ÄRZTETAG 2005

Wie alt werden in unserer Gesellschaft –

Lebensqualität nur durch Medizin?

Dokumentation

Erzbistum Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker
Wie alt werden in unserer Gesellschaft –
Lebensqualität nur durch Medizin? 2

Dr. Michael Pries
Leben zwischen Muss und Muße
- Demographie im Alter 6

Prof. Dr. Peter Schallenberg
„Dass die Seele geheilt werde!“ (Augustinus)
Von der Lebensqualität eines Menschenbildes 15

Prof. Dr. Dr. Paul M. Zulehner
Ausreifen. Lebenskultur fürs Älterwerden 22

Biographische Hinweise zu den Referenten 29

Dokumentationen der Ärztetage 30

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Wie alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Zu unserem diesjährigen Ärztetag heiße ich Sie alle hier in der Kaiserpfalz Paderborn herzlich willkommen! Seit 1985 gehört der Ärztetag zu den etablierten Veranstaltungen unseres Erzbistums, um aktuelle Fragen der medizinischen Ethik zu erörtern. Dies geschieht in diesem interdisziplinären Forum, mit dem unsere Ortskirche den Dialog in zentralen medizinethischen Fragen seit nunmehr einundzwanzig Jahren unterstützt und fördert.

Als Ärztinnen und Ärzte stehen Sie in einer besonderen ethischen Verantwortung den Menschen gegenüber. Ihr Auftrag, Ihr ärztliches Können und Ihre oft langjährige Erfahrung zum Wohle des Menschen einzusetzen, in entscheidender Weise zu seiner körperlichen Gesundheit beizutragen oder lebensrettende Maßnahmen zu ergreifen, bringt Sie immer wieder in Berührung mit menschlichen Fragen, die grundsätzlicher Natur sind.

Da an dieser Stelle zwangsläufig das zugrunde liegende Menschenbild ins Spiel gebracht wird, ist auch die Kirche in ihrer ethischen Kompetenz und Verantwortung gefragt. Es ist deshalb für uns Christen das Gebot der Stunde, in grundsätzlichen ethischen Fragen und aktuellen Problemstellungen nach Antworten Ausschau zu halten und Perspektiven anzubieten, die der Würde des Menschen dienen und mit ihr vereinbar sind. Dies geschieht selbstverständlich auf der Basis des christlichen Menschenbildes. Dieses Fundament ist mittlerweile alles andere als ein selbstverständliches Gemeingut. Die Entwicklungen in Deutschland und Europa tragen dazu bei, dass auf bestehende problematische Situationen von medizinethischer Relevanz ganz unterschiedliche Antworten und Handlungsvorschläge eingebracht werden. Schon ein kurzer Blick auf den Themenkatalog der vergangenen Ärztetage macht deutlich, vor welchen Herausforderungen wir stehen. Ich verweise dazu nur auf folgende Themenfelder: Der Schutz des ungeborenen Lebens, die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht, die Gesundheitspolitik in Deutschland, Bioethik und medizinische Forschung, die Euthanasiedebatte, um nur einige aktuelle Beispiele zu nennen.

In vielen Bereichen muss um die wirklich verantwortbaren - dem Menschen als personales Wesen gemäßen - und daraus resultierenden ethischen Weichenstellungen nach wie vor gerungen werden.

Angesichts der gesellschaftlichen Pluralität von Wertvorstellungen und Handlungsmaximen ist auch die katholische Kirche aufgefordert, zu diesen fundamentalen Problemen des menschlichen Lebens konkret Stellung zu beziehen. Sie tut dies in dem Bewusstsein, dass Gott, der Anfang und Ziel des menschlichen Lebens ist, schon längst sein entscheidendes, unverbrüchliches JA zum Menschen gesprochen hat, und dass deshalb auch wir alle eine diesem JA entsprechende Haltung zueinander – in Gesundheit und Krankheit! - einnehmen können. Dazu gehört auch die Überzeugung, dass ethisch verantwortliches Handeln in christlicher Perspektive nicht einfach unvermittelt und begründungslos geschieht, sondern einer vernunftgemäßen Argumentation zugänglich ist und auf diese Weise auch in einem entsprechenden Diskurs gesellschaftlich vermittelbar ist.

In dieser Perspektive sehe ich übrigens auch ein Novum des diesjährigen Ärztetages: Denn gerade aufgrund der öffentlichen Relevanz der medizinethischen Themen ist es meines Erachtens ein Gebot der Stunde, die vom christlichen Menschenbild her gewonnenen Argumente und Erkenntnisse nach Möglichkeit allen Ärztinnen und Ärzten im Gebiet des Erzbistums Paderborn zugänglich zu machen. Daher haben wir uns mit dieser Einladung nicht nur an die uns – soweit bekannte - katholische Ärzteschaft gerichtet, sondern an all Ihre Kolleginnen und Kollegen, die um des Menschen willen an den genannten Fragestellungen und den Antworten aus christlicher Perspektive interessiert sind. Dass dieses Vorhaben auch zügig umgesetzt werden konnte, verdanke ich den Bemühungen der Planungsgruppe des Ärztetages, und hier in besonderer Weise Ihrem Kollegen, Herrn Prof. Dr. Most, der als Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung den Ärztetag des Erzbistums Paderborn in die Veranstaltungsankündigungen seiner Einrichtung aufgenommen und damit zugleich eine Zertifizierung dieser Veranstaltung ermöglicht hat!

Ich bin voller Hoffnung, dass dieser neue und erweiterte Zugang zur Ärzteschaft ein Signal ist, dass die Ärztetage im dritten Jahrzehnt ihres Bestehens nachhaltig prägen wird und ein wichtiger Schritt in Richtung einer Bewusstseinsbildung sein wird, die dann auch in die Öffentlichkeit ausstrahlen kann. Ich möchte vor diesem Hintergrund die Verantwortlichen des Ärztetages und alle Anwesenden ermutigen, der gesellschaftlichen Diskussion medizinischer und ethischer Fragen einen eigenen, dem christlichen Menschenbild entsprechenden Impuls zu geben und mit Ihren Überzeugungen nicht hinter dem Berg zu halten.

Der heutige Ärztetag konzentriert sich auf ein immer wichtiger werdendes Thema, das unsere Gesellschaft aus verschiedenen Gründen dauerhaft beschäftigt: das Alter.

Seit Jahren ist das Altern unserer Gesellschaft ein zentrales und ambivalent behandeltes Thema. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist

in den letzten Jahren auch aufgrund der medizinischen Erfolge in bisher nie gekannter Weise gestiegen; einschneidende demographische Veränderungen sowie ein Wandel der Struktur innerhalb der älteren Generation sind die Folgen. Diese Situation bleibt wiederum nicht ohne Auswirkungen auf den medizinischen Bereich und die damit verbundene alltägliche ärztliche Praxis. Hier möchte ich vor allem auf zwei Perspektiven aufmerksam machen:

1. Zum einen ist der Zugewinn an Lebenszeit ohne ärztliche Begleitung des älteren Menschen nur selten realisierbar. Als Ärzte und Ärztinnen werden Sie immer häufiger mit den Beschwerden und Leiden älterer Menschen konfrontiert. Nun ist das Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten schon immer eine ganz besondere Beziehung gewesen, und nicht ohne Grund spielt der Begriff des Vertrauens in dieser persönlichen Beziehung eine entscheidende Rolle. Der Blick auf den älteren Menschen scheint aber immer mehr durch finanzielle und organisatorische Zwänge bestimmt. Diese Einschätzung ist durch die paradoxe Situation bestimmt, dass „mit jeder medizinischen Verbesserung die Zahl der Patienten wächst, statt sinkt und die Menschen statistisch gesehen zwar älter, nicht aber gesünder werden.“[1] Dennoch ist das Maß des Möglichen im Blick auf unsere Vitalität in den letzten Jahrzehnten um ein Vielfaches gestiegen – und ich vermute, dass jeder von uns und gerade die älteren Menschen dankbar dafür ist. Zugleich weiß jede Ärztin, jeder Arzt, dass es Grenzen für die Ausschöpfung dieser Möglichkeiten gibt. Nicht alle Krankheiten können geheilt, nicht alle Leiden verhindert werden. Welche Herausforderungen sind damit für das ärztliche Ethos verbunden? Mit dieser Frage berühren wir das Verhältnis des Arztes zum Patienten in seinem Kern, denn hier spielt auch die persönliche Einschätzung des Patienten durch seinen Arzt eine wichtige Rolle. Jeder von Ihnen weiß aus eigener Erfahrung, dass es oft nicht nur um das Rezept, die Medikamente oder eine bestimmte medizinisch-therapeutische Leistung geht, die der Patient in der ärztlichen Praxis erhält. Nein: Es geht hier ganz elementar um den Wunsch, wieder gesund zu werden und gesund zu bleiben – eine Absicht, die auch andere Faktoren beinhaltet – Faktoren, die oft unausgesprochen und zum Teil auch unbewusst sind. Denn im Gegensatz zu früheren Generationen (Stichworte „geschlossener Familienverband“, Generationengemeinschaft“) stehen älteren Menschen heute kaum mehr verbindliche Lebensmodelle zur Verfügung, die ihnen in dieser Phase ihres Lebens Stabilität und Orientierung bieten. Im Blick auf diesen sensiblen Bereich scheint es mir daher ein Gebot der Stunde zu sein, das Lebenswissen christlicher Ethik neu ins Gespräch zu bringen, um die Begegnung mit dem älteren Patienten hilfreich zu gestalten. Der Patient erwartet zu Recht mehr als nur eine „biotechnische Dienstleistung“!

[1] Hans Werner Prahl / Klaus R. Schroeter, Altern im Fadenkreuz von Individualisierung und Vergesellschaftung, in: Ethik und Sozialwissenschaft 11 (2000), Heft 3, Seite 428.

2. Zum anderen – und darüber dürfen wir uns nicht hinwegtäuschen – geht jeder von uns selbst auf das Alter zu und wird tagtäglich mit dieser Lebensperspektive konfrontiert. Das Leben selbst ist ein zwangsläufiges „Älterwerden“, wie uns jeder Geburtstag wieder neu vor Augen führt! Vor diesem Älterwerden dürfen wir uns selbst nicht verschließen oder gar das Bewusstsein um diese Realität des Lebens verdrängen. Die Auseinandersetzung, die wir heute um das Alter führen, ist - wenn wir ehrlich bleiben – immer auch eine Auseinandersetzung um das eigene Leben, um das eigene Älterwerden und damit in gewisser Weise um die Sinnperspektive des Lebens selbst. Biologie und Medizintechnik geben hierauf keine wirklich tragfähige Antwort – und wollen und brauchen es von ihrem Anspruch her ja auch nicht! Wer eine solche Perspektive in diesen Bereichen sucht, wird unausweichlich feststellen, dass die im Höchstfall zu erreichende Verlangsamung von körperlichen Altersprozessen wohl kaum als adäquate Sinnperspektive erlebt werden kann. Natürlich sind jugendliches Aussehen, körperliche Fitness, stabile Herz-Kreislauf-Funktion und geistige Vitalität bis ins hohe Alter Attribute, für die wir manchen Preis zu zahlen bereit sind. Aber sie sind nicht die Mitte oder gar der Sinn der menschlichen Existenz. Auch hier erleben wir eine paradoxe Situation: Noch nie in der Geschichte der Medizin gab es so viele Erfolge, wurde soviel investiert, um die Lebenserwartung möglichst vieler Menschen so weit wie möglich zu steigern. Schon wird diskutiert, ob überhaupt noch von einer natürlichen Grenze des menschlichen Lebens ausgegangen werden muss. Auf diesem Hintergrund erstaunt eine Auskunft, die im vergangenen Jahr in der renommierten Zeitschrift „Herder-Korrespondenz“ zu lesen war, eigentlich nicht. *„Auf die Frage, wie das Leben verlängert werden kann, gibt es derzeit deutlich mehr Antworten als auf die nach dem Sinn des Altwerdens, gesellschaftlich-kulturell wie individuell.“*[2] Hier, in der zentralen Sinnfrage, besteht also ein dringender Handlungsbedarf. Dieses deutliche, auch andernorts zu hörende Signal sollte meines Erachtens nicht ungehört bleiben. Deshalb freue ich mich, dass dieses wichtige Desiderat unserem diesjährigen Ärztetag sein Thema gibt:

„Wie alt werden in Deutschland – Lebensqualität nur durch Medizin?“

[2] Alexander Foitzik, Leben wir zu lange?, in: Herder-Korrespondez 58 (2004), Heft 6, S. 271.

Leben zwischen Muss und Muße
- Demographie und Alter

von Dr. Michael Pries

Deutschland ergraut, Deutschland altert. Da die zahlenmäßige Diskrepanz zwischen Jung und Alt in den nächsten Jahren und Jahrzehnten immer größer wird, ist eine stark zunehmende demographische Alterung unausweichlich. Hier steht Deutschland erst am Anfang einer sich noch beschleunigenden Entwicklung. Was wir heute erleben, ist die Folge einer seit Ende des 19. Jahrhunderts andauernden Veränderung demographischer Muster.

Bestimmend sind die beiden Faktoren Lebenserwartung und Geburtenrate. Während die Lebenserwartung in den vergangenen 100 Jahren kontinuierlich zugenommen hat und ein neugeborener Junge heute eine Lebenserwartung von 74,4 Jahren, ein neugeborenes Mädchen sogar von 81,2 Jahren hat, ist gleichzeitig die Geburtenrate gesunken. 100 Mütter bekommen derzeit 134 Kinder, was bedeutet, dass heute jede Kindergeneration zahlenmäßig um ein Drittel kleiner ist, als ihre Elterngeneration. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht absehbar, die Folgen kaum einzuschätzen.

Im Gegensatz zur jüngeren Bevölkerung wird die Zahl der älteren Menschen in den nächsten Jahrzehnten deutlich zunehmen. Im Jahr 1950 lebten in Deutschland ca. 10 Millionen über 60-Jährige, das entsprach einem Anteil von 14,6% an der Gesamtbevölkerung. Zur Jahrtausendwende lag ihr Anteil bereits bei 23% (18,9 Millionen). 2010 werden die geburtenstarken Jahrgänge in das Rentenalter eintreten und auch die Lebenserwartung wird weiter ansteigen. Spätestens ab 2020 könnte die Altersgruppe der über 60-jährigen Bevölkerung die quantitativ wichtigste Bevölkerungsgruppe darstellen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung dürfte Mitte des 21. Jahrhunderts deutlich über 40% liegen, der Anteil der über 80-Jährigen wird sich bis dahin sogar verdreifachen und von derzeit drei auf fünf Millionen im Jahr 2020 ansteigen. Die Hälfte von ihnen wird schätzungsweise pflegebedürftig, ein Drittel an Demenz erkrankt sein.

Wir wissen heute genau, wie viele Zwanzigjährige es im Jahr 2024 geben wird, denn sie sind bereits geboren. Ein rapider Anstieg der Geburtenrate innerhalb der nächsten fünf Jahre würde bis zum Jahr 2030 keinen Einfluss auf die Alterung der Gesellschaft haben: Eine (rein theoretische) Erhöhung der durchschnittlichen Kinderzahl ab sofort auf das bestandserhaltende Niveau von 2,1 Kindern je Frau würde erst für die übernächste Generation ab 2060/2070 eine Entlastung des Altenquotienten bedeuten. Eine

Trendwende ist also nicht in Sicht, weil es sich bei der Alterung nicht um einen Trend handelt, sondern um eine über einhundertjährige Entwicklung.

Senioren oder Best Ager? Vom Ruhestand in den Unruhestand

Die Phase des späteren Erwachsenenalters hat viele Gesichter. Durch Befragungen wissen wir, dass die Lebensstile und Lebensgrundeinstellungen der 55- bis 70-Jährigen sehr verschieden sind. In der Öffentlichkeit wird aber weiterhin nur über „die Senioren“ gesprochen ohne Altersgruppen, Lebensstile und soziale Milieus zu unterscheiden. Der typische Senior meint in der Regel den „Pflichtbewusst-Häuslichen“, der es im Berufsleben zu einer gesicherten Stellung und bescheidenem Wohlstand gebracht hat und zum Ende seiner Erwerbszeit vor allem auf Wohlstandserhaltung hinstrebt und in dessen Lebensmittelpunkt Wohnung, Haus, Garten, Hobbies und vor allem die Familie stehen. Entsprechend wünscht er sich den Ruhestand herbei und verbindet damit den konsequenten Abschluss einer Lebensphase, die von Pflicht und Mühe geprägt war.

Gleichzeitig begegnen uns vor allem in den Medien aber immer öfter auch die „neuen Alten“, jene aktiven und sich noch jung fühlenden über 55-Jährigen, die den neuen Lebensabschnitt als Phase der Freiheit verstehen und ihre Interessen und Hobbies ausleben wollen. Das Streben nach Selbstverwirklichung und Kreativität, Persönlichkeitswachstum, Aufgeschlossenheit für das Neue und der Wunsch, persönlich zu wachsen und sich weiterzuentwickeln, sind charakteristisch für ihre Lebensgrundeinstellung. Sie gehören auch zu jener Gruppe der älteren Erwachsenen, die überdurchschnittlich häufig (Weiter-) Bildungsangebote durch Volkshochschulen oder durch ein Seniorenstudium nutzen.

Dass diese beiden Stereotype zu kurz greifen, scheint offensichtlich. Wir müssen also umdenken und neue, differenzierte Vorstellungen von älteren Menschen entwickeln. Wir können dabei erkennen: Es gibt eine Gruppe älterer Menschen, die aktiv und interessiert ist und noch lange nicht ans zur Ruhe kommen oder gar Aufhören denkt. Mehr Freizeit, mehr Wohlstand und mehr Bildung haben das Anspruchsniveau dieser älteren Menschen verändert. Dabei gewinnen auch Spontaneität und Beweglichkeit immer mehr an Bedeutung und mit ihnen die Mobilität.

Zunächst soll aber noch einmal eine Altersaufteilung vorgenommen werden, anhand derer bereits drei Hauptgruppen – unabhängig vom Lebensstil oder sozialen Milieu - unterschieden werden können.

- Die 50- bis 64-jährigen befinden sich im Übergang zwischen Beruf und Rente. Einerseits sind sie noch gefordert, haben Verpflichtungen und stehen mit beiden Beinen fest im Leben. In diesem Alter ist der Verdienst am größten, die finanziellen Belastungen durch Lebensunterhalt, Neuanschaffungen, Erziehung und Ausbildung der Kinder etc. bereits wieder am Abnehmen. Gleichzeitig liegen die großen Herausforderungen und Anstrengungen hinter ihnen, die Kinder sind in der Regel aus dem Haus und die beruflichen und privaten Lebensziele größtenteils erreicht oder zumindest gut vorbereitet.
- Die 65- bis 75-jährigen bilden die heutige Rentnergeneration. Sie bezeichnen sich selbst als Senioren und machen dadurch deutlich, dass sie sich bereits in diese Lebensphase eingefunden haben. Frei von beruflichen und anderen Verpflichtungen gewinnt die Familie eine neue Bedeutung: Das Zusammensein mit Kindern und Enkelkindern, Harmonie innerhalb der Familie werden als Höhepunkte und Glanzlichter empfunden. Es entsteht der Eindruck, dass sich im familiären Zusammensein in besonderer Weise die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns widerspiegelt.
- Die über 75-jährigen werden häufig auch als „Hochaltrige“ bezeichnet. Sie verfügen einerseits über den größten Erfahrungsschatz – vom zweiten Weltkrieg über den Wiederaufbau bis zum Leben im 21. Jahrhundert – und weisen andererseits den geringsten Aktivitätsdrang auf. Neben biologischen Ursachen und einem allgemeinen Nachlassen innerer Antriebskraft kann dies auch auf den Mangel an Angeboten zurückgeführt werden. So kann z.B. beim Reiseverhalten dieser Altersgruppe nahezu von einer Reiseverweigerung gesprochen werden, denn im Fordergrund steht das Motiv „nicht verreisen zu wollen“ und nicht etwa, nicht verreisen zu können.

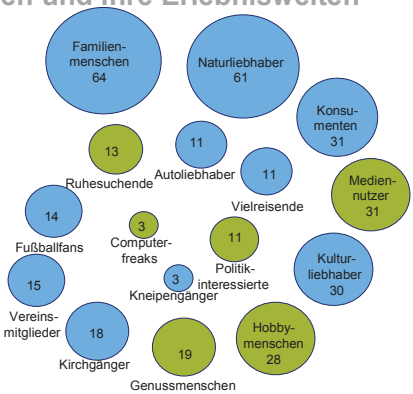
Wenn die „neuen Alten“ wirklich so fit, so konsumfreudig und so unternehmungslustig wären, wie sie in der Öffentlichkeit gerne dargestellt werden, dann müssten sie eigentlich rund um die Uhr unterwegs sein. Und in der Tat können - wie oben bereits angedeutet – deutliche Unterschiede

zwischen den „Neuen Alten“, also den 50- bis 64-jährigen und den „Senioren“ (65 Jahre und älter) beobachtet werden. Ein Aktivitätsverlust zeichnet sich scheinbar mit Erreichen des offiziellen Rentenalters ab. Offen ist, ob es sich hierbei um einen altersbedingten Rückgang handelt oder ob wirklich eine neue Seniorengeneration in den Startlöchern steht, die ihre Mobilität auch im höheren Alter bewahrt und auslebt.

Helfen kann hierbei ein Vergleich der heute 50- bis 64-jährigen mit der gleichen Altersgruppe vor zehn Jahren – also jenen Menschen, die heute 64 Jahre und älter sind. Es zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede: Bei insgesamt 51 verglichenen Freizeitaktivitäten verzeichnen die Neuen Senioren von heute an 39 Stellen Aktivitätszuwächse und dies teilweise in erheblichem Umfang. Während 1995 nicht einmal jeder dritte (29%) Jungsenior angab, regelmäßig Fahrrad zu fahren sind es heute 38 Prozent. Mit dem Auto herumfahren ist von 17 auf 26 Prozent gestiegen. Ebenso haben Essen gehen (+5), Tagesausflug (+3), Schaufensterbummel (+2) und Wandern (+2) zugenommen. Ähnliches ist bei den kulturellen Aktivitäten wie Museumsbesuch (+3), Kino (+3) oder Oper, Konzert, Theater (+1) zu beobachten.

Es wird deutlich: Liebgewonnene und gewohnheitsmäßig ausgeübte Betätigungen legt man – auch im Alter – nicht einfach ab, im Gegenteil. Das Freizeitverhalten der heute über 65-jährigen ist die konsequente Fortführung dessen, was diese Menschen schon vor 10 Jahren gemacht haben und Ähnliches ist auch für die Zukunft zu erwarten. Ergänzend dazu ist es aufschlussreich, die Erlebniswelten der 50plus-Generation einmal genauer zu betrachten. Wie erleben sich ältere Menschen? In welcher Rolle sehen sie sich? Wo fühlen sie sich zugehörig? Das Spektrum reicht vom Computerfreak über den Kirchgänger bis zum Konsumenten und Familienmenschen. Verschiedene Lebenswelten werden gleichzeitig und nebeneinander ausgefüllt, erlebt und gelebt. Mag die Intensität in dem einen oder anderen Bereich mit zunehmendem Alter auch nachlassen: abgelegt wird die Rolle deshalb nicht.

Szene „55plus“:
Die neuen Senioren und ihre Erlebniswelten



Repräsentativbefragung von 2.000 Personen ab 14 Jahren im Februar/März 2003 in Deutschland

Es scheint einen Widerspruch in der Gesellschaft zu geben: Marketing und Medien präsentieren uns die „neuen Alten“, sie haben die „Best Ager“ entdeckt und setzen damit viele ältere Menschen unter Druck, die diesem Idealbild nicht entsprechen, wohl aber gerne dazugehören würden. Gleichzeitig ist die Rede vom Altersabbau in den Betrieben, von Frühverrentung und Vergreisung der Gesellschaft, kurz: vom Methusalem-Komplott (Schirrmacher 2004). Selten vermischen sich diese beiden Bilder: Neue Alte im Beruf scheint es nicht zu geben, auf Ruhe und Sicherheit bedachte Ruheständler auch nicht mehr. Fest steht: Die Dreiteilung des Lebens in Ausbildung, Beruf und Ruhestand hat ihre Gültigkeit verloren. Immer mehr Menschen leben immer länger und werden auf neue Weise alt. Für viele von ihnen gilt die Vorstellung vom unvermeidlichen Altersabbau nicht mehr. Gleichzeitig wirft die dritte Lebensphase, die durchaus noch einmal weitere 30 Jahre umfassen kann und zumindest für die heute ältere Generation in relativer finanzieller und sozialer Sicherheit erlebt wird, neue ganz spezifische Probleme auf. Früher betonten Ruheständler mehr die Befreiung vom Arbeitszwang, heute begreifen die Senioren ihre neue Lebensphase positiv als Chance und Aufgabe - als „Freiheit für etwas“. Die Frage „Freiheit - wofür?“ bleibt allerdings weitgehend unbeantwortet.

Soziale Altersvorsorge: Familie und Freunde als wertbeständige Zukunftsinvestition

Vor diesem Hintergrund gewinnen Familie und soziale Beziehungen wieder neu an Bedeutung. Der weitgehend ökonomisierte Demographie- und

Nachhaltigkeitsfaktor muss um einen Sozialfaktor erweitert werden. Wer sich ernsthaft um die eigene Zukunft Gedanken macht, muss Altersvorsorge als Zukunftsvorsorge im Sinne von materieller und sozialer Sicherung verstehen. Erst das soziale Netz – insbesondere der Familie – garantiert einen Lastenausgleich mit Nachhaltigkeitswirkungen, die weit über das Jahr 2030 hinausreichen, weil die Generationen auch in Zukunft aufeinander angewiesen bleiben. Der Generationenvertrag traditioneller Prägung kann die sozialen Herausforderungen der Zukunft allein nicht lösen. Über die materielle Absicherung hinaus erweist sich der Aufbau eines verlässlichen sozialen Netzes als wertbeständige Investition in die Zukunft. Der Verlust von Familie und Freunden lässt sich im Alter durch Geld nicht mehr ausgleichen.

Nach einer aktuellen Untersuchung des BAT Freizeit-Forschungsinstituts gleicht eine verlässliche Altersversorgung einem stabilen Haus der Zukunftsvorsorge, das auf den drei Säulen Armutsvermeidung, Lebensstandardsicherung und Lebensqualitätssicherung steht. Keine Säule ist durch eine andere ersetzbar und austauschbar. Gemeint ist eine Zukunftsvorsorge nach dem Drei-Säulen-Modell mit gesetzlichen, privaten und sozialen Kapitaldeckungen, die zukunftsfähige Rücklagen und nicht nur leere Kassen hinterlassen. Das neue Haus der Zukunftsvorsorge steht stabil auf drei Säulen: Die erste Säule ist erarbeitet und verdient (= Gesetzliche Grundversorgung), die zweite Säule erspart und bezahlt (= Private Zusatzversorgung) und die dritte Säule ist erlebt und gelebt (= Soziale Altersversorgung). In diesem Drei-Säulen-Gebäude auf materieller und sozialer Grundlage geht es um mehr als nur um Geld. Der verengten ökonomischen Sichtweise wird eine ausgeglichene Generationenbilanz gegenübergestellt, die auch humane und soziale Züge trägt.

Zukunftsvorsorge ist mehr als nur Geld.

Als umfangreichste und beständigste Zukunftsvorsorge wird die soziale Altersversorgung eingestuft, weil sie Lebensqualität bis ins hohe Alter sichern hilft. Dazu gehört in erster Linie die Erhaltung familiärer Bindungen (1997: 51% - 2003: 56%), worauf die Frauen deutlich mehr Wert legen (61%) als die Männer (51%). An sozialer Bedeutung deutlich hinzugewonnen hat in den letzten Jahren der Freundeskreis (1997: 50% - 2003: 56%). Die Pflege des Freundeskreises wird – neben der Familie – als zweite wichtige Zukunftsinvestition angesehen – in der Hoffnung, dass sich die Kontaktpflege im Alter vielleicht sogar „auszahlt“ bzw. „rechnet“. Eine neue Zukunftschance zeichnet sich auch für die Vereine ab. Etwa jeder sechste Bundesbürger (1997: 16% - 2003: 16%) betrachtet den Vereinsbeitritt als eine weitere Variante der persönlichen Zukunftsvorsorge.

Der traditionelle Generationenvertrag wurde bisher zu einseitig als öffentliche Transferleistung an die Älteren verstanden. Er ließ die Leistungen und Gegenleistungen der Generationen untereinander unberücksichtigt – von der Enkelkinderbetreuung bis zur Altenpflege. Viele Urteile und Vorurteile über die Generationenbeziehungen zwischen Jung und Alt (z.B. „Generationenkonflikt“, „Krieg der Generationen“) sind nicht länger haltbar. Für dramatisierende Darstellungen sieht die Bevölkerung bisher keinen Anlass. Denn: Der Generationenpakt auf familiärer Basis funktioniert. Jung und Alt bescheinigen sich gegenseitig ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Geht man von einer groben Aufteilung der Bevölkerung in die jüngere (bis 29 Jahre), die mittlere (30 bis 64 Jahre) und die ältere Generation (65 Jahre und mehr) aus und fragt nach gegenseitigen Hilfeleistungen materieller und immaterieller Art, so ist man überrascht vom Umfang und der Intensität praktizierter Alltagssolidarität zwischen den Generationen. Die Hilfeleistungen fangen früh an und hören eigentlich nie auf.

Die Ausdehnung der gemeinsamen Lebenszeit ermöglicht eine neue Solidarität zwischen den Generationen. Der demographische Wandel muss also nicht zu einer Gefährdung der Generationenbeziehungen führen. Bedenklich entwickelt sich eher das Verhältnis älterer Menschen untereinander: Innerhalb der älteren Generation zeichnet sich für die Zukunft eine Polarisierung unterschiedlicher Lebensstile ab. Jüngere und Gesündere werden sich von Älteren und Kranken abzugrenzen versuchen. Insbesondere dann, wenn sie bewusst in ihre Agilität investieren, wenn sie Zeit und Kosten aufwenden, um vorzubeugen. Wie in anderen Bereichen auch werden Benachteiligte künftig stärker für ihre Situation verantwortlich gemacht. Eine Art Alterssolidarität wird es hier nicht geben. Und ein weiteres Konfliktfeld ist schon heute zu beobachten zwischen jenen, die sich weiterhin engagieren, die lernen und versuchen, am Ball zu bleiben und jenen, die das Leben genießen wollen und sich aus der sozialen Verantwortung zurückziehen.

Es geht also nicht um den traditionellen Generationenvertrag, sondern um einen neuen Generationenpakt: die gelebte Solidarität zwischen den Generationen und innerhalb der Generationen. Es handelt sich um eine auf familialen Werten basierende Übereinkunft, um einen natürlichen Austausch von Lebensressourcen und Unterstützungsleistungen. Dieser Generationenpakt lebt von der Alltagssolidarität, von gewachsenen sozialen Beziehungen und Bindungen – und nicht von auferlegten gesetzlichen Verpflichtungen. Die bisherigen Szenarien über die sozialen Folgen der demographischen Entwicklung „krankten“ daran, dass sie den Menschen lediglich als Kostenfaktor sahen: Wachsende Lasten = finanzielle Grenzen. Die ausschließlich ökonomische Betrachtungsweise, bei der Wirtschafts- und Finanzexperten den Ton angeben, verliert die soziale Dimension aus dem Blick, den natürlichen Zusammenhalt zwischen den Menschen und die Solidarität zwischen den Generationen. Der Generationenpakt als familiärer Zusammenhalt und gelebter Gemeinsinn ist der Grundbaustein für die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft.

Die Folgen einer abnehmenden Bevölkerungszahl und einer zugleich stark alternden Bevölkerung für die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche sind in ihrer Vielfalt und in ihrer Tragweite wahrscheinlich gar nicht abzuschätzen, da Erfahrungen mit solchen demographischen Entwicklungen bislang nicht vorliegen. Die gesellschaftlichen und ökonomischen Auswirkungen der demographischen Veränderungen gewinnen mittlerweile immer deutlichere Konturen. Zunächst standen die Konsequenzen für die gesetzliche Rentenversicherung im Vordergrund. Es folgten die Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und allgemein auf die Versorgung älterer Menschen. Die sozialen Sicherungssysteme, die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung, sind wegen des ihnen zugrunde liegenden Systems, des so genannten Umlageverfahrens, in besonderer Weise von der demographischen Entwicklung abhängig. Wird der Teil der Bevölkerung, der versorgt werden muss, größer als der Teil, der die Leistungen erbringt, ist die Funktionsfähigkeit dieses Systems nicht mehr gegeben, da diese Situation im Prinzip nicht vorgesehen ist.

Daraus folgt: In Zukunft kann sich das soziale System grundlegend verändern. Die Familie rückt wieder mehr in das Zentrum des Lebens. Und die Generationen helfen sich selber. Während sich die Gesetzliche Rente mehr zu einer Art Zusatzversicherung zurückentwickelt, nimmt die Familie als verlässliche Vollversicherung ihren Platz ein und macht aus dem staatlichen Generationenvertrag einen privaten Generationenpakt. Im Mittelpunkt des Alterns stehen künftig dann drei Aufgaben, die gestaltet werden müssen:

- Die Erhaltung von Gesundheit und Lebensqualität bis ins hohe Alter stellt – neben der Sicherung des Lebensunterhalts – die wichtigste Lebensaufgabe für die Zukunft dar.

- Soziale Anerkennung. Hinter dem "Muss", auch jenseits der Erwerbsarbeit ein sinnerfülltes Leben zu leben, verbergen sich Forderungen nach Leistung und Erfolg, weil nur dies soziale Anerkennung auf Dauer garantiert.
- Die Erörterung der Sinnfrage. Für Senioren heißt es in Zukunft: *Lebensqualität ist nicht das, was mir geboten wird, sondern das, was ich daraus mache*.

Entsprechend hoch sind die Anforderungen an alle Bereiche und Dienstleister, die den älter werdenden Menschen dabei begleiten. Ärzten kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu: Sie sind Ermöglichungsgehilfen, die nicht mehr gefragt sind, um zu lindern, sondern um zu verbessern. Die Einsicht in die natürlichen Alterungsprozesse wird durch Jugendwahn und Best Ager Polemik blockiert. Der Anforderungsdruck, nicht zu altern nimmt zu, der Wunsch nach ewiger Jugend kann endlich auch öffentlich ausgelebt werden. Gleichzeitig dürfen Krankheit und Genesungsprozesse nicht mehr losgelöst betrachtet werden: Der Arzt wird in der individualisierten Singlegesellschaft zum Sozialarbeiter, das Wartezimmer zur Kontaktbörse

Fest steht: Die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung muss mit einer insgesamt älter werdenden Bevölkerung bewältigt werden. Der demographische Wandel ist eine Herausforderung für den modernen Sozialstaat. Die Fortführung einer Fokussierung auf Jüngere in Arbeit, Freizeit und Kultur läuft den realen Anforderungen zuwider. Mit einer solchen Philosophie des Jugendkults sind die Probleme der Zukunft nicht zu lösen.

„Dass die Seele geheilt werde!“
(Augustinus, De vera religione III,1)
Von der Lebensqualität eines Menschenbildes

Von Prof. Dr. Peter Schallenberg

In diesen theologisch-ethischen Überlegungen soll nach der Lebensqualität des christlichen Menschenbildes, insbesondere unter den verschärfenden Bedingungen von Alter und beginnenden Sterbeprozessen, gefragt werden. Dies geschieht im Zeichen der Postmoderne, die zuerst von dem französischen Philosophen Jean-Francois Lyotard beschrieben wurde (J.-F. Lyotard, La condition postmoderne, Paris 1979, dt.: Das postmoderne Wissen, Bremen 1982), und ganz allgemein charakterisiert werden kann als das Ende der Meta-Erzählungen oder der großen Erzählungen. Wolfgang Welsch unterstreicht: „Modernes Wissen hatte je die Form der Einheit, und diese Einheit war durch den Rückgriff auf große Meta-Erzählungen zustande gekommen. Noch in den entlegensten Detailforschungen war ein solcher Rückbezug auf eine alles legitimierende Leitidee deutlich. Die Neuzeit bzw. Moderne hatte drei solcher Meta-Erzählungen hervorgebracht: die Emanzipation der Menschheit (in der Aufklärung), die Teleologie des Geistes (im Idealismus) und die Hermeneutik des Sinns (im Historismus). Die gegenwärtige Situation hingegen ist dadurch gekennzeichnet, dass diese Einheitsbande hinfällig geworden sind, und zwar nicht nur den genannten Gehalten, sondern ihrer ganzen Art nach. Totalität wurde als solche obsolet, und so kam es zu einer Freisetzung der Teile.“ (W. Welsch, Unsere postmoderne Moderne, Weinheim 1987, 32). Das Christentum als eine explizite große Meta-Erzählung von Gott und seiner guten Schöpfung ist durch diesen postmodernen Kulturschock naturgemäß besonders betroffen. Dies gilt auch und zumal für sein Menschenbild.

1. Ethik in der wissenschaftlich technischen Postmoderne

a. Abschied vom Streben nach Endzuständen: Nach J.G. Fichte (Die Bestimmung des Menschen (1800), in: Werke II 267f.) war schon das „letzte Sträuben“ der ungebändigten Natur absehbar, die durch vielfältige Katastrophen den menschlichen Willen zur Vernunft, und damit zur Freiheit und zur Moralität noch behinderte. Solche Realutopien, die auch als säkularisierte Formen religiöser Eschatologie und Endzeiterwartung charakterisiert werden können und in säkularisierter Form besonders wirkmächtig im Marxismus auftauchen, liegen der Postmoderne fern. Hingegen geht es postmodern um technische Lösungen konkreter Fortschrittsprobleme – ohne jedoch eine weitere Angabe darüber zu

machen, was denn nun das Ziel des Fortschrittes sei, da ein vollkommener Verzicht auf jedwede Form von Metaphysik und Meta-Erzählung propagiert wird.

b. Abschied von Geschichtsphilosophie hin zur „historischen Anthropologie“ (O. Marquard): Verbunden mit der Verabschiedung einer augustinisch geprägten Deutung von Welt und Geschichte, die aus Gott stammen und sich in Gott vollenden werden, ist zugleich ein entschlossener Abschied von der Substanzphilosophie und von jeder Form einer ethischen Letztbegründung. Ethik wird zunehmend als konsensualer Prozess gedacht, also als freie Verabredung und Übereinkunft mehrerer beteiligter Akteure, ohne dass noch eine Aussage darüber möglich wäre, ob etwas – unabhängig vom Willen der Handelnden – objektiv gut oder böse sei, ob es mithin eine objektiv gültige Zentralperspektive, die einen universal gültigen Blick auf ein kulturenübergreifendes Natur- oder Menschenrecht erlaubte, gäbe.

c. Orientierung an offenen, zufallsabhängigen Prozessen wie Evolution und technischer Entwicklung: Es zählt die permanente Innovation und Kreativität. „Nachahmung der Natur“ (H. Blumenberg, Nachahmung der Natur. Zur Vorgeschichte der Idee des schöpferischen Menschen, in: Ders., Wirklichkeiten, in denen wir leben, Stuttgart 1993, 55-103) wird nicht mehr antik-mittelalterlich als Annäherung an ein Reservoir von Ideen im Geiste Gottes, sondern neuzeitlich als autonome Teilnahme an der göttlichen Kreativität (als durch keine vorgegebenen Ideen beschränkten unendlichen Schöpfungskraft) verstanden. Das Projekt der Postmoderne ist die permanente Modernisierung!

d. Veränderung der Lebenswelt durch Informationstechnik: Die Folge der Entstehung einer globalisierten Informationsgesellschaft ist eine radikale Relativierung aller bisherigen traditionellen Werte und überlieferten Meta-Erzählungen!

e. Veränderung durch die Biotechnik: Seit sich in der Folge von Rudolf Virchows Reform des preußischen Medizinstudiums im 19. Jh. zugunsten einer reinen Naturwissenschaft die Medizin zunehmend als Technik versteht, ist die Folge eine technisch herstellbare Körperoptimierung, und dies auf dem Hintergrund von Descartes’ Zweiheit von *res cogitans* und *res extensa*. Geist und Körperlichkeit trennen sich im Zeichen einer scheinbar perfekt technisch beherrschbaren naturalen Welt, zu der auch der Körper des Menschen zu gehören scheint. Gesundheit wird zum säkular letzten Ziel, ohne dass jedoch weiter definiert wird, welchem Ziel nun ihrerseits die Gesundheit dienen könnte, außer freilich, um zu überleben – dann wäre man paradoxerweise gesund, um gesund zu sein!

f. Technisierung, Medialisierung und Gradualisierung der Wissenschaften: Indem sich die Wissenschaften vornehmlich in einzelne Fachdisziplinen aufspalten und ausdifferenzieren, geht zunehmend eine die

verschiedenen Weltsichten universal überwölbende Zentralperspektive verloren.

g. So bleibt grundsätzlich die Frage: Machen wir die Ethik (wie die Gesetze in der Demokratie) oder gibt es Werte und Prinzipien unabhängig von Wertewandel und Meinungsbildung? Gibt es eine im Lauf der Jahrhunderte gleich bleibende menschliche Substanz als menschliche Wesensnatur, die seine unvergleichliche Würde begründet und trägt? Oder schärfer: Was ist die menschliche Natur, wenn der Mensch „das nicht festgestellte Tier" (F. Nietzsche) ist, wenn „im Bauplan der Natur nicht vorgesehen ist, dass der Mensch glücklich sei" (S. Freud)?

2. Was ist ein christliches Menschenbild?

a. Gemäß der platonischen Ideenlehre wird vom *factum brutum* des real vorfindlichen Menschen auf ein Ideal geschlossen: Im Hintergrund steht ein unsichtbares Urbild (Ideal) des Besten, von dem ein sichtbares Abbild (Realität) Zeugnis gibt. Das Ziel ist das vollkommen gelungene, gute und geglückte Leben jeder menschlichen Person, die über die Fähigkeit der Seele verfügt, also, mit Thomas von Aquin gesprochen, über die Fähigkeit einer *reditio completa ad se ipsum,* eines vollkommenen Rückganges auf sich selbst, das eigene Leben, Denken und Handeln. Das Ziel dieser Reflexion auf den Sinn und die Wahrheit des eigenen Lebens ist nach dem berühmten Wort des Hl. Augustinus: „*Ut anima sanetur*" (Augustinus, De vera religione III 1), wörtlich: dass die Seele geheilt werde, also ein innerer Heilungs- und Gesundungsprozess des Menschen, der versucht, sich selbst und sein Schicksal zu begreifen und auf den Begriff zu bringen. Ähnlich formuliert in der Frühzeit des Christentums Irenäus von Lyon (Adv. Haer. II 25, 3) im Rahmen seines Kampfes gegen das dualistische Menschenbild der Gnosis: „Homo nondum perfectus" – Der Mensch ist noch nicht vollkommen. Markus Wasserfuhr erläutert prägnant: „Weil meine *sarx* mein Reifen und Wachsen verlangsamt, kann ich mit Geduld reifen." (M. Wasserfuhr, In Geduld reifen, Münster 2005, 338).

b. Der Mensch ist nach christlicher Auffassung ein *animal rationale*, ein vernunftbegabtes Lebewesen: Er ist Natur (*nasci* = geboren werden, in Zufälligkeit), er ist das nicht festgestellte Tier ohne Triebhemmung, und er hat zugleich Vernunft (Geist) als Möglichkeit, sich und die Mitwelt als Notwendigkeit zu denken, damit aber Raum und Zeit zu überschreiten. Nochmals anders gesagt: Der Mensch ist Person, nach der berühmten Definition des Boethius: *individua substantia rationalis naturae* – eine unteilbare Substanz mit vernunftbegabter Natur! Und er ist dies immer als soziales Lebewesen, also als Person mit Personen. Thomas von Aquin präzisiert in seiner Summa Theologiae (III 16, 12): *subsistens in humana natura* – Der Mensch besteht wesenhaft in und durch diese seine menschliche Natur, die als Vernunft sich zeigt und bestätigt. Das

Menschengemäße geschieht beim Menschen nicht einfach, wie beim Tier, von Natur aus, sondern aus Vernunft. Das genau zeichnet ihn aus. Robert Spaemann bringt es mit Blick auf die entsprechenden ethischen Aussagen des hl. Thomas von Aquin auf den Punkt: „Indessen geschieht das Menschengemäße nicht, wie das Giraffengemäße, von Natur aus, d.h. von selbst, sondern es geschieht aus Vernunft, und in Gehorsam gegen den Willen Gottes, des Urhebers jener Natur, deren Gesetze wir zu erkennen im Stande sind.“ (R. Spaemann, Einleitung, in: Thomas von Aquin, Über sittliches Handeln (Summa theologiae I-II q. 18-21), Stuttgart 2001, 7-18, hier 10). Daher genau ergibt sich die Notwendigkeit von Ethik als Reflexion auf „künstliche“ (vernünftige) Grenzen der menschlichen Natur zu einem Ziel, das mehr ist als gesundes Überleben! Strukturen der Gerechtigkeit dienen dabei gleichsam als Grundwasserspiegel einer geistig ersehnten und erahnten Notwendigkeit eigener und fremder Existenz. Solche Notwendigkeit menschlicher Existenz wird in der Haltung und Gebärde der bedingungslosen Liebe erschlossen und festgehalten, denn die Liebe begnügt sich nicht mit der Zufälligkeit einer Begegnung oder eines zeitlich begrenzten Menschenlebens, sie greift über Raum und Zeit hinaus und will die andere Person im Wesenskern berühren und dies für immer. Genau darin besteht dann aber die menschlich zwar ersehnte, nicht aber herstellbare Heilung der menschlichen Seele: Dass ihr unbedingte und Raum und Zeit überschreitende Liebe zuteil werde. Das genau meint die christliche Rede von der Rechtfertigung des Menschen durch Gott: Erst daraus erwachsen Heilung und dann Heiligkeit als innere *sanatio animae!* Gemeint ist letztlich ein von unbedingter, reiner Liebe getragenes Denken und Handeln über die Grenze der Zeit und des Todes hinaus. Christliches Leben erweist seine Kraft letztlich der Bewältigung des Todes!

c. Daraus erwächst dann eine Kultur des Reifens als Mensch. Der hl. Augustinus kennzeichnet eine solche Kultur als *civitas dei*, als Zivilisation Gottes mit dem Grundgesetz des *frui,* der zweckfreien, genießenden Liebe, im Gegenüber zur *civitas terrena*, der irdischen Zivilisation mit dem Grundgesetz *des uti*, der verzwecklichenden, verwertenden und letztlich heillos egomanischen Liebe. Der Mensch ist in der Lage, zwischen diesen beiden höchst konträren Zivilisationen zu unterscheiden und sich zugleich ethisch zu entscheiden für das wirklich Gute der reinen Liebe. Die menschliche Vernunft deutet und begrenzt die menschliche Natur anhand der *inclinationes naturales,* der naturalen Neigungen des Menschen (Selbsterhaltung, Fortpflanzung, Kommunikation) auf ein vergeistigtes Ziel ewiger Liebe hin mit der leitenden und fundamentalen Frage: Woher komme, wohin gehe ich? Das Gegenbild dazu mit der Beschränkung auf den diesseitigen Menschen und sein vergebliches Mühen skizziert A. Camus eindrücklich: „Wir müssen uns Sisyphus als glücklichen Menschen vorstellen!“ (Der Mythos von Sisyphus, Hamburg 1959, 101).

3. Heil und Heiligkeit menschlichen Lebens

a. Gott als *summum bonum*, also als höchstes Gutes, oder als „*id quo maius cogitari nequit*" (Anselm von Canterbury, Proslogion II), wird gedacht und in Christus geoffenbart als Ideal vollkommenen Heiles, und dies als Heiligkeit, mithin als unbedingte und geschenkte Rechtfertigung der eigenen und jeder anderen menschlichen Existenz, die nicht verdient oder erworben werden kann. Heiligkeit wird dann verstanden als umfassend vollendete Persönlichkeit, die von Gott gnadenhaft geschenkt wurde, und die der Mensch in Dankbarkeit erkennt, ergreift und entfaltet im Raum der ihm zugemessenen Lebenszeit. Daraus erhellt dann in christlicher Sicht die Unmöglichkeit psychischen Alterns (verstanden als schleichend andrängende Verzweiflung zum Tode) und Sterbens, und dies ungeachtet jeder physischen Alterung.

b. Gott ist das absolute (zeitübergreifende) Sein (Exodus 3: JAHWE). Unter der Annahme Gottes und im Glauben an diesen Gott leben heißt: Im Glauben an meine/jede unsterbliche Seele eines Menschen leben und so zu wachsen.

c. Dieser Annahme antwortet nach christlichem Glauben die Offenbarung Gottes in Jesus Christus: Gott offenbart sich als Urbild und Ideal vollkommener, absoluter Liebe, unabhängig von eigener und fremder Bewertung in der Zeit. Erst so entsteht die Möglichkeit der Würde des Menschen, die jeden Wert bei weitem übersteigt und jedem Preis voraufliegt. Ausgedrückt wird diese Begründung der Menschenwürde durch die unbedingte Liebe Gottes durch seine Liebe als Hingabe bis zum Tod, darin besteht dann zugleich das einzig mögliche letzte Ziel und Glück jeder menschlichen Person. Jede Verfehlung dagegen ist eine fundamentale Verletzung der unveräußerlichen Menschenwürde als Brennglas der personalen Berufung zur Heiligkeit.

4. Gesundheit im Alter und im Sterben

a. Gesundheit meint ursprünglich: vollständig, ganz, heil. Die Nähe zu einem ganzheitlichen, ursprünglich tief im religiösen Umfeld verankerten Heilsbegriff, der noch in der Fassung *„salus aegroti suprema lex"* des hippokratischen Eides zum Ausdruck kommt, ist evident. Dieses Ideal wird als das Normale definiert, das doch immer nur defizient erfahren wird.

b. Das Leben auf der biologischen Ebene nimmt schon eine Wertung vor, indem es auf das Abweichen vom normalen Funktionieren mit Krankheit reagiert; eine medizinische Intervention ist in dieser Sicht lediglich Hilfe bzw. Lenkung einer an Selbstheilung orientierten Aktivität des Organismus.

c. Gesundheit ist umfassender verstanden das Vermögen, unter wechselnden Umweltbedingungen die Aktivität des Lebens aufrechtzuerhalten; Krankheit ist die Einschränkung dieses Vermögens. Die Intensivmedizin ermöglicht diese notwendig immer fragmentarische Gesundheit unter komplizierten und artifiziellen Umweltbedingungen.

d. Medizin, besonders im physischen Alter, darf nicht zur bloßen Anwendung von Technik werden; Gesundheit als Therapieziel wird nie ein umfassendes Wohlbefinden herstellen können; kein Mensch ist schlicht gesund, sondern geht von Geburt an auf den Tod zu in einem bewusster werdenden Prozess physischen Alterns und Sterbens.

5. Menschenwürde und Lebensqualität

a. Die Option für unbedingte Menschenwürde ist eine entschiedene Option für das prinzipielle Tabu menschlichen Lebens, für die grundsätzliche Unantastbarkeit menschlichen Lebens. Hier liegt der letzte Sinn und der Wahrheitsgehalt der biblischen Rede von der Gottebenbildlichkeit des Menschen oder, ähnlich, der theologischen Rede vom menschlichen Leben als Geschenk Gottes, das treuhänderisch zu verwalten ist. In Anlehnung an Hannah Arendt könnte aus dieser Sicht geradezu von einer „Medizin des leeren Stuhles“ gesprochen werden: Gemeint ist ein letzter und notwendiger Schutz der menschlichen Person vor einer innerweltlichen letztgültigen Bewertung oder Verwerfung durch sich/andere/die Gesellschaft. Anders und schärfer gesagt: Das letzte Wort über einen Menschen darf nicht im Diesseits gesprochen werden; es muss der letzten Beurteilung und Bewertung entzogen bleiben; hier erweist die Rede von Gott ihre ethische und spirituelle Sprengkraft! Dies hat dann erhebliche Konsequenzen im medizinethischen und bioethischen Bereich, etwa im Blick auf die Sterbehilfe oder den frühesten Beginn menschlichen Lebens als Embryo, und sei es auch im Zustand schwerer Behinderung.

b. Der Begriff der Würde jeder Person bündelt somit den unauslotbaren Inhalt der Lebensqualität, der nie in physisch materieller Qualität aufgeht; dagegen steht der theologische Begriff der Seele! Es muss allerdings unbedingt (durch Seelsorge und Leibsorge) geholfen werden, dies leidend und sterbend tragen und ertragen zu können! Wo endgültige Heilung nicht mehr möglich ist, da muss die Medizin sich auch als Heilkunst verstehen, die durch Linderung körperlicher Leiden seelische Leiden zu mildern vermag.

c. Jene tiefere und absolute Lebensqualität des Menschen, die prinzipiell losgelöst (*absolutum*) von Lebensdauer und Gesundheit ist, soll durch die Medizin ansichtig und befördert werden.

d. In dieser Perspektive muss die moderne Medizin dann „dreisprachig“ (O. Höffe) werden: (1) durch eine ständige Verbesserung des Fachwissens

(Orthodoxie), (2) indem nicht organische Maschinen, sondern leidende Menschen behandeln werden (Orthopraxie), (3) durch eine inwendige Weisheit, die mit Klugheit, Besonnenheit und Zivilcourage ein bloßes Überleben nicht für das höchste Gut halten wird (Orthopathie).

e. Die theologische Rede von der letztgültigen Herrschaft Gottes über Leben und Tod impliziert eine doppelte Sicht: Sowohl die unantastbare Würde des Menschen kommt in den Blick, wie auch das Wissen um seine physische Sterblichkeit und Begrenztheit mit dem Glauben an die absolute und gnadenhafte Rechtfertigung der Person. Darin liegt das „Mehr“ der Seele und der Überschuss der theologisch-ethischen Rede vom Menschen als Ebenbild Gottes.

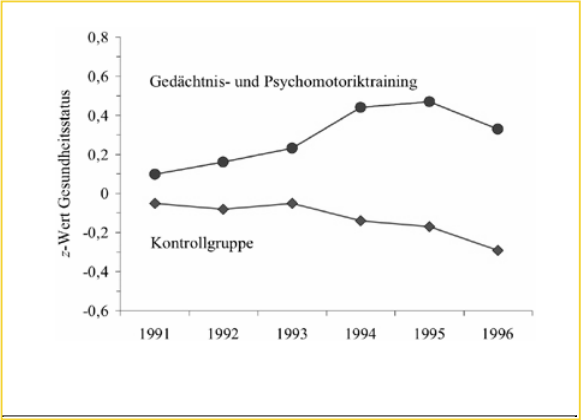
f. Im Anschluss an Immanuel Kant wird daher zwischen Wert und Würde eines Menschen unterschieden. Würde meint unhintergehbare Selbstzwecklichkeit des Menschen. Da einzig der Mensch als sittliches Wesen Repräsentation des absoluten Geistes ist (Gottebenbildlichkeit), kommt nur ihm selbstzweckliche Würde zu. Daher erklärt sich auch in der theologischen Bioethik sowohl die strikte Ablehnung der Abtreibung wie auch die Unterscheidung von unerlaubter aktiver Euthanasie und erlaubter passiver Sterbehilfe. Ein Sterben in Würde entspricht einem Leben aus jener unveräußerlichen Menschenwürde heraus, die sich kein Mensch verdienen kann, und die nach christlichem Glauben einzig die unbezweifelbare Liebe Gottes zu schenken vermag. Wird dies als umfassende und vollkommen genügende Rechtfertigung für das Leben eines Menschen und seiner Grundrechte verstanden, so erhellt daraus die ethische Sprengkraft des christlichen Menschenbildes, das sich an Gott und seinem Wesen als vollkommene Liebe orientiert.

Ausreifen. Lebenskultur fürs Älterwerden

von Prof. Dr. Paul Michael Zulehner

Reifungsprogramm

Im Jahr 1991 entwickelte Prof. Oswald an der Universität Erlangen-Nürnberg (D) am Institut für Psychogerontologie ein auf wissenschaftlicher Basis aufgebautes Senioren-Trainingsprogramm mit dem Namen „SIMA“: „Selbständig im Alter“. Es gibt davon auch Abwandlungen, so für Österreich SelbA mit der gleichen Bedeutung „selbständig im Alter“. Das Ziel dieser Alten-bildnerischen Initiative ist, die gewonnenen Lebensjahre besser zu nützen als eine Zeit des Lebens und des Reifens. Inzwischen ist nachgewiesen, dass der eingeschlagene Weg gut und richtig ist.



Quelle: Gesundheitsstatus von SelbA-Trainierenden:
Oswald, Ruprecht, Hagen (2001): „SIMA in Stichworten“.

Ich stütze mich auf diese gelungene Initiative in meinen folgenden Ausführungen, gebe aber dem „S“ in „SimA“ eine erweiterte Bedeutung: selbstverantwortlich übernehme ich, füge dann aber solidarisch und spirituell als weitere Bedeutungen bei.

1. Selbstverantwortlich

Selbstverantwortlich, so das Seniorentrainingsprogramm, soll der ältere Mensch vor allem für seine Gesundheit sein. Dabei steht gereontologisch fest, dass von der Wissenschaft zwar die höhere Lebenserwartung medizin-technisch, aber noch nicht qualitativ gemeistert. wurde. Geriatrie

als Altenmedizin entwickelt sich zwar rasch. Ihr Ziel lautet: gesünder alt werden durch Prävention und Rehabilitation.

Die Hauptherausforderungen in gesundheitlicher Hinsicht sind Unbeweglichkeit, Instabilität, Inkontinenz, intellektueller Verfall. Diese haben oftmals folgenreiche soziale „Nebenwirkungen“. So ist zum Beispiel Inkontinenz häufig Ursache für Isolation und Abschiebung (25% kommen deshalb in Heime). 60% der Menschen in Alten- und Pflegeheimen leiden unter dieser Behinderung.

Wie belastend die Lebenslage mancher ältere Menschen ist, zeigt, dass der Alterssuizid ab 45, besonders bei 70j. ansteigt. Bei Männern handelt es sich oftmals um „Bilanzselbstmorde“. Spätestens hier wird deutlich, wie sehr die gesundheitliche Seite des Altwerdens mit der psychosozialen Seite verwoben ist.

2. Solidarisch

Alte Menschen nützen ihre gewonnene Lebenszeit zunächst für sich selbst. Individualisierung steht im Mittelpunkt: also die Selbstsorge der Alten für sich selbst. Es ist eine Zeit für gesellschaftlich gestützte individuelle Entwicklungschance. Leopold Rosenmayr sprach daher von der „späten Freiheit“. Wie wichtig dieses Moment an der Reifungsgeschichte eines Menschen ist, kann ersehen werden, wenn diese Selbstfindung, misslingt. Leicht entsteht dann eine „Spät-Lebens-Lethargie“ – ein Drittel der Alternden soll davon betroffen sein. Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen ist Vorarbeit im gesamten Leben.

Das Reifen geschieht aber – wie alle entscheidenden Entwicklungen im menschlichen Leben – bezogen, also solidarisch. Sie gilt als das wichtigste „Reifungsmittel“ auch im Altern. Solche Solidarität ist praktisch immer wechselseitig, sie spielt sich zwischen den Generationen ab.

- Einerseits ist es Solidarität durch die Jungen: sie arbeiten für die Pensionen, sie pflegen die Alten.
- Andererseits gibt es Solidarität durch die Alten: diese betreuen Kinder, pflegen selbst Angehörige, übernehmen inner- und außerfamiliale ehrenamtliche Tätigkeiten. Wirtschaftlich ins Gewicht fallen enorme ökonomische Transferströme.

Familien

Im Bereich der intergenerationellen Solidarität kommt den Familien eine Schlüsselrolle zu. Diese bilden den Hauptort des Lebens der Alten. Das wird durch die für moderne Gesellschaften typische „Intimität auf Distanz“ (L. Rosenmayr) ermöglicht. Die Generationen wohnen zwar nicht unter

einem Dach, aber in „Ruf- und Reichweite“. Das verhindert auch das Vereinsamen von alten Menschen. Konkret sieht das in Zahlen so aus:

- 80% der 40-44jährigen haben zumindest einen lebenden Elternteil.
- 75% der über 60j. haben zumindest ein lebendes Kind,
  60% ein Enkelkind.
- 58% haben ein Kind oder Enkelkind in Ruf- und Reichweite.

Weil die „familialen Lebensräume“ für alte Menschen so wichtig sind, wird auch umgekehrt ersichtlich, warum Scheidung nicht nur für kleine Kinder, sondern auch für die Alten enorme Folgen zeitigen.

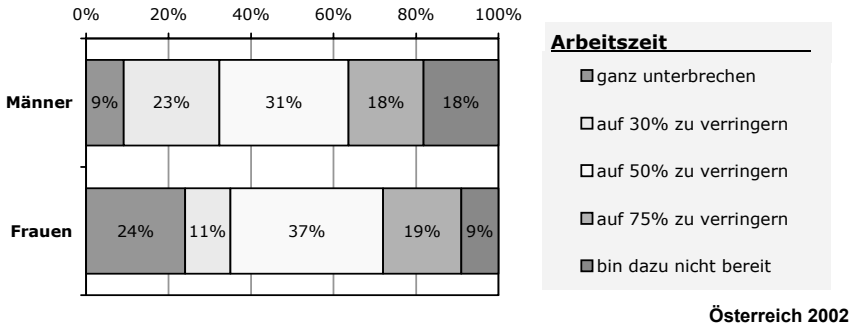
Pflege der Alten daheim

Älter werdende Menschen verlassen ganz ungern jenen Lebensraum, an den sie sich ein Leben lang gewöhnt haben. Das führt dazu, dass sie auch dann daheim bleiben wollen, wenn sie pflegebedürftig werden. 80% pflegen auch ihre Alten daheim. Das sind in Deutschland zurzeit 1,2 Millionen, 2030 werden es nach Hochrechnungen 2 Millionen sein. Das ist mit hohen Belastungen verbunden. Insbesondere Frauen im mittleren Alter haben diese zu tragen. Insgesamt werden also die Belastungen der Familien zunehmen: Damit werden sich auch die demographischen und familiären Strukturen wandeln.

Auf diese Weise aber werden die Familien und in ihnen wiederum die Frauen an eine Grenze ihrer Belastbarkeit geraten. Daraus folgt, dass es neben der Generationensolidarität auch eine neue Geschlechtersolidarität zur Entlastung der Frauen durch die Männer braucht. Nach einer Studie in Österreich 2002 sind 54% der Männer und 75% der Frauen der Ansicht: „Auch Männer sollten Pflegedienste (Kinder, Alte, Kranke) leisten“.[3] Eine Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft zur Arbeitszeitverkürzung.

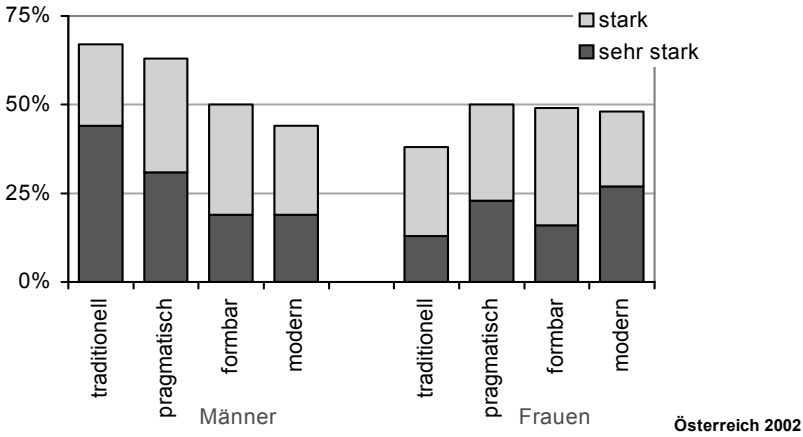
ABBILDUNG 1: Bereitschaft von Männern und Frauen, für die Pflege von Alten und Sterbenden die berufliche Arbeit zu verringern

[3] Zulehner, Paul M.: Mannsbilder. Zehn Jahre Männerentwicklung, Ostfildern 2003.



Dass ein Teil der Frauen - und noch mehr der Männer - zu einer solchen Verringerung der Arbeitszeit nicht bereit ist, hat mit einer Angst vor Nachteilen bei Pflege zu tun. Bei traditionellen Männern ist das noch mehr der Fall als bei modernen Männern.

ABBILDUNG 2: „Wenn ich in Karenz/Pflegekarenz gehe, habe ich Angst, berufliche Nachteile hinnehmen zu müssen."



Gewalt

Erfolgt, was erfreulich ist, die Pflege alter Menschen daheim, taucht oftmals ein verdrängtes Problem auf, nämlich die Gewalt gegen (pflegebedürftige) Alte. Diese kann durch die alten Menschen selbst verursacht werden. Sie drohen durch Enterben oder machen den Jungen

das Wohnrecht streitig. Umgekehrt gibt es Gewalt gegen die Alten, und das in vielen Varianten: als Vernachlässigung, unterlassene Hilfeleistung, Einsperren, Anbinden, Schlagen, Beschimpfen, finanzielle Ausbeutung (Erpressung). Die Ursache solcher Gewalt ist oft Überforderung (40% der „Täter“ sind Familienangehörige). Tragisch ist, dass durchaus vorhandene Hilfe aus „falscher Scham“ nicht in Anspruch genommen wird. Gewalt ist zudem oft Ausdruck komplizierter, krankmachender, über Jahre gewachsener Verhältnisse. Diese sind zu bearbeiten.

Sterben daheim

Neben der Pflege alter „daheim“ wird immer mehr auch das Sterben daheim bei uns wieder heimisch, und zwar auch in den Städten. Das ist aber nicht nur ein Wunsch vieler - sondern zugleich eine enorme sozialpolitische Herausforderung, die moderne Gesellschaften in Zeiten des Umbaus der Sozialstaatlichen Errungenschaften auf Grund mangelnder Finanzen besonders betrifft. Kardinal Carlo M. Martini, damals Erzbischof in Mailand, hat diese Herausforderung bei einem Symposium der Europäischen Bischöfe in Rom zum Thema „Geburt und Tod als Herausforderung der Evangelisierung“ in die Formel gekleidet: „So wie die Eltern die Kinder zur Welt bringen, sollen künftig die Kinder die Eltern aus der Welt begleiten können.“

Will man dieses hohe Ziel sozialpolitisch erreichen, können folgende praktische Projekte weiterführen: verbundenes Wohnen, Erhöhung der Pflegekompetenz der Angehörigen, Aufbau einer ergänzenden ambulanten Pflege, palliative Kenntnisse und ethische Kompetenz bei praktischen Ärzten, „Karenzierung“ pflegender Angehöriger (oder wenigstens Teilzeit).

Ent-Sorgung

Werden diese Voraussetzungen nicht rasch geschaffen, dann werden Pflegebedürftige und Sterbende „überflüssig“ und „ent-sorgt“. Es kann zutreffen, was Hans Magnus Enzensberger als Befürchtung so formuliert hat: „Selbst in reichen Gesellschaften kann morgen jeder von uns überflüssig werden. Wohin mit ihm?“ (1993) Wie brisant eine solche Gefährdung angesichts der immer teureren letzten Lebenswochen ist, zeigt eine Befürchtung, die der Präsident der deutschen Ärzteschaft 1998 so auf den Begriff gebracht hat: „Dann müssen die Patienten mit weniger Leistung zufrieden sein, und wir müssen insgesamt überlegen, ob diese Zählebigkeit anhalten kann, oder ob wir das sozialverträgliche Frühableben fördern müssen.“ (Karsten Vilmar, 1998)

Entlastung des familialen Systems

Eine Gesellschaft ist dann auf einem altenfreundlichen Weg, wenn sie Familienunterstützende Dienste ausbaut. Solche können dazu beitragen, familiale Solidarität zu stärken bzw. überhaupt zu erhalten. Im Einzelnen handelt es sich um Tagespflege, Tageszentren, Kurzzeitpflege, Angehörigenunterstützung; Ausbildung und Beratung.

Es sind auch Maßnahmen für den Fall zu erwägen, dass das familiale System nicht mehr trägt, weil keine Angehörigen da sind oder Menschen allein alt geworden sind. Nach Berechnungen werden künftig 40% der Alten kinderlos sein. Für diese Personengruppe könnte es neuartige Tauschbeziehungen zwischen Nichtverwandten, über die Kernfamilie hinaus geben. Hier werden künftig auch christliche Gemeinden eine wichtige Aufgabe haben.

3. Spirituell

Sinn des Alterns

Beim Ausreifen eines einmaligen Lebens spielt die letzte Lebensphase eine bedeutende, ja entscheidende Rolle.

- Erik H. Erikson nennt die Aufgabe der achten und letzten Lebensstufe die Integration. Ihr Gegenpol ist „Verzweiflung“ und Ekel. Sie ranken sich um das Gefühl, dass das Leben vertan, versäumt ist. Manche setzen dann dem ungelebten Leben ein Ende. Es kann das Leben auch missraten, weil die letzte Zustimmung zum Leben auch angesichts von Scheitern und Schuld misslingt.
- Nach Karl Rahner geht es in der letzten Lebensphase darum, das ganze Leben als Ganzheit vor sich bringen.
- Romano Guardini wiederum sieht das Leben als Kette von Beziehungsaufnahmen, letztlich zum Absoluten, zu Gott. Das Wissen um Ewiges erlaubt dem Glauben im Tod die Erfüllung und Vollendung des Lebens zu erkennen.

Religion im Alter

Angesichts solcher Wichtigkeit der Religion für Sinngebung im Alter überrascht es nicht, dass der Religion in der Altersforschung eine immer wichtigere Rolle beigemessen wird. Dabei wurde in der europäischen Altenforschung neben den Themen Gesundheit und Intelligenz der Alten dem Thema Religion bislang (fahrlässig) wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Anders in Amerika. Das *National Institute for Health Research* hat 1993 vier Bände zum Thema Religion und Alter veröffentlicht. Darin ist von 212 Studien über Rolle der Religion die Rede. Von diesen Studien beobachten

160 eine positive, 37 eine gemischte und 15 negative Auswirkungen der Religion auf das Altern. Festzuhalten ist, dass vor allem Mitglieder der jüdischen, katholischen und protestantischen Glaubensgemeinschaften untersucht wurden, also zum Beispiel nicht Angehörige von so genannten Sekten. Das bedeutet, dass nicht jede Religion im Alter positiv wirkt.

Das sind nun im Einzelnen – ungeordnet aufgelistet – Gratifikationen der Religion im Alter: wobei die vernetzte Religion (also jene, die in einer religiösen Gemeinschaft gelebt wird) eine deutlich höhere Wirkmächtigkeit entfaltet: Religiös vernetzte Alte haben einen niedrigeren Blutdruck (was durch regelmäßiges Beten begünstigt wird): ihr Immunsystem ist besser, der Selbstwert höher. Die Stressbewältigung gelingt eher. Religiös vernetzte Alte sind gemeinschaftsoffener, setzen sich mehr für andere ein. Religion verleiht dem Leben Sinn, hilft mit Verlusten und Kummer leichter umzugehen, lässt den Gedanken an den Tod bewältigen. Insgesamt fördert also Altersreligiosität Lebensqualität nachhaltig. Vernetzt Religiöse sind weniger: einsam – werden auch kaum unglücklich oder depressiv. Selbst Scheidungen sind seltener, was der Vereinsamung entgegenwirkt. Religiös Alte neigen weniger zu Alkohol oder Drogen.

Die Zeitschrift Psychologie heute hat den Zugewinn der Religion im Alter auf dem Hintergrund solcher Erkenntnisse so zusammengefasst: „Wer im Alter an Gott und die göttliche Liebe im Menschen glauben kann, lebt insgesamt viel gesünder und glücklicher. Religion ist ein Jungbrunnen für Senioren.“ Der Glaube schafft also eine Art „existentieller Integration“.

Konkrete Altenarbeit hat begonnen, daraus den Schluss zu ziehen, auf die religiöse Seins- und Erlebnisdimension stärker zu achten und anzureichern. Als Möglichkeiten werden erwogen: Alte auffordern, über ihren Glauben zu sprechen; sich dessen Bedeutung für das Leben bewusster zu werden; die Nähe anderer zu begünstigen. Besonders in Heimen sollte es ermöglicht werden, das religiöse Leben persönlich wie in religiöser Gemeinschaft zu kultivieren.

Ich schließe mit einem Ausschnitt aus dem Brief an alte Menschen von Johannes Paul II., der sein eigenes Altern gleichsam zu einer eindrucksvollen Predigt für alte Menschen machte und dazu schrieb: „Daher verdienen alle sozialen Initiativen Lob, die es den alten Menschen ermöglichen, sich sowohl körperlich, intellektuell und im Beziehungsleben weiterzubilden als auch sich dadurch nützlich zu machen, dass sie ihre eigene Zeit, ihre Fähigkeiten und ihre Erfahrung den anderen anbieten. Auf diese Weise erhält und steigert man die Lebensfreude, die ein grundlegendes Gottesgeschenk ist.“ (1999, Nr. 16)

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Michael Pries, Dr. phil.

Geboren 1972 in Hamburg. Studium der Erziehungswissenschaft an der Universität Hamburg, Promotion 2003. 1998 bis 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im BAT Freizeit-Forschungsinstitut, ab 2002 Projektleiter und wissenschaftlicher Berater. Seit 2002 Habilitation an der Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg zum Thema demographische Entwicklung und Generationenbeziehungen. Seit 2004 Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg und Dozent an der FernUniversität Hagen. Forschungsschwerpunkte: Bildungsprozesse im Lebensverlauf, Freizeitwissenschaft und gesellschaftlicher Wandel.

Peter Schallenberg, Prof. Dr. theol. habil.

Geboren 1963 in Oberhausen / Rheinland, 1982 Studium der Theologie und Philosophie in Paderborn und Rom. 1988 Priesterweihe für das Erzbistum Paderborn in Rom; 1991 Promotion in Moraltheologie an der Päpstlichen Universität Gregoriana in Rom. Von 1991-1995 Vikar in Schwerte und seit 1994 Diözesanjugendseelsorger der Malteser im Erzbistum Paderborn. 1994-1998 Lehrauftrag für theologische Ethik an der Bergischen Universität Wuppertal. 1997 – 2004 Direktor der St. Klemens-Kommende (Sozialinstitut des Erzbistums Paderborn) in Dortmund. 2002-2004 Lehrauftrag für Christliche Gesellschaftslehre an der Theol. Fakultät Paderborn. 2003 Habilitation an der Universität Münster. Seit 2004 Professor für Moraltheologie und Christliche Sozialwissenschaften an der Theologischen Fakultät Fulda.

Paul Michael Zulehner, Prof. Dr. phil. Dr. theol.

geboren 1939 in Wien, Studium der Katholischen Theologie und Philosophie an der Universität Innsbruck, hier 1961 Promotion in Philosophie und 1965 in Kath. Theologie. 1964 Priesterweihe und von 1967-1970 Mitarbeit in der Leitung des Wiener Priesterseminars. 1973 Habilitation in Pastoraltheologie und Pastoralsoziologie an der Universität Würzburg. 1974 Berufung auf die Professur für Pastoraltheologie und Christliche Gesellschaftslehre an der Universität Passau, seit 1984 Professor für Pastoraltheologie und Kerygmatik an der Universität Wien. Forschungsschwerpunkte im Bereich der Werte- und Religionsforschung sowie der Kirchenentwicklung. Seit 1985 Theologischer Berater beim Rat der Europäischen Bischofskonferenzen der katholischen Kirche (CCEE).

Bisher erschienen:

1985 **Freiheit und Lebensengagement**

Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen

1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**

Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
Prof. Dr. A. Auer, Tübingen

1987 **Heil und Heilung in der Medizin**

Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
Prof. DDr. E. Biser, München

1988 **Sucht – ein Alarmsignal**

Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
Prof. Dr. J. Gründel, München

1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**

Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen

1990 **Wahrheit am Krankenbett**

Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
Prof. Dr. H. Kramer, Bochum

1991 **Medizinische Altersversorgung**

Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
Prof. Dr. J. Müller, Freiburg

1992 **„Mens sana in corpore sano" – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**

Beiträge von: Prof. DDr. A Görres, München
Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg

1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**

Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
Dr. med. G. Markus, Paderborn
Prof. Dr. F. Furger, Münster
Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen

1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**

Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main

1995 **Angst als Grund von Krankheit**

Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**

Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
Sr. Ursula Bittner, Paderborn

1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**

Beiträge von: Günter Haaf
Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen

1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums"**

Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg

1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**

Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt
Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld

2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**

Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
Bernward Büchner, Freiburg
Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn

2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**

Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
Christa Nickels MdB, Berlin
Prof. Dr. Ulrich Lüke, Aachen

2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**

Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
Dr. Gerd Lütz, Köln

2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
Hildegard Müller MdB, Berlin

2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund
Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg
Dr. Peter Liese, MdEP

2005 ***Wie* alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Michael Pries, Hamburg
Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda
Prof. DDr. Paul Michael Zulehner, Wien

Erzbistum
Paderborn

Herausgeber:
Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3 · 33098 Paderborn