenfertilität der Geburtskohorten der 30er bis 50er Jahre stabil, und ging ohne Ausnahme in den Geburtskohorten der 60er Jahre zurück.

Die jüngste Kohorte mit einer großteils abgeschlossenen Geburtenbiographie ist die Kohorte des Jahres 1965. Deren Fertilität variiert von 2,1 in den nordischen Ländern, zu 1,6–1,7 in den deutschsprachigen Ländern, Südeuropa und Osteuropa. In keinem europäischen Land hat jedoch bis jetzt ein Geburtsjahrgang von Frauen weniger als 1,5 Kinder realisiert und es wird auch voraussichtlich in nächster Zukunft keinen Jahrgang geben, der am Ende extrem niedrige Familiengrößen aufweist.

42 Frejka/Sobotka, *Fertility in Europe*, a.a.O.

Mit fallender Fertilität kam es in Europa in den letzten Jahren zu einer steigenden Ungleichheit der Familiengrößen, da nicht alle Frauen in gleichem Maße zum Rückgang der Geburtenraten beitrugen. So brachten in Deutschland 26% aller Frauen der Geburtskohorte 1960 50% der Kinder zur Welt; in Österreich ist mit 28% die Konzentration sogar noch stärker ausgeprägt. Die Ursache für die hohe Konzentration von Kindern in vergleichsweise wenigen Familien liegt in der hohen Kinderlosigkeit. Die Konzentration nimmt mit steigender Bildung zu: je höher die Bildung, desto niedriger die Fertilität bei gleichzeitigem Anstieg der Konzentration. Die Kinder von Frauen mit hoher Bildung verteilen sich auf vergleichsweise wenig Frauen, während ein großer Teil kinderlos bleibt.⁴³

5.3 Kinderwunsch

Die gewünschte Kinderzahl wird oft als Indikator für die weitere Entwicklung der Fertilität verwendet. Aus Änderungen in der gewünschten Kinderzahl können somit Rückschlüsse über zukünftige Trends der Fertilität gezogen werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass für Frauen in Industrieländern die tatsächliche Zahl der Kinder meist niedriger ist als die Zahl der in Surveys erhobenen gewünschten Kinderzahl. Zeigten Studien in den letzten zwei Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts, dass die Norm zur gewünschten Kinderzahl in etwa bei zwei Kindern lag, legen neueste Ergebnisse nahe, dass vor allem in den deutschsprachigen Ländern Frauen als ideale Familiengröße nur mehr 1,7 Kinder angeben.⁴⁴ Generell scheint in Ländern, in denen die Geburtenraten bereits seit langem auf einem niedrigen Niveau stagnieren, auch die ideale Kinder-

43 Martin Spielauer, *Concentration of reproduction in Austria. General trends and differentials by educational attainment and urban-rural setting*, in: Vienna Yearbook of Population Research (2005), 171–195; Vladimir Shkolnikov/Evgueni Andreev/René Houle/James W. Vaupel, *The concentration of reproduction in cohorts of US and European women*, 2004 (Zugriff unter <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2004-027.pdf>).

44 Maria Rita Testa/Leonardo Grilli, *The effects of childbearing regional contexts on ideal family size in Europe. A multilevel analysis*, in: European Demographic Research Papers 4 (2004) (Zugriff unter http://www.oeaw.ac.at/vid/publications/edrp_4_04.pdf); Joshua R. Goldstein/Wolfgang Lutz/Maria Rita Testa, *The emergence of sub-replacement family size ideals in Europe*, in: Population Research and Policy Review 22 (2003), 479–496.

zahl zurückzugehen.⁴⁵ In Europa finden sich zwei gegenläufige Trends beim Kinderwunsch. In vielen Ländern, die 2001 relativ hohe Kinderwunschzahlen hatten, stabilisierten sich diese oder stiegen bis 2006 sogar weiter an (z.B. Frankreich, Großbritannien oder Schweden). Gegenätzliche Trends finden sich in einigen Ländern, die bereits niedrige Geburtenraten aufweisen wie z.B. Österreich, das von einem niedrigen Niveau von 1,7 gewünschten Kindern im Jahre 2001 auf 1,65 gewünschte Kinder im Jahre 2006 zurückfällt. Auch Spanien und Italien, beides Länder mit niedrigster Fertilität, verzeichnen einen Rückgang der idealen Kinderzahl, wobei diese jedoch immer noch über dem Niveau von zwei gewünschten Kindern liegt. Die Ergebnisse können dahin gedeutet werden, dass junge Menschen, die in einer Umgebung mit wenig Kindern aufwachsen, selber einen geringen Kinderwunsch entwickeln. Trifft diese Erklärung tatsächlich zu, könnte solch eine Dynamik zu immer niedrigeren Geburtenzahlen in Ländern führen, die bereits jetzt eine niedrigere Fertilität haben.⁴⁶ Bestätigt sich der Zusammenhang zwischen der Anzahl tatsächlich geborener Kinder einer Generation und deren idealen Kinderzahl, so würde dies für Europa eine Spaltung hinsichtlich der zukünftigen Trends in der Kinderzahl bedeuten. Staaten mit relativ konstanter und vergleichsweise hoher Fertilität stehen Ländern gegenüber, in denen eine sehr niedrige Fertilität zu einem Sinken des Kinderwunsches in den nächsten Generationen führt.

Die Differenzen im Fertilitätsniveau sind das Ergebnis unterschiedlichster regionaler, sozialer, religiöser und ethnischer Diversität in der Fertilität. Auch hier soll im weiteren Verlauf des Kapitels der Fokus auf den Einfluss von Religion auf die Fertilität gelegt werden und die Literatur zu den sozialen und ethnischen Unterschieden nicht weiter behandelt werden.

6. Religiosität und Fertilität in Europa

Hat Religion trotz nachhaltiger, jahrzehntelanger Säkularisierung immer noch einen Einfluss auf das Geburtenverhalten? Die Frage ist aktuell, wie aus der Zunahme von wissenschaftlichen Studien dazu ersichtlich ist.

45 Wolfgang Lutz/Vegard Skirbekk/Maria Rita Testa, *The Low Fertility Trap Hypothesis. Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe*, in: Vienna Yearbook of Population Research 2006, 167–192.

46 A. a. O.

Während die Erforschung von Religion als Einflussfaktor für Fertilität in den USA bereits vor gut 40 Jahren begann, griffen europäische Forscher dieses Thema erst im letzten Jahrzehnt auf. Dieser Teil geht zunächst der Frage nach, wie Religion Einfluss auf das Geburtenverhalten nehmen kann und bietet anschließend einen Überblick über empirische Ergebnisse.

6.1 Warum haben religiöse Menschen mehr Kinder als nicht religiöse?

Häufig wird zunächst von der religiösen Lehre ausgegangen.⁴⁷ Familie und Kindern wird im Christentum ein großer Wert zugeschrieben. Darüber hinaus bestehen Anschauungen in Bereichen, die mit der Fertilität verbunden sind, zum Beispiel die Hochschätzung der Ehe und die Betonung der Mutterrolle, die geburtenfördernd wirken. Unterschiede zwischen den christlichen Konfessionen gibt es hinsichtlich Verhütung und Abtreibung. So ist etwa die künstliche Verhütung im Katholizismus verboten⁴⁸, während sie in Protestantismus und Orthodoxie als Gegenstand der eigenen Entscheidung verstanden wird. Die Katholische Kirche lehnt Abtreibung streng ab⁴⁹, orthodoxe Vertreter sprechen sich dagegen aus und in den protestantischen Kirchen ist Abtreibung eine Gewissensentscheidung.

Familie und Kinder sind auch im Islam von zentraler Bedeutung, der Koran spricht von Kindern als „Schmuck irdischen Lebens“⁵⁰ und auf die Ehe wird als „die Hälfte der Religion“ verwiesen⁵¹. Zwar ist es aufgrund der dezentralisierten Struktur des Islam schwierig, allgemeingültige Aussagen zu treffen, aber prinzipiell gilt, dass Verhütung erlaubt ist, während Abtreibung generell abgelehnt wird.

Auch wenn bekannt ist, dass religiöse Lehren nicht immer unmittelbar umgesetzt werden, so kann doch davon ausgegangen werden, dass Gläubige grundsätzlich mit den Anschauungen ihrer Kirche übereinstimmen.

47 Aufgrund der religiösen Zusammensetzung europäischer Bevölkerungen werden vor allem das Christentum und – seltener – der Islam berücksichtigt.

48 *Humanae Vitae* 1968; Katechismus der Katholischen Kirche 1997.

49 *Gaudium et Spes* 1965.

50 Koran 18,46.

51 Osman Bakar, *Abortion. Islamic perspectives*, in: Warren Reich (Hg.), *The ethics of sex and genetics*, New York 1997, 35–40.

Zweitens haben Kirchengemeinschaften die Funktion sozialer Netzwerke. Gerade im Christentum ist die Versammlung der Gläubigen seit der Entstehungszeit zentral. Soziale Netzwerke in der Kirche sind aus mehreren Gründen für die Entscheidung für Kinder wesentlich. Zum einen können Kirchgänger auf die emotionale und praktische Unterstützung anderer Mitglieder zählen, sowie Informationen rund um das Thema Kinder erhalten. Des Weiteren wird in der Kommunikation mit anderen Mitgliedern, in gemeinsamen Ritualen und pastoralen Unterweisungen die Plausibilität christlicher Anschauungen bestätigt.⁵² Außerdem beeinflusst der Kontakt mit kinderreichen Familien die Vorstellung über die ideale Kinderzahl und befördert einen Nachahmungseffekt.

Als dritter Punkt kann die Funktion der Religion zur Lebensbewältigung genannt werden. Die Geburt von Kindern ist ein tiefer Lebenseinschnitt, der potentiell mit Unsicherheit verbunden ist. Sich dieser Aufgabe zu stellen, könnte religiösen Männern und Frauen leichter fallen, wenn sie in der Religion Hilfe zur Bewältigung von neuen und schwierigen Lebenssituationen finden. Diese kann eine Reihe von Formen annehmen, wie etwa Riten an den Lebenswenden (Taufe, Eheschließung etc.), eine Situation Gott zu überlassen, Beruhigung und Beistand durch Gottes Hilfe zu erfahren, eine schwierige Situation als möglichst sinnvoll zu definieren.⁵³

6.2 Religiosität, ideale Kinderzahl und Fertilitätsabsichten

Der sozialpsychologischen Theorie des geplanten Verhaltens folgend, wird Fertilitätsverhalten durch Fertilitätsabsichten bestimmt, diese wiederum werden durch Fertilitätsideale beeinflusst.⁵⁴

Eine Studie, die 13 westliche Länder zusammenfasst, zeigt, dass die als ideal angesehene Kinderzahl von Personen, die einem Religionsbekenntnis angehören, signifikant höher liegt als die jener ohne Bekennt-

52 Peter Berger, *The sacred canopy. Elements of a sociological theory of religion*, New York 1969.

53 Kenneth I. Pargament/Harald G. Koenig/Lisa M. Perez, *The many methods of religious coping. Development and initial validation of the RCOPE*, in: *Journal of Clinical Psychology* 56 (2000), 519–543.

54 Icek Ajzen, *The theory of planned behavior*, in: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (1991), 179–211.

nis.⁵⁵ Weiters bestehen Unterschiede zwischen den christlichen Konfessionen. Konservative Protestanten weisen die höchste für eine Familie als ideal betrachtete Kinderzahl auf, gefolgt von Katholiken, Personen mit anderer Religion und den gemäßigten Protestanten. In den jüngeren Geburtenjahrgängen jedoch, vor allem bei Frauen, haben sich die Ideale von gemäßigten Protestanten und Katholiken angeglichen. Die wichtigste Erklärung für die konfessionellen Unterschiede ist die verschieden starke pronatalistische Ausrichtung der einzelnen Bekenntnisse, z.B. was die Ansichten über Verhütung betrifft.

Geschlechtsspezifische Analysen lassen den Schluss zu, dass kirchliche Bindung einen stärkeren Einfluss auf die ideale Kinderzahl von Männern als von Frauen ausübt. Dies wird mit der höheren Neigung von Männern zum Kirchenaustritt erklärt. Jene Männer, die dennoch mit einer Konfession affiliert sind, bilden eine selektive Gruppe, deren ideale Kinderzahl deswegen wesentlich höher liegt. Eine weitere, ländervergleichende Studie, die Frauen im Alter bis 40 Jahre einbezieht, stellt nur in wenigen europäischen Ländern konfessionelle Unterschiede in der idealen Kinderzahl fest. In fast allen Ländern hingegen liegt die ideale Kinderzahl der Frauen, die sich einer Religion zugehörig fühlen, höher als die der konfessionslosen.⁵⁶

Wichtig bei solchen Analysen ist allerdings, wie Religion gemessen wird. Die ideale Kinderzahl unterscheidet sich im Allgemeinen stärker nach Kirchengangshäufigkeit als nach bloßer Religionszugehörigkeit.⁵⁷ Während letztere rein nominell sein kann, erfordert häufiger Kirchgang Aktivität seitens der Gläubigen und kann daher als stärkeres Zeichen von Verbundenheit mit dem Glauben interpretiert werden. Die Unterschiede in der idealen Kinderzahl zwischen Männern und Frauen, die mindestens

55 Alicia Adsera, *Religion and changes in family-size norms in developed countries*, in: *Review of Religious Research* 47 (2006), 271–286. Sofern nicht anders angegeben verwenden die Autoren statistische Modelle, in denen sie für eine Reihe von sozioökonomischen Charakteristiken wie Bildungsniveau, Einkommen oder Grad der Urbanisierung ‚kontrollieren‘. Dies stellt sicher, dass eine höhere Geburtenneigung nicht fälschlicherweise der Religion zugeschrieben wird, während sie tatsächlich z.B. auf geringere Bildung oder ländliche Umgebung zurückgeht.

56 Dimiter Philipov/Caroline Berghammer, *Religion and fertility ideals, intentions and behaviour. A comparative study of european countries*, in: *Vienna Yearbook of Population Research* (2007), 271–305.

57 Adsera, *Religion and changes*, a.a.O.; Philipov/Berghammer, *Religion and fertility ideals*, a.a.O.

wöchentlich den Gottesdienst besuchen, und jenen, die seltener in die Kirche gehen, belaufen sich im Durchschnitt auf 0,4 Kinder.⁵⁸

Obwohl ein positiver Zusammenhang zwischen Religiosität und der Absicht, ein zweites oder drittes Kind zu bekommen besteht, ist dieser doch schwächer als der Zusammenhang mit der idealen Kinderzahl. Fertilitätsintentionen üben einen unmittelbaren Einfluss auf das Geburtenverhalten aus und werden daher neben Religiosität unter anderem von Partnerschaftssituation, Einkommen oder Wohnverhältnissen bestimmt. Religiosität nimmt einen direkteren und damit stärkeren Einfluss auf Ideale, die als Wertvorstellungen abstrakter sind.⁵⁹

6.3 Religiosität und tatsächliche Kinderzahl

Auch was die tatsächliche Kinderzahl betrifft gilt, dass der Effekt der religiösen Zugehörigkeit schwächer ist als jener der religiösen Praxis. Während sich in den meisten Ländern Unterschiede zwischen bekenntnislosen Frauen und der jeweils zahlenmäßig dominierenden Konfession abzeichnen, sind Unterschiede zwischen den Konfessionen nur in Westdeutschland und Lettland feststellbar.⁶⁰ Regelmäßige Kirchgängerinnen bekommen mehr Kinder als Frauen, die seltener als ein Mal im Monat den Gottesdienst besuchen. Die diesbezüglichen Unterschiede sind vergleichsweise groß, etwa in der Tschechischen Republik, der Schweiz, Finnland und Slowenien, wo sie sich auf 0,19 bis 0,28 Kinder belaufen und relativ gering in Griechenland, Italien oder Spanien wo sie 0,05 bis 0,07 betragen.

Länderstudien über Westdeutschland, Spanien, Österreich und Frankreich geben vertiefte Einblicke in den Zusammenhang zwischen Religiosität und Geburtenverhalten. Brose⁶¹ kommt für Westdeutschland im Wesentlichen zu drei Schlussfolgerungen. Es sind Unterschiede in den Ansichten über den Wert von Kindern vorhanden, d. h., kirchlich gebundene Männer und Frauen bewerten den Nutzen von Kindern höher und schätzen deren Kosten niedriger ein als jene ohne Bekenntnis. Des

58 Adsera, *Religion and changes*, a.a.O.

59 Philipov/Berghammer, *Religion and fertility ideals*, a.a.O.

60 A. a. O.

61 Nicole Brose, *Gegen den Strom der Zeit? Vom Einfluss der religiösen Zugehörigkeit und Religiosität auf die Geburt von Kindern und die Wahrnehmung des Kindernutzens*, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 31 (2006), 257–282.

Weiteren lässt sich die höhere Geburtenneigung von Frauen mit Religionsbekenntnis teilweise durch ihre Präferenz der Ehe erklären. Diese Form der Partnerschaft stellt aufgrund der Interpretation als dauerhafte Beziehung ein für Geburten förderliches Umfeld dar. Drittens resultiert die höhere Kinderzahl von konfessionell gebundenen Frauen nicht daraus, dass sie selbst aus kinderreicheren Elternhäusern stammen.

Während sich in Spanien die Kinderzahl von praktizierenden und nicht praktizierenden Katholikinnen in älteren Geburtenjahrgängen nicht unterscheidet, differiert diese unter den jüngeren Frauen.⁶² Seit Mitte der 1970er Jahre nahm der Kirchgang in Spanien stark ab: weniger Überzeugte reduzierten ihren Kirchgang und so setzten sich die regelmäßigen Praktizierenden zunehmend aus stark mit der Kirche verbundenen Männern und Frauen zusammen. Das Fertilitätsverhalten dieser selektiven Gruppe unterschied sich zunehmend von jenem nicht-praktizierender Katholikinnen, das dem von Frauen ohne Bekenntnis ähnelt. Darüber hinaus zeigt sich, dass religiös heterogene Paare ein geringeres Fertilitätsniveau aufweisen als homogene. Dies ist zum einen bedingt durch Kompromisse, die aus der Aushandlung der Kinderzahl resultieren, zum anderen sind Beziehungen von religiös heterogenen Paaren instabiler, und, sich dessen bewusst, entscheiden diese sich für weniger Kinder.

Heineck analysiert die Bedeutung von Religiosität für die Fertilität von Österreicherinnen.⁶³ Seine Vorgangsweise gleicht jener Adseras.⁶⁴ Er zeigt, dass die religiöse Zusammensetzung eines Paares keinen Einfluss auf die Kinderzahl hat, jedoch auf die Entscheidung, überhaupt ein Kind zu haben. Im Vergleich zu katholischen Paaren ist die Wahrscheinlichkeit, Kinder zu bekommen, vermindert wenn ein oder beide Partner keine religiöse Zugehörigkeit angeben.

In Frankreich sind religionsspezifische Unterschiede in den unehelichen Geburten, der Kinderlosigkeit und der Kinderzahl zu beobachten.⁶⁵ Hier werden einige ausgewählte Beispiele angeführt (im Gegensatz zu den zuvor zitierten Studien werden ausschließlich religiöse Faktoren berücksichtigt). So kann der Anteil der unehelich geborenen Kinder in den Jahren 1995–2004 unter jenen, die nie einer Religion angehörten, mit

62 Alicia Adsera, *Marital fertility and religion in Spain, 1985 and 1999*, in: Population Studies 60 (2006), 205–221.

63 Guido Heineck, *The relationship between religion and fertility. Evidence for Austria*, in: Papers on Economics of Religion 2006, 06–01.

64 Adsera, *Marital fertility*, a.a.O.

65 Arnaud Régnier-Loilier/France Prioux, *La pratique religieuse influence-t-elle les comportements familiaux?*, in: Population et sociétés 447 (2008).

etwa zwei Drittel angegeben werden, während er sich unter häufigen Kirchgängern auf knapp unter ein Drittel beläuft. Bei den 1956–60 Geborenen beträgt der Prozentsatz von Kinderlosen unter jenen, die nie einer Religion angehörten, 12 % im Vergleich zu 5 % unter den regelmäßigen Kirchgängern. Im Jahr 1960 geborene Christinnen, die regelmäßig am Gottesdienst teilnehmen, haben im Durchschnitt 2,7 Kinder, während Frauen, die nie einer Religion angehörten, knapp unter 2,0 Kinder bekommen. Gerade für Frauen zeigt sich, wie auch in der Spanischen Studie, ein über die Kohorten zunehmender Effekt von Religiosität.

6.4 Geburtenverhalten der Muslime

Im Durchschnitt beläuft sich der Anteil der Muslime an europäischen Gesellschaften auf 5–6%.⁶⁶ Daher ist die Anzahl der im Rahmen der meisten Studien befragten Muslime zu gering, als dass zuverlässige Aussagen gerätigt werden könnten. Entsprechende Informationen können aus Volkszählungen oder Mikrozensen gewonnen werden, sofern die Religionszugehörigkeit erhoben wird. Dies ist in wenigen Ländern der Fall. So weisen im Jahre 2001 in Österreich⁶⁷ muslimische Frauen die höchste Kinderzahl auf (TFR=2,34), gefolgt von Katholikinnen (TFR=1,32), Protestantinnen (TFR=1,21) und schließlich Frauen ohne Bekenntnis (TFR=0,86). Dabei muss beachtet werden, dass der Zusammenhang zwischen Religionszugehörigkeit und Fertilitätsniveau auch durch andere Faktoren wie Urbanität, Einkommen, Bildung, bedingt sein kann.⁶⁸ Des Weiteren zeigt sich für Österreich, dass die Kinderzahl muslimischer Frauen im Sinken begriffen ist und sich sukzessive dem Bevölkerungsdurchschnitt angleicht. Dies ist eine generelle europäische Entwicklung.⁶⁹

66 Charles F. Westoff/Tomas Frejka, *Religiousness and fertility among European Muslims*, in: *Population and Development Review* 33 (2007), 785–809.

67 Anne Goujon/Vegard Skirbekk/Katrin Fliegenschnee/Pawel Strzelecki, *New Times, Old Beliefs. Projecting the Future Size of Religions in Austria*, in: *Vienna Yearbook of Population Research* 2007, 237–270.

68 A. a. O.

69 Westoff/Frejka, a.a.O.

7. Fazit

Die demographischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte werden weitreichende Konsequenzen für das 21. Jahrhundert haben und sowohl individuelle Lebensläufe als auch gesellschaftliche Strukturen beeinflussen. Viele der daraus resultierenden Herausforderungen sind jedoch bereits jetzt absehbar, da die gesellschaftlichen Auswirkungen demographischer Prozesse mit einer Zeitverzögerung eintreten. So dauert es in etwa 20 Jahre bis junge Menschen in den Erwerbsprozess eintreten, 30 Jahre bis sie eine Familie gründen, 67 Jahre bis sie in Rente gehen und etwa 80 Jahre bis zur Pflegebedürftigkeit. Änderungen im Geburtenverhalten der letzten Jahrzehnte spiegeln sich in der unterschiedlichen Besetzung von Geburtsjahrgängen wider, die in den nächsten Jahrzehnten in neue Lebensabschnitte eintreten werden. So wird ab 2030 der Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der „Baby-Boomer“ in das Rentenalter neue Anforderungen an die gesetzliche Rentenversicherung bringen und damit erneut eines gerechten Ausgleiches der Lasten zwischen den Generationen bedürfen. Um das Jahr 2045 werden die „Baby-Boomer“ das Alter der Pflegebedürftigkeit erreichen und einen erhöhten Bedarf an Unterstützung haben, der auf Grund der geringen Kinderzahl dieser Kohorten nicht in einem Ausmaß von den Angehörigen übernommen werden kann, wie dies noch heute der Fall ist. Danach werden die „Baby-Boomer“-Kohorten langsam aussterben, und der Druck auf die sozialen Sicherungssysteme wird geringer werden. All dies ist in der Altersstruktur unserer Gesellschaften festgeschrieben und kann über einen langen Zeitraum vorhergesagt werden. Die langfristige Vorhersagbarkeit demographischer Phänomene ermöglicht uns aber auch wichtige Anpassungen unserer gesellschaftspolitischen Strukturen sorgfältig zu planen und rechtzeitig vorzunehmen.

Literatur

- Alicia Adsera, *Marital fertility and religion in Spain, 1985 and 1999*, in: *Population Studies* 60 (2006), 205–221.
- Alicia Adsera, *Religion and changes in family-size norms in developed countries*, in: *Review of Religious Research* 47 (2006), 271–286.
- Icek Ajzen, *The theory of planned behavior*, in: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (1991), 179–211.
- Branka Aukst-Margetić/Branimir Margetić, *Religiosity and health outcomes. Review of literature*, in: *Collegium Antropologicum* 29 (2005), 365–371.

- Osman Bakar, *Abortion. Islamic perspectives*, in: Warren Reich (Hg.), *The ethics of sex and genetics*, New York 1997, 35–40.
- Benedikt XVI., *Ansprache von Benedikt XVI. an das Kardinalskollegium und die Mitglieder der Römischen Kurie beim Weihnachtsempfang*, Vatikan 2006 (Zugriff im September 2008 unter http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speech-es/2006/december/documents/hf_ben_xvi_spe_20061222_curia-romana_ge.html).
- Peter Berger, *The sacred canopy. Elements of a sociological theory of religion*, New York 1969.
- John Bongaarts/Griffith Feeney, *On the quantum and tempo of fertility*, in: *Population and Development Review* 24 (1998), 271–291.
- Nicole Brose, *Gegen den Strom der Zeit? Vom Einfluss der religiösen Zugehörigkeit und Religiosität auf die Geburt von Kindern und die Wahrnehmung des Kindernutzens*, in: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 31 (2006), 257–282.
- Peter la Cour/Kirsten Avlund/Kirsten Schultz-Larsen, *Religion and survival in secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914*, in: *Social Science & Medicine* 62 (2006), 157–164.
- Die deutschen Bischöfe (Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen), *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Bonn 2003 (Zugriff im September 2008 unter http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1b.kommissionen/ko_27.pdf).
- Die deutschen Bischöfe (Pastoral-Kommission), *Dem Leben auf der Spur. Einsichten und Hilfen beim Älterwerden*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Bonn 2000 (Zugriff im September 2008 unter http://www.dbk.de/schriften/deutsche_bischoefe/erklarungen/index.html).
- Jessie Dezutter/Bart Soenens/Dirk Hutsebaut, *Religiosity and mental health. A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes*, in: *Personality and Individual Differences* 40 (2006), 807–818.
- Kimberley A. Edmondson, Kathleen Lawler, Rebecca Jobe, Jarred Younger, Rachel Piferi, Warren Jones, *Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women*, in: *Journal of Religion and Health* 44 (2005), 161–171.
- EKD (Hg.), *Was Familien brauchen. Eine familienpolitische Stellungnahme des Rates der EKD*, Hannover 2002 (Zugriff im September 2008 unter http://www.ekd.de/EKD-Texte/ekd_text_73_2.html).
- Tomas Frejka/Tomáš Sobotka, *Overview Chapter 1: Fertility in Europe. Diverse, delayed and below replacement*, in: *Demographic Research* 19 (2008), 15–46.
- II. Vatikanisches Konzil, *Gaudium et Spes*, Vatikan 1965 (Zugriff im September 2008 unter http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_cons_19651207_gaudium-et-spes_en.html).
- Linda K. George/Christopher G. Ellison/David B. Larson, *Explaining the relationships between religious involvement and health*, in: *Psychological Inquiry* 13 (2002), 190–200.

- Linda K. George, David Larson, Harold Koenig, Michael McCullough, *Spirituality and health. What we know, what we need to know*, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 19 (2000), 102–116.
- Joshua R. Goldstein/Wolfgang Lutz/Maria Rita Testa, *The emergence of sub-replacement family size ideals in Europe*, in: *Population Research and Policy Review* 22 (2003), 479–496.
- Anne Goujon/Vegard Skirbekk/Katrin Fliegenschnee/Pawel Strzelecki, *New times, old beliefs. Projecting the future size of religions in Austria*, in: *Vienna Yearbook of Population Research* 2007, 237–270.
- Guido Heineck, *The relationship between religion and fertility. Evidence for Austria*, in: *Papers on Economics of Religion* 2006, 06–01.
- Paul VI., *Humanae Vitae*, Vatikan 1968 (Zugriff im September 2008 unter http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_en.html).
- George K. Jarvis/Herbert C. Northcott, *Religion and differences in morbidity and mortality*, in: *Social Science & Medicine* 25 (1987), 813–824.
- Katechismus der Katholischen Kirche*, 1997 (Zugriff im September 2008 unter http://www.vatican.va/archive/DEU0035/_P8C.HTM).
- Jeffrey S. Levin, *Religion and health. Is there an association, is it valid, and is it causal?*, in: *Social Science & Medicine* 38 (1994), 1475–1482.
- Wolfgang Lutz/Warren C. Sanderson/Sergei Scherbov, *The coming acceleration of global population ageing*, in: *Nature* 451 (2008), 716–719.
- Wolfgang Lutz/Brian O'Neill/Sergei Scherbov, *Europe's population at a turning point*, in: *Science* 299 (2003), 1991–1992.
- Wolfgang Lutz/Sergei Scherbov, *Can immigration compensate for Europe's low fertility?*, *Vienna Institute of Demography*, 16 p. (European Demographic Research Papers; 1), 2003 (Zugriff unter: http://www.oew.ac.at/vid/publications/EDRP_No1.pdf).
- Wolfgang Lutz/Vegard Skirbekk/Maria Rita Testa, *The Low Fertility Trap Hypothesis. Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe*, in: *Vienna Yearbook of Population Research* 2006, 167–192 (Zugriff unter http://www.oew.ac.at/vid/publications/VYPR2006/VYPR2006_Lutz_et_al_pp.167-192.pdf).
- Marc Luy, *Der Einfluss von Tempo-Effekten auf die ost-west-deutschen Unterschiede in der Lebenserwartung*, in: Insa Cassens/Marc Luy/Rembrandt Scholz (Hg.), *Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende*, Wiesbaden 2009.
- Alexander Moreira-Almeida/Francisco L. Neto/Harald G. Koenig, *Religiousness and mental health. A review*, in: *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28 (2006), 242–250.
- Abdel R. Omran, *The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change*, in: *Milbank Quarterly* 49 (1971), 509–538.
- Kenneth I. Pargament/Harald G. Koenig/Lisa M. Perez, *The many methods of religious coping. Development and initial validation of the RCOPE*, in: *Journal of Clinical Psychology* 56 (2000), 519–543.

- Dimitar Philipov/Caroline Berghammer, *Religion and fertility ideals, intentions and behaviour. A comparative study of European countries*, in: Vienna Yearbook of Population Research (2007), 271–305.
- Lynda H. Powell/Leila Shahabi/Carl E. Thoresen, *Religion and spirituality. Linkages to physical health*, in: American Psychologist 58 (2003), 36–52.
- Julia Räsänen, Jussi Kauhanen, Timo Lakka, George Kaplan, Jukka Salonen, *Religious affiliation and all-cause mortality. A prospective population study in middle-aged men in Eastern Finland*, in: International Journal of Epidemiology 25 (1996), 1244–1249.
- Rat der EKD und DBK, *Verantwortung und Weitsicht. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur Reform der Alterssicherung in Deutschland*, 2000 (Zugriff im September 2008 unter http://www.ekd.de/EKD-Texte/verantwortung_weitsicht_rente_2000.html).
- Arnaud Régnier-Loilier/France Prioux, *La pratique religieuse influence-t-elle les comportements familiaux?*, in: Population et sociétés 447 (2008).
- Lynn Rew/Y. Joel Wong, *A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors*, in: Journal of Adolescent Health 38 (2006), 433–442.
- Warren C. Sanderson/Sergei Scherbov, *Average remaining lifetimes can increase as human populations age*, in: Nature 435 (2005), 811–813 (Zugriff unter <http://www.nature.com/nature/journal/v435/n7043/abs/nature03593.html>).
- Vladimir Shkolnikov/Evgueni Andreev/René Houle/James W. Vaupel, *The concentration of reproduction in cohorts of US and European women*, 2004 (Zugriff unter <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2004-027.pdf>).
- Martin Spielauer, *Concentration of reproduction in Austria. General trends and differentials by educational attainment and urban-rural setting*, in: Vienna Yearbook of Population Research (2005), 171–195.
- Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Statistisches Bundesamt – Pressestelle Wiesbaden 2006.
- Maria Rita Testa/Leonardo Grilli, *The effects of childbearing regional contexts on ideal family size in Europe. A multilevel analysis*, in: European Demographic Research Papers 4 (2004) (Zugriff unter http://www.oecw.ac.at/vid/publications/edrp_4_04.pdf).
- A. Roger Thatcher/Väinö Kannisto/James W. Vaupel, *The force of mortality at ages 80 to 120*, Odense 1998.
- Jacques Vallin, *Disease, death, and life expectancy*, in: Genus 61 (2005), 279–296.
- Jacques Vallin/France Meslé, *Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition*, in: Demographic Research Special Collection Article 2 (2004), 9–43.
- James W. Vaupel/John M. Owen, *Ann's life expectancy*, in: Journal of Policy Analysis and Management 5 (1986), 383–389.
- Andrew J. Weaver/Harald G. Koenig, *Religion, spirituality, and their relevance to medicine. An update*, in: American Family Physician 73 (2006), 1336–1337.
- Charles F. Westoff/Tomas Frejka, *Religiousness and fertility among European Muslims*, in: Population and Development Review 33(2007), 785–809.

Gerontopsychologie: Altern deuten

Herman Westerink

In diesem Beitrag wird komprimiert eine Übersicht, ein Abriss der wichtigsten Theorien und Tendenzen in der Gerontopsychologie dargestellt, mit besonderer Betrachtung der grundlegenden psychologischen Theorien und Konzepte. Das bedeutet, dass nicht auf die Menge von empirischen Daten fokussiert wird, die mittlerweile vorliegen, und auch nicht in besonderem Maß die angewandte Gerontopsychologie in Praxisfeldern im Vordergrund steht, sondern dass primär die Theorien und Modelle betrachtet werden, die derzeit in der Gerontopsychologie dominant sind. Dieser Zugang zur Gerontopsychologie, d. h. über die gerontopsychologischen Grundsatzdiskurse, schafft die Möglichkeit, gewisse Parallelen mit Entwicklungen in der Religionspsychologie und Pastoralpsychologie, und damit auch in der Praktischen Theologie, nachzuweisen. Auf Grund dieser Parallele wird nicht nur eine Verknüpfung von einerseits gerontopsychologischen und andererseits religions- und pastoralpsychologischen und praktisch-theologischen Theorien, Modellen und Konzepten herbeigeführt, sondern wird auch eine kritische Auseinandersetzung mit der Gerontopsychologie ermöglicht.

1. Einführung

Aus der Sicht der Psychologie hat das zwanzigste Jahrhundert angefangen als „Zeitalter des Kindes“. Das einundzwanzigste Jahrhundert fängt zumindest an als „Zeitalter der Älteren“. Diese Deutung unseres Zeitalters kann verstanden werden vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen vor allem in den modernen abendländischen Gesellschaften. Europa ist derzeit der „älteste“ Kontinent der Welt. Im zwanzigsten Jahrhundert ist die Zahl der Älteren (absolut und prozentuell) ständig gestiegen. Um 1900 lag in Deutschland die Lebenserwartung des Neugeborenen noch bei etwa 47 Jahren und war ein sehr hohes Alter (über 80) eine klare Ausnahme. Im Laufe des zwanzigsten Jahrhunderts stieg die Lebenserwartung und werden immer mehr Menschen älter als 65 Jahre und immer mehr Menschen erreichen ein sehr hohes Alter. 2004 gab es