2019 | Jahrgang 16 | 4. Quartal

Demografische Forschung

Aus Erster Hand

Eine gemeinsame Publikation des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung, des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels, des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, des Vienna Institute of Demography / Austrian Academy of Sciences und des Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital.

Editorial

Wunsch nach einem langen, gesunden und erfüllten Leben

Viele Menschen wünschen sich ein langes, gesundes und erfülltes Leben. Ob und inwieweit dieser Wunsch in Erfüllung geht, hängt von vielen externen und individuellen Faktoren ab. Diese Ausgabe beschäftigt sich mit den Auswirkungen des Lebensumfeldes auf unsere Gesundheit, vermeidbaren Ursachen für verbleibende Sterblichkeitsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland und einer Diskussion über die Lücke zwischen Kinderwunsch und Wirklichkeit in europäischen Ländern.

Im ersten Beitrag dieser Ausgabe zeigen die Wissenschaftler Benjamin Aretz und Gabriele Doblhammer von der *Universität Rostock*, inwieweit sich Lebensbedingungen auf unsere Gesundheit auswirken. Dabei kommt heraus, dass sich verschlechternde Umwelteinflüsse, Infrastruktur und Wohnbedingungen nachteilig auf die Gesundheit von Frauen und Männern auswirken. Umweltbelastungen, zum Beispiel in Form von Luftverschmutzung und Lärmbelästigung, haben dabei einen ganz besonders starken Effekt auf unsere Gesundheit, vor allem auf die der Männer.

Im zweiten Beitrag dieser Ausgabe zeigt der Wissenschaftler Michael Mühlichen vom *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung*, dass es immer noch Sterblichkeitsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland (dargestellt durch Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) gibt. Besonders auffallend ist die erhöhte Sterblichkeit von Männern aus dem ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns, aber auch die der Frauen aus dem urbanen Raum Schleswig-Holsteins. Verbesserte medizinische Versorgung und gezieltere Vorbeugungsmaßnahmen könnten helfen, diese verbleibenden Sterblichkeitsunterschiede in den kommenden Jahren zu vermeiden.

Im dritten Beitrag dieser Ausgabe zeigt die Wissenschaftlerin Eva Beaujouan von der *Wirtschaftsuniversität Wien*, dass Frauen ihren anfänglichen Kinderwunsch in keinem der betrachteten europäischen Länder vollends realisieren. In Frankreich ist diese Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit am kleinsten, in Spanien am größten. Österreich und Deutschland liegen mit einer verhältnismäßig kleinen Lücke im unteren Drittel. Hier sind sowohl die gewünschte als auch die realisierte Kinderzahl niedrig im Vergleich zu anderen Ländern in Europa. Insbesondere Frauen mit hohem Bildungsabschluss haben weniger Kinder und bleiben auch häufiger kinderlos.

Mikko Myrskylä
Max-Planck-Institut für demografische Forschung

Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels

Schlechtes Lebensumfeld – schlechte Gesundheit

Welche kurzfristigen und längerfristigen gesundheitlichen Auswirkungen haben Umwelt, Infrastruktur und Wohnung?

Die Luft ist verschmutzt, der Weg zum nächsten Bus weit und die Wohnung ist renovierungsbedürftig: Wer ein schlechtes Lebensumfeld hat, leidet häufiger auch unter gesundheitlichen Problemen. Wie stark dieser Zusammenhang ist, welche lang- oder kurzfristigen Folgen es gibt und ob sich diese zwischen den Geschlechtern unterscheiden, analysiert eine neue Studie der Universität Rostock.

Demnach ist es vor allem eine hohe oder sich erhöhende Umweltbelastung sowie schlechte oder mittelmäßige Infrastruktur, die der Gesundheit schaden, zeigen Benjamin Aretz und Gabriele Doblhammer von der Universität Rostock sowie Fanny Janssen von der Universität Groningen. Die drei Wissenschaftler haben mit Hilfe von Daten des deutschen Sozio-oekonomischen Panels eine der wenigen Langzeitstudien zu diesem Thema verfasst, die sowohl Veränderungen des Lebensumfeldes der Menschen als auch deren selbst bewerteten Gesundheitszustand über viele Jahre hinweg erfasst. Insgesamt flossen in die Untersuchung die Angaben von 4600 Erwachsenen ein, die ihren Wohnort im Untersuchungszeitraum nie verändert haben. Sie hatten in den Jahren von 1999 bis 2014 regelmäßig Auskunft über ihr Lebensumfeld sowie ihren Gesundheitszustand gegeben. Um einen kausalen Zusammenhang zwischen der Qualität des Lebensumfeldes und der Gesundheit der Menschen herstellen zu können, haben die Autoren zunächst die Umweltbelastung sowie die Qualität der Infrastruktur und der Wohnbedingungen in einem Zeitraum von fünf Jahren erfasst. Als Basisjahr wurde jene Befragung definiert, in der das erste Mal der Gesundheitszustand einer Person erfragt wurde und bereits Informationen zum Lebensumfeld vorlagen. Ab dem Basisjahr schließlich flossen

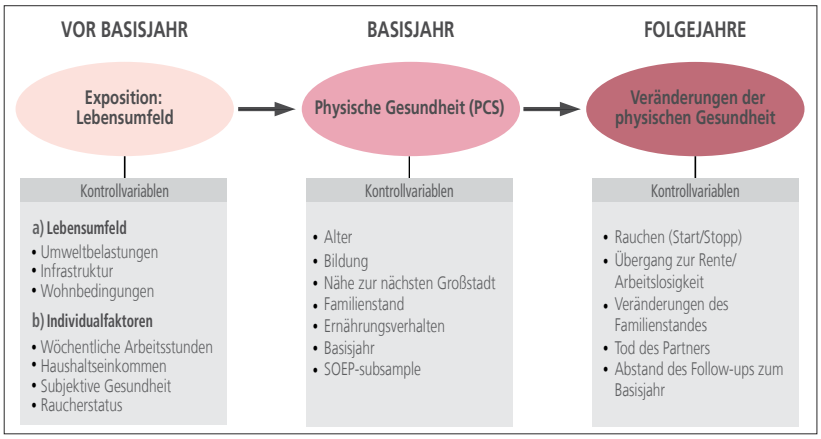

Abb.1: Die Wissenschaftler untersuchten sowohl kurzfristige (Mitte) als auch langfristige (rechts) Auswirkungen von Umweltbeeinträchtigungen auf die Gesundheit.

→

die Gesundheitsangaben der Befragten in die Untersuchung ein, um so mögliche Folgen der Lebensbedingungen auf die Gesundheit messen zu können (s. Abb.1). Andere Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken könnten, wie etwa die wöchentlichen Arbeitsstunden, das Haushaltseinkommen oder regelmäßiger Nikotinkonsum wurden dabei berücksichtigt und so weit wie möglich aus den Ergebnissen herausgerechnet.

Daten zum Lebensumfeld beinhalten Angaben zur Infrastruktur (z.B. zu Einkaufsmöglichkeiten, Zugang zu sozialen Diensten und öffentlichen Verkehrsmitteln), zur Umweltbelastung (Luftverschmutzung, Lärmbelästigung und Grünflächen) sowie zu den Wohnbedingungen (baulicher Zustand/ Renovierungsbedarf). Weil diese Angaben wiederholt abgefragt wurden, konnten nicht nur der einmalige Zustand dieser Lebensbedingungen, sondern auch Verschlechterungen oder Verbesserungen erfasst werden. Insgesamt änderten sich bei etwa 15 Prozent der Befragten im Untersuchungszeitraum die Infrastruktur und der Umweltzustand und bei 19 Prozent die Wohnbedingungen.

Alle zwei Jahre wurden zudem die Daten zur körperlichen Gesundheit erhoben. Diese wurden in Form des Gesundheitsindexes „physical component summary (PCS)" erfasst. Dafür müssen die Befragten selber Einschätzungen zu körperlichen Funktionen, zur allgemeinen Gesundheit und Schmerzen abgeben. Die Skala des Gesundheitsindexes reicht von 0 bis 100 Punkten, wobei der Durchschnitt aller Angaben bei 50 Punkten liegt.

Mit Hilfe dieser Daten untersuchten Aretz, Doblhammer und Janssen zwei verschiedene Modelle. Beim ersten Modell („Level-Modell", linke Hälfte von Abb.1) setzten sie die Gesundheitsangaben aus dem Basisjahr in Relation zu den vorherigen Angaben zum Lebensumfeld. Damit ließ sich überprüfen, ob ein durchgehend schlechtes oder verschlechtertes Lebensumfeld mit einer niedrigen Punktzahl beim Gesundheitsindex PCS einhergeht.

Tatsächlich zeigte sich, dass Menschen, deren Infrastruktur sich in den vorangegangenen fünf Jahren verschlechtert hatte, einen deutlich niedrigeren PCS-Wert erzielten, als solche, die über eine stabile und gute Infrastruktur verfügten. Auch Menschen, die von mäßigen, hohen oder erhöhten Umweltbelastungen um sie herum berichtet hatten, schnitten bei den Gesundheitswerten schlechter ab, als diejenigen, die konstant lediglich geringen Belastungen ausgesetzt waren. Das Gleiche gilt für die Wohnbedingungen. Auch hier hatte ein schlechter oder sich verschlechternder Zustand geringere Werte im Gesundheitsindex zur Folge. Sich verbessernde Zustände führten hingegen in allen drei Bereichen des Lebensumfeldes zu ähnlich hohen Gesundheitswerten wie konstant gute Zustände. Die weitere Entwicklung der Gesundheit beobachteten Aretz, Doblhammer und Janssen schließlich mit Hilfe des sogenannten „Change-Modells" (vgl. rechte Hälfte Abb. 1). Damit untersuchten sie, bei welchen Menschen in den Folgejahren der Gesundheitsindex besonders stark gesunken ist. Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen könnten, aber nichts mit dem Lebensumfeld zu tun haben, werden dabei erfasst und aus den Ergebnissen herausgerechnet. Das gilt zum Beispiel für Menschen, die mit dem Rauchen aufhören oder beginnen, die ihren Lebenspartner verlieren oder in Rente gehen (s. Abb.1).

Offenbar sind es vor allem hohe und sich erhöhende Umweltbelastungen, die auch in den Folgejahren noch negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen haben (s. Tab.1). Konstant mäßige, hohe oder zunehmende Belastungen führten oft zu einem besonders deutlichen Rückgang des Gesundheitsindexes. Hier zeigte sich zudem ein deutlicher Geschlechterunterschied: Es sind vor allem die Männer, deren Gesundheit sich in diesem Fall verschlechtert (s. Abb.2).

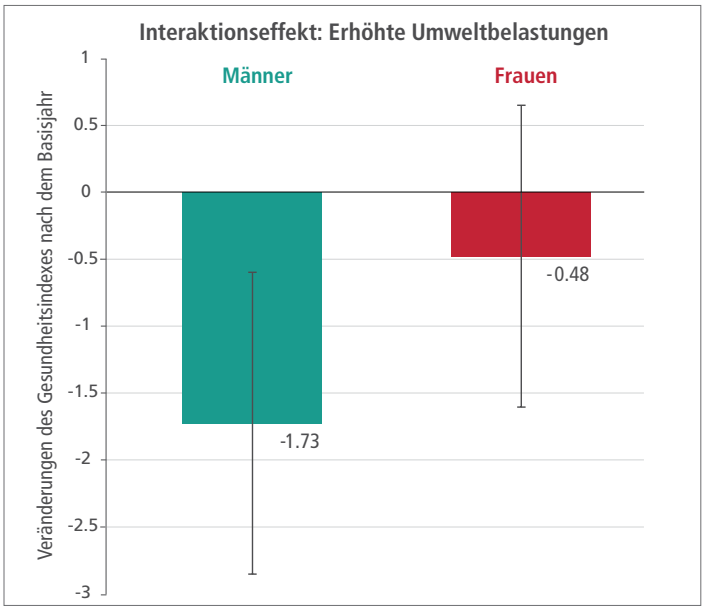

Abb.2: Gerade bei Männern wirkt sich eine Erhöhung der Umweltbelastungen negativ auf den Gesundheitsindex aus. Quelle: SOEP 1999-2014, eigene Berechnungen

Einen möglichen Grund für diesen Unterschied sehen die Autoren darin, dass sich Männer einigen Studien zufolge mehr im Freien aufhalten und dadurch etwa der Luftverschmutzung oder Lärmbelästigung häufiger und stärker ausgesetzt sind als Frauen. Daneben könnten auch biologische Unterschiede Männer sensibler auf Änderungen in diesem Bereich reagieren lassen. Weitere Studien sind jedoch notwendig, um den Befund abzusichern und konkrete Wirkungsmechanismen zu identifizieren. Insgesamt liefern die Ergebnisse starke Beweise dafür, dass Gesundheit nicht nur vom Lebensstil abhängt, sondern auch von der Umwelt, in der wir uns bewegen und in der wir zu Hause sind. Vorherige Analysen zu diesem Thema konzentrierten sich oftmals auf Menschen, die ihren Wohnort und damit die Lebensbedingungen änderten, um anschließend die Auswirkung dieser Änderungen auf die Gesundheit untersuchen zu können. Dabei könnten allerdings bestimmte Merkmale und Charakteristiken von mobilen Menschen die Ergebnisse verzerren, schreiben die Autoren. Daher haben sie in ihrer Studie die Gesundheit von Menschen untersucht, die stets am gleichen Wohnort blieben, und berücksichtigen überdies auch soziodemografische und sozioökonomische Merkmale.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine mäßige oder schlechte Qualität der Infrastruktur, der Umwelt und auch der Wohnbedingungen sowohl kurz- als auch langfristige negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Insofern, so plädieren die Autoren der Studie, müsse das Lebensumfeld der Menschen stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. Nicht zuletzt dann, wenn es darum geht, die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft zu reduzieren, da Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen oftmals auch in einem besseren Lebensumfeld wohnen.

Exposition: Umweltbelastungen	Durchschnittliche Veränderung des Gesundheitsindexes in den Folgejahren	p-Value
Konstant geringe	Referenzgruppe	
Konstant mäßige	- 0.75	0.001
Konstant hohe	- 0.66	0.008
Gesunkene (Verbesserung)	- 0.53	0.135
Erhöhte (Verschlechterung)	- 0.86	0.030
Exposition: Infrastruktur	**Durchschnittliche Veränderung des Gesundheitsindexes in den Folgejahren**	**p-Value**
Konstant beste	Referenzgruppe	
Konstant mäßige	- 0.14	0.558
Konstant schlechteste	- 0.84	0.001
Verbesserte	- 0.49	0.262
Verschlechterte	- 0.38	0.233

Tab.1: Verglichen mit Personen, die lediglich konstant schwachen Umweltbelastungen ausgesetzt waren, reduzierte sich der Gesundheitsindex von Menschen, die unter konstant mäßigen, konstant hohen sowie erhöhten Umweltbelastungen lebten, stärker. Eine schlechte Infrastruktur hatte einen ähnlichen Effekt. Quelle: SOEP 1999-2014, eigene Berechnungen

Mitautor der wissenschaftlichen Studie:
Benjamin Aretz

Literatur:

Aretz, B., G. Doblhammer and F. Janssen: Effects of changes in living environment on physical health: a prospective German cohort study of non-movers. European Journal of Public Health.[First published online: 18 March 2019]
DOI: 10.1093/eurpub/ckz044

Kontakt:
benjamin.aretz@uni-rostock.de I Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Vermeidbare Todesfälle

Die Sterblichkeit in Ost und West hat sich weitestgehend angeglichen – mit einer Ausnahme

Wer raucht, übergewichtig ist oder medizinisch nicht gut versorgt wird, stirbt oft früher als es unter optimalen Bedingungen der Fall gewesen wäre. Demografen sprechen dann von vermeidbarer Sterblichkeit. Diese hat sich, wie eine neue Studie zeigt, im Osten und Westen Norddeutschlands zwar so gut wie angeglichen – das gilt jedoch nur für die Städte.

Fast drei Jahrzehnte nach der Wiedervereinigung ist die Lebenserwartung für Männer im Osten Deutschlands noch immer niedriger als im Westen. Allerdings ist dieser Unterschied zum Teil auf die sehr hohe Lebenserwartung in den südlichen Bundesländern zurückzuführen, die allesamt zu Westdeutschland gehörten. Hier ist die durchschnittliche Lebensdauer nicht nur höher als im Osten, sondern übertrifft auch die im Nordwesten deutlich. Um die unterschiedlichen Verhältnisse in Ost und West besser untersuchen zu können, hat Michael Mühlichen in seiner Studie daher die kulturell und historisch ähnlich geprägten Ostseeanrainer Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern für einen Vergleich herangezogen.

Der Wissenschaftler des Wiesbadener Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung untersuchte, wie sich die Sterblichkeit bei unter 75-Jährigen in den beiden Bundesländern seit der Wiedervereinigung bis zum Jahr 2011 entwickelt hat. Dabei zeigt sich, dass die Stadtbewohner in Mecklenburg-Vorpommern schon vor der Jahrtausendwende eine ähnlich hohe Lebenserwartung hatten wie Städter in Schleswig-Holstein – bei den Frauen lag sie im Osten bald sogar schon höher als in Schleswig-Holstein. In den ländlichen Regionen aber haben zumindest die Männer in Mecklenburg-Vorpommern eine deutlich höhere Sterblichkeit.

Interessanterweise fallen die Stadt-Land-Vergleiche in den beiden Bundesländern genau entgegengesetzt aus: Während in Mecklenburg-Vorpommern die Lebenserwartung in den Städten höher ist als auf dem Land, ist es in Schleswig-Holstein genau andersherum. Veränderungen in der Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung – etwa ein Anstieg der Sterbefälle aufgrund einer höheren Anzahl älterer Menschen – wurden dabei stets herausgerechnet.

Um genauer zu analysieren, worauf die Unterschiede zurückzuführen sind, hat Michael Mühlichen die Daten zu den Sterbefällen mit Angaben zu Todesursachen ergänzt. Dadurch lässt sich genauer feststellen, inwieweit Sterbefälle durch eine bessere medizinische Versorgung – z.B. bei Schlaganfällen – oder durch gesundheitspolitische und präventive Maßnahmen – z.B. zur Bekämpfung von Alkoholmissbrauch oder Tabakkonsum – vermeidbar gewesen wären. Um zu geringe Fallzahlen in bestimmten Gruppen zu vermeiden, wurden für jedes Jahr auch die Werte in den zwei vorangehenden und nachfolgenden Jahren berücksichtigt. Daher erstreckt sich der Analysezeitraum nur von 1992 bis 2009. Auch hier sind es vor allem die Männer in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns, die – trotz eines starken Rückgangs – noch immer höhere Sterberaten verzeichnen als die übrigen Bevölkerungsgruppen, sowohl bei der medizinisch als auch bei der präventiv vermeidbaren Sterblichkeit (s. Abbildung). Diese Ergebnisse weisen auf eine schlechtere medizinische Versorgung in den dünn besiedelten Regionen und riskantere Verhaltensmuster in Bezug auf Tabak- und Alkoholkonsum bei den Männern im Osten hin, die durch sozioökonomische Nachteile wie ein geringes Einkommen und Arbeitslosigkeit sowie selektive Migration – also die Abwanderung junger, gesunder, gebildeter Menschen – verstärkt werden können.

Mühlichen nennt mehrere Beispiele, wie man diesen Entwicklungen entgegensteuern könnte: indem zum Beispiel die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung in dünn besiedelten Gebieten ausgebaut, die Bildung und Erwerbschancen der Männer im Osten verbessert und die Maßnahmen zur Prävention erweitert werden. Letzteres gilt im Übrigen auch für Stadtbewohnerinnen in Schleswig-Holstein. Sie schneiden bei der präventiv vermeidbaren Sterblichkeit deutlich schlechter ab als die drei anderen Frauengruppen – hauptsächlich weil der Anteil der Raucherinnen unter ihnen besonders hoch ist.

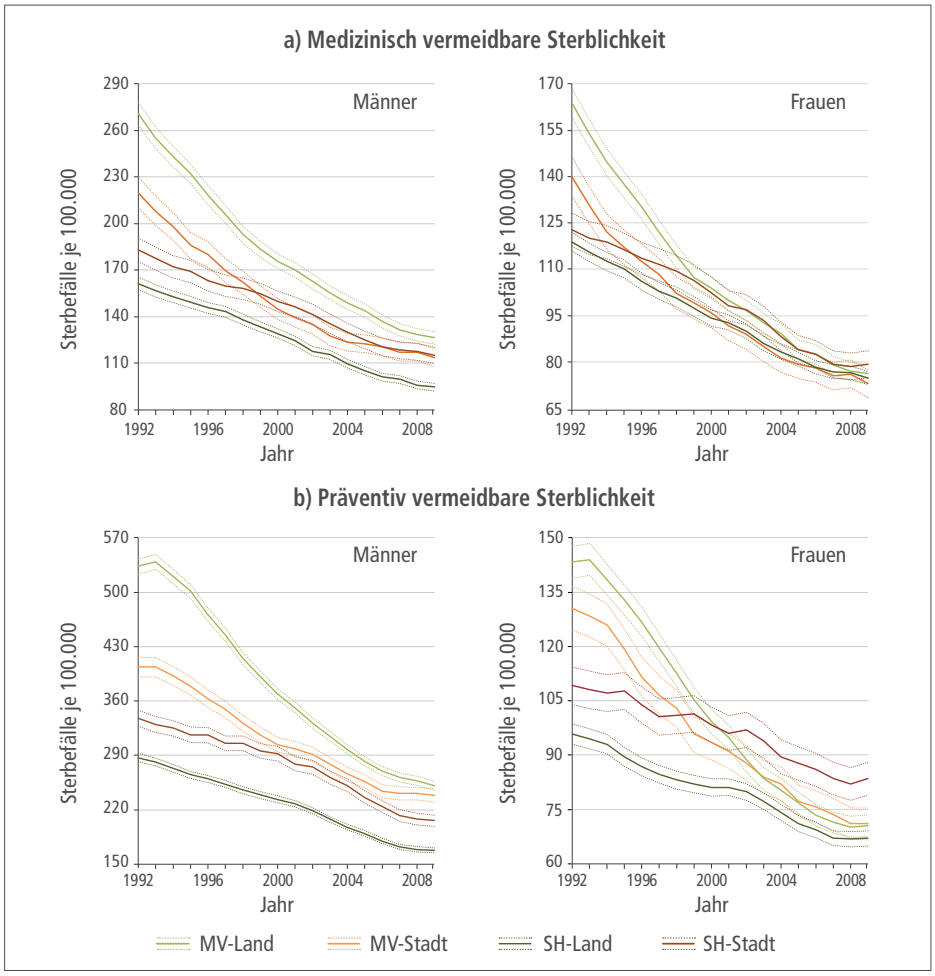

Abb.1: Vor allem bei Männern aus den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns ist noch viel Spielraum für Verbesserungen. Quelle: statistische Landesämter, Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter der Länder, eigene Berechnungen

Autor der wissenschaftlichen Studie:
Michael Mühlichen

Literatur:

Mühlichen, M.: Avoidable mortality in the German Baltic Sea region since reunification:convergence or persistent disparities?European Journal of Population 35(2019)3, 609-637
DOI: 10.1007/s10680-018-9496-y

Kontakt:
michael.muehlichen@bib.bund.de I Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Vienna Institute of Demography

Die große Lücke

Vor allem in Deutschland und Österreich bleiben viele Frauen ungewollt kinderlos

Würden Frauen überall in Europa so viele Kinder bekommen, wie sie sich in jungen Jahren wünschen, dann wäre das sogenannte Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau fast überall erreicht. Tatsächlich aber liegen Wunsch und Wirklichkeit teilweise weit auseinander, wie eine neue Studie aus Wien zeigt. Die Unterschiede zwischen den 20 untersuchten Ländern sind dabei deutlich.

In Frankreich etwa ist die Lücke relativ klein. Vergleicht man die durchschnittliche Anzahl der Kinder, die sich junge Französinnen in den 1990er Jahren im Alter von 20 bis 24 Jahren gewünscht hatten, mit der Anzahl der Kinder, die sie in späteren Jahren tatsächlich bekommen haben, so liegt der Unterschied bei 0,12 Kindern pro Frau (s. Abb. 1). In Spanien allerdings ist er mit 0,75 Kindern pro Frau gleich sechs Mal so groß. In Österreich (0,28) und Deutschland (0,3) ist er immerhin mehr als doppelt so groß. Um die Situation in den verschiedenen europäischen Ländern vergleichen zu können, haben Eva Beaujouan von der Wirtschaftsuniversität Wien und Caroline Berghammer vom Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften und der Universität Wien eine sogenannte Kohortenstudie durchgeführt: Dafür wurden die Daten von über 12.500 Frauen ausgewertet, die in den 1990er-Jahren im Alter von 20 bis 29 Jahren für die „Fertility and Family Surveys" der UN-Wirtschaftskommission nach ihrem Kinderwunsch befragt worden sind. Die beiden Demografinnen untersuchten zunächst, wie viele Kinder sich 20- bis 24-jährige Frauen im Schnitt wünschten und verglichen diese Zahlen mit den späteren tatsächlichen Geburtenraten. Die größten Unterschiede zwischen Wunsch und Realität gibt es demnach in Südeuropa. Während sich Frauen hier relativ viele Kinder wünschen, liegen die tatsächlichen

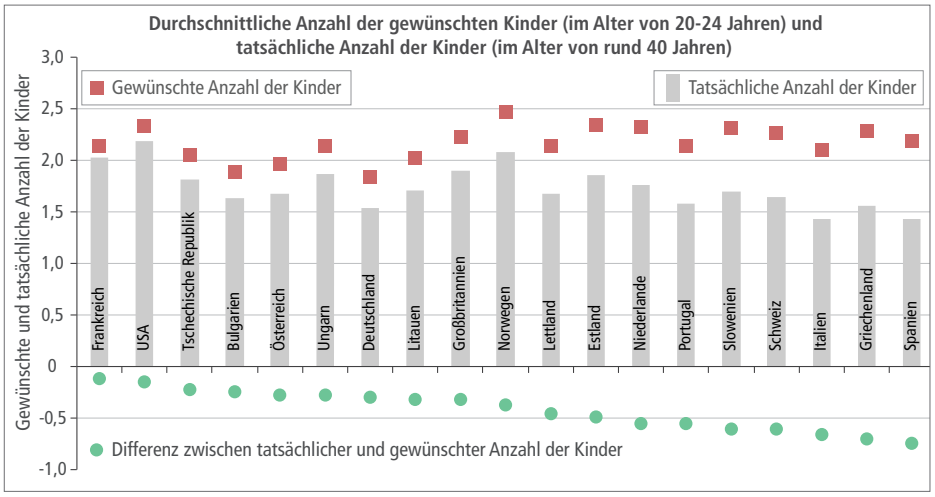

Abb.1: Deutsche und österreichische Frauen wünschen sich im EU-Vergleich eher wenige Kinder. Daher ist die Lücke zwischen Wunsch und Realität hier auch geringer als bei Südeuropäerinnen, die eine ähnlich niedrige Geburtenrate haben sich aber in jungen Jahren eine deutlich größere Familie gewünscht haben. Quelle: Fertilitäts- und Familiensurveys sowie andere länderspezifische Studien, Human Fertility Database und Bevölkerungsstatistiken (für genauere Angaben s. Originalstudie)

Geburten deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. In zentral- und osteuropäischen Ländern ist die Lücke dagegen größtenteils eher gering. Lediglich das wirtschaftlich angeschlagene Baltikum sowie Slowenien bilden hier eine Ausnahme. Deutschland und Österreich verzeichnen zwar sehr niedrige Geburtenraten für die untersuchten Jahrgänge, allerdings liegt hier auch der Kinderwunsch mit 1,8 und 1,95 Kindern pro Frau deutlich unter dem Durchschnitt. Insgesamt ergibt sich daher eine eher geringe Lücke – auch im Vergleich etwa mit Norwegen oder den Niederlanden. In diesen beiden Ländern fällt die Lücke vor allem deshalb relativ groß aus, weil mit 2,5 und 2,3 Kindern pro Frau die gewünschte Familiengröße besonders hoch ist.

Noch deutlicher sind regionale Muster in Europa bei gewollter und tatsächlicher Kinderlosigkeit: Während Frauen in Ost- und Zentraleuropa fast nie ein Leben ohne Kinder führen wollen und mit zehn bis zwölf Prozent auch einen eher geringen Anteil kinderloser Frauen verzeichnen, bleiben in Österreich und Deutschland sehr viel mehr Frauen ungewollt kinderlos. Obwohl nur etwa fünf Prozent der Befragten angaben, keine Kinder bekommen zu wollen, lag der tatsächliche Anteil kinderloser Frauen weit darüber: In Deutschland blieben 23 Prozent, in Österreich immerhin 20 Prozent der Frauen im Alter von etwa 40 Jahren ohne Kinder. Ähnlich hoch ist ihr Anteil nur noch in Italien (22 Prozent) und Spanien (21 Prozent).

Ein Grund dafür liegt in der sehr verbreiteten Kinderlosigkeit der gut gebildeten Frauen, wie eine weitere Analyse zeigt. Dafür nahmen die beiden Demografinnen den Kinderwunsch von 25- bis 29-jährigen Frauen zum Ausgangspunkt und teilten die Befragten je nach Bildungsabschluss in drei verschiedene Gruppen ein. Dabei zeigte sich, dass in beinahe allen untersuchten Ländern die gut gebildeten Frauen weniger Kinder bekamen als die anderen beiden Bildungsgruppen. Gleichzeitig war ihre gewünschte Familiengröße nicht unbedingt geringer als die aller anderen Frauen. Auch unter den Kinderlosen war die Gruppe mit dem hohen Bildungsabschluss besonders stark vertreten. In Italien etwa blieben 30 Prozent der gut gebildeten Frauen ohne Nachwuchs. Nur in wenigen Ländern, wie der Tschechischen Republik, Norwegen, Ungarn und Belgien zeigte sich kein Zusammenhang zwischen hoher Bildung und Kinderlosigkeit.

Um die Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit bei der Familiengründung zumindest zu verkleinern, sollten daher Akademikerinnen besonders unterstützt werden, schreiben die beiden Autorinnen, zum Beispiel durch ein gut ausgebautes Kinderbetreuungssystem, einkommensabhängiges Elterngeld sowie eine höhere Flexibilität von Arbeitszeiten und Arbeitsort für Mütter – und für Väter.

Mitautorin der wissenschaftlichen Studie:
Eva Beaujouan

Literatur:

Beaujouan, E. and C. Berghammer: The gap between lifetime fertility intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Population Research and Policy Review 38(2019)4, 507- 535,
DOI: 10.1007/s11113-019-09516-3

Impressum

Herausgeber: Mikko Myrskylä, Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock
in Kooperation mit
- Mikko Myrskylä, Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels, Rostock
- Heike Trappe, Institut für Soziologie und Demografie, Universität Rostock
- Norbert F. Schneider, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
- Wolfgang Lutz, Vienna Institute of Demography / Austrian Academy of Sciences und Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital, Wien

ISSN: 1613-5822
Verantwortlicher Redakteur: Mikko Myrskylä (V.i.S.d.P.)
Redaktionsleitung: Tomma Schröder
Wissenschaftliche Beratung: Katja Köppen
Technische Leitung: Silvia Leek **Layout:** Antje Storek-Langbein
Druck: Altstadt-Druck 18057 Rostock
Anschrift: Max-Planck-Institut für demografische Forschung Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock, Deutschland
Telefon: (+49) 381/2081-143 **Telefax:** (+49) 381/2081-443
E-Mail: redaktion@demografische-forschung.org
Web: www.demografische-forschung.org
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht notwendigerweise die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder. Der Abdruck von Artikeln, Auszügen und Grafiken ist nur für nichtkommerzielle Zwecke bei Nennung der Quelle erlaubt.
Um Zusendung von Belegexemplaren wird gebeten.

Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V.

Kontakt:
eva.beaujouan@oeaw.ac.at I Vienna Institute of Demography