

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

Die Entscheidung für Kinder

Die Zahl der in einer Gesellschaft geborenen Kinder hängt nicht nur vom Kinderwunsch der potentiellen Eltern ab, sondern auch von den Faktoren, die die Realisierung eines vorhandenen Kinderwunsches beeinflussen. Diese sind sehr komplex und reichen von biologischen und psychologischen Faktoren zu sozialen und ökonomischen. Auf den folgenden Seiten werden neueste Studien zu einigen dieser Faktoren zusammengefasst.

„It takes two to tango“ - eine oft zitierte Voraussetzung für die Realisierung eines Kinderwunsches. Neben einem Partner bedarf es auch der Übereinstimmung der Motivation, der Wünsche und vor allem der körperlichen Voraussetzung beider Partner, sowie der sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um den Kinderwunsch zu realisieren. Eine Studie des *Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung* stellt auf Seite 3 ein Modell der Entscheidungs- und Handlungspfade für den Kinderwunsch dar, in welchem diese Faktoren berücksichtigt werden und in dessen Rahmen unterschiedliche Handlungsmuster (von gewollt kinderlos zu überzeugten Eltern) erklärt werden können. Auch wenn der Kinderwunsch gegeben ist, kann ungewollte Kinderlosigkeit nicht ausgeschlossen werden. In einer Studie der *Universität Rostock* wurde die Akzeptanz der Reproduktionstechnologie auf Basis einer Umfrage unter Frauen im Alter von 18 bis 50 Jahren in Deutschland untersucht. Es zeigt sich, dass bereits 7% der Befragten reproduktionsmedizinische Verfahren angewendet haben und die Akzeptanz von Reproduktionsmedizin unter Migrantinnen stärker ausgeprägt ist als unter Einheimischen. Wie die Autoren argumentieren, erklärt nicht die gesellschaftliche Akzeptanz der Reproduktionstechnologie, sondern vielmehr die gesellschaftliche Wertschätzung, Kinder zu bekommen, die Offenheit gegenüber diesen medizinischen Verfahren.

Die Entscheidung für Kinder kann auch die eigene Lebenserwartung beeinflussen. Wie eine Studie des *Max-Planck-Instituts für demografische Forschung* auf Basis von schwedischen Registerdaten auf Seite 1 und 2 zeigt, ist dieser Effekt nicht nur bei biologischen Eltern, sondern sogar stärker noch bei Adoptiveltern zu beobachten. Gesundheit, Geld und Bildung sind wesentliche Voraussetzungen, eine Familie zu gründen und diese positive Selektion ist insbesondere bei Adoptiveltern gegeben. Somit ist die geringere Sterblichkeit eher von anderen Faktoren bestimmt als eine Folge von Kindern. Zusätzlich trägt der gesündere Lebensstil von Eltern zu der höheren Lebenserwartung bei.

Alexia Fürnkranz-Prskawetz
Vienna Institute of Demography

Max-Planck-Institut für demografische Forschung

Wie Kinder die Lebenserwartung der Eltern beeinflussen

Lassen Kinder uns länger leben? Ja, sagen die Zahlen, aber die Gründe sind noch unverstanden

Irgendwie scheint es zwischen der Lebenserwartung von Menschen und der Anzahl ihrer Kinder einen Zusammenhang zu geben: Wer ein Kind bekommt, lebt in der Regel länger als Kinderlose. Wer zwei Kinder hat, bekommt nochmal einen kleinen Lebensbonus dazu. Welche Gründe es für diesen Zusammenhang geben könnte, untersucht eine neue Studie mit Daten von biologischen Eltern und Adoptiveltern.

Die Zahlen scheinen auf den ersten Blick eindeutig: Mütter und Väter leben in der Regel länger als Kinderlose. Bei Eltern, die Kinder adoptieren, ist der Effekt noch deutlicher: Wird ein Kind adoptiert, steigt die Lebenserwartung um drei Jahre. Bei zwei oder drei Kindern sind es sogar fünf Jahre. Das zeigt eine neue Studie, die Kieron Barclay vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock und

Besondere an der Rostocker Studie ist, das Barclay und Kolk auch über Daten von Adoptiveltern verfügen. Dadurch können sie körperliche und soziale Ursachen besser voneinander trennen.

So lautet etwa eine gängige Theorie, dass Frauen, die Kinder auf die Welt gebracht haben, seltener an Brust- oder Gebärmutterkrebs erkranken. Auch die Daten aus Schweden, die Gesundheitsangaben umfassen,

Martin Kolk von der Universität Stockholm im *European Journal of Population* veröffentlicht haben. Sie konnten dafür auf Daten von über vier Millionen schwedischen Frauen und Männern zurückgreifen, die zwischen 1915 und 1960 geboren wurden.

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und der Lebenserwartung ist nicht neu. Und es gibt verschiedenste Theorien dazu. Das

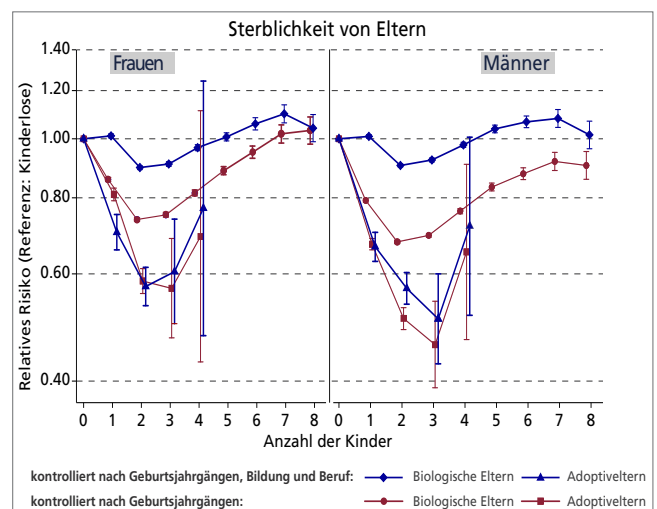


Abb. 1: Sowohl biologische als auch Adoptiveltern haben im Vergleich zu Kinderlosen eine geringere Sterblichkeit. Unterschiede, die aus den Geburtenjahrgängen resultieren, sind dabei herausgerechnet. Gleicht man auch Unterschiede aus, die aus verschiedenen Bildungsniveaus und Berufszugehörigkeiten resultieren, ist der Vorteil biologischer Eltern gegenüber Kinderlosen deutlich geringer. Bei den Adoptiveltern hingegen bleiben die Vorteile größtenteils bestehen. Quelle: Swedish register data, eigene Berechnungen



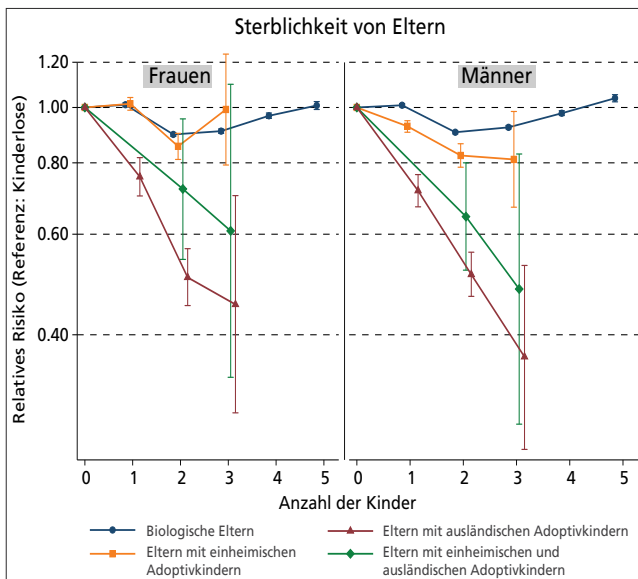


Abb 2: Eltern mit ausländischen Adoptivkindern haben eine besonders geringe Sterblichkeit. Das liegt vermutlich daran, dass die Tests für solche Adoptiveltern besonders hohe Ansprüche an Lebensweise, Auskommen und Gesundheit stellen. Wer diese Tests erfolgreich besteht, hat wahrscheinlich von vornherein eine vergleichsweise hohe Lebenserwartung. Quelle: Swedish register data, eigene Berechnungen

bestätigen dies. Gleichzeitig wird aber auch sehr deutlich: Biologische Väter und Eltern mit adoptierten Kindern haben in der Regel ebenfalls eine geringere Sterblichkeit als Kinderlose (s. Abb.1). Und die Kurven für Männer und Frauen verlaufen recht ähnlich. Biologische Ursachen, die allein auf Mütter und die körperlichen Folgen von Geburten abzielen, können also höchstens ein sehr kleines Puzzleteil der Erklärung sein. Auch die andere Theorie, die den Körper als Erklärung heranzieht, können Barclay und Kolk nicht bestätigen. Die sogenannte „Disposable-soma-theory“ geht davon aus, dass vor allem Frauen ihre Kraft und Gesundheit entweder in ihre Reproduktion – also in Kinder – investieren oder in ihre Langlebigkeit. Weil die Sterblichkeit sowohl der Adoptiv- als auch der biologischen Eltern mindestens bis zum vierten Kind unter derjenigen von Kinderlosen liegt, verwerfen die beiden Forscher diese Erklärung. Sie könne allenfalls historisch zutreffend gewesen sein, also in Zeiten, als die Geburt noch ein höheres

wäre demnach eher eine Voraussetzung als eine Folge von Kindern.

So zeigt sich etwa bei den biologischen Eltern, dass sich ihre Sterblichkeit sehr viel stärker an die der Kinderlosen annähert, wenn die Wissenschaftler bei der Analyse berücksichtigen, welche Bildung oder welchen Beruf die Befragten hatten (s. Abb.1). Bei biologischen Vätern und Müttern mit einem Kind verschwindet der Sterblichkeitsvorteil in diesem Fall ganz, bei fünf und mehr Kindern haben biologische Eltern dann sogar eine niedrigere Lebenserwartung als Kinderlose. Auch hier könnte die Selektion eine Rolle spielen: Eltern mit vielen Kindern hatten in der Vergangenheit häufig einen eher niedrigen Bildungsabschluss, ein geringes Einkommen und kein vorteilhaftes Gesundheitsverhalten.

Anders sieht das bei den Adoptiveltern aus. Sie sind bereits positiv selektiert, weil sie beim Adoptionsverfahren sehr genau durchleuchtet werden: ihre Gesundheit, die finanzielle Situation, das Zuhause, der Umgang und das Verhalten werden überprüft. Daher, so schlussfolgern Barclay und Kolk, hätten sie auch eine deutlich geringere Sterblichkeit als biologische Eltern, die einen solchen Selektionsprozess nicht durchlaufen müssen (s. Abb.1).

Welch große Rolle diese Prüfung spielt, zeigt sich auch bei einer genaueren Analyse der Adoptiveltern (s. Abb. 2). So ist etwa bei der Adoption eines nicht-schwedischen Kindes eine deutlich strengere Prüfung vorgesehen als bei der Adoption einheimischer Kinder. Während die Eltern schwedischer Adoptivkinder in etwa die gleiche Sterblichkeit haben wie biologische Eltern, zeigt sich bei Adoptiveltern von ausländischen Kindern eine sehr

viel geringere Sterblichkeit. Das heißt, hier wurden vermutlich von vornherein nur die gesündesten, stabilsten und stärksten Personen ausgesucht.

Auch die Analyse der unterschiedlichen Bildungsgruppen zeigt einen Selektionsprozess (s. Abb. 3). Zunächst einmal lässt sich Erwartbares ablesen: Je höher die Bildung, vor allem der Frauen, desto geringer ist die Sterblichkeit unter ihnen. Gleichzeitig scheint in den höheren Bildungsgruppen der Vorteil aber umso größer, je mehr Kinder eine Frau hat. Während Frauen ohne Abitur mit zwei Kindern ihre höchste Lebenserwartung erreichen, ist dies bei Frauen mit Abitur bei drei Kindern der Fall. Unter den Müttern mit Universitätsabschluss dagegen dürfen diejenigen mit vier Kindern mit dem längsten Leben rechnen.

Doch ganz allein mit Selektion lassen sich die Unterschiede zwischen Eltern und Kinderlosen nicht erklären. Wie auf Abbildung 1 zu sehen ist, hat die Mehrheit der Eltern, nämlich die mit zwei, drei oder vier Kindern, auch dann noch einen Vorteil gegenüber den Kinderlosen, wenn Faktoren wie Bildung und Beruf berücksichtigt wurden.

Barclay und Kolk erklären diesen Vorteil bei der Lebenserwartung damit, dass Kinder einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Eltern haben. Hierzu gibt es zwei verschiedene mögliche Theorien: Zum einen könnte es sein, dass Kinder später dafür sorgen, dass ihre alternden Eltern Unterstützung und Hilfe bekommen. So gab es etwa Studien, die zeigen konnten, dass eine hohe Bildung und ein hohes Einkommen der Kinder mit einer größeren Lebenserwartung ihrer Eltern einhergeht. Allgemein konnten Barclay und Kolk indes keine Belege für diese Theorie finden. Denn dann wäre ja zu erwarten, dass Eltern umso mehr von dieser Unterstützung profitierten, je mehr Kinder sie haben. Tatsächlich aber steigt die Lebenserwartung bei den biologischen Eltern nur bis zum zweiten Kind an und fällt danach wieder ab (s. Abb.1).

Dass Kinder ihre Eltern gesünder machen, sei eher darauf zurückzuführen, dass sie deren „Lebensstil“ verändern, vermuten Barclay und Kolk. Mütter und Väter verhalten sich gesünder: Sie verunglücken seltener als Kinderlose, und auch Kreislauferkrankungen treten bei ihnen nicht so häufig auf. Das Gleiche lässt sich bei Adoptiveltern beobachten. Obwohl in diese Gruppe in der Regel ohnehin nur Menschen gelangen, die einen gesunden und verantwortungsvollen Lebensstil pflegen, ist auch bei ihnen ein positiver Effekt der Kinder auf die Lebenserwartung nachweisbar, schreiben Barclay und Kolk. Das gilt vor allem für die Adoption ausländischer Kinder: Obwohl diese Gruppe mit Adoptiveltern bereits stark selektiert ist und vor allem gesunde, stabile und gutsituierte Menschen umfasst, steigt die Lebenserwartung hier mit jedem Kind weiter an.

Mitautor der wissenschaftlichen Studie:

Kieron Barclay

Literatur:

Barclay, K. J. and M. Kolk: Parity and mortality: an examination of different explanatory mechanisms using data on biological and adoptive parents. *European Journal of Population* 35(2019)1, 63-85. DOI: 10.1007/s10680-018-9469-1

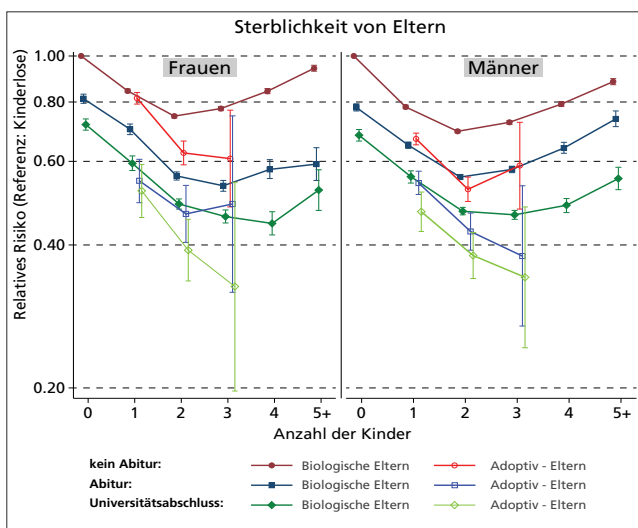


Abb. 3: Wenn Eltern sehr gut gebildet sind, nimmt ihre Sterblichkeit bis zum vierten Kind mit jeder weiteren Geburt ab. Quelle: Swedish register data, eigene Berechnungen

Zwischen Zufall und Lebensentscheidung

Neues Modell soll Verständnis der Geburtenentwicklung verbessern

Wann und wie beschließen Paare eine Familie zu gründen? Um zu verstehen, was Menschen bei der Entscheidung für oder gegen ein Kind leitet, sind Forschende auf theoretische Modelle angewiesen. Oft werden dabei wichtige Aspekte wie der Einfluss der Partnerschaft, des Körpers oder ungeplanter Ereignisse außer Acht gelassen. Ein neues Modell soll das ändern.

Wussten Sie schon früh, ob Sie ein Kind bekommen wollen? Vielleicht auch wann oder wie viele? Oft suchen Studien Antworten auf solche Fragen, damit WissenschaftlerInnen nachvollziehen können, wie sich Kinderwünsche und Geburtenzahlen entwickeln und wodurch sie beeinflusst werden. Die vorherrschende „Theorie des geplanten Verhaltens“ setzt darauf, dass die Befragten sich bewusst mit ihrer Familienplanung auseinandersetzen und wohlüberlegte Entscheidungen treffen.

Weil Kinder aber längst nicht immer geplant sind und auch viele weitere Faktoren bei der Familiengründung eine Rolle spielen, hat es oft Kritik oder Ergänzungen zu dieser Theorie gegeben. Das habe dazu geführt, dass heute verschiedene Ansätze nebeneinander existierten; gleichzeitig fänden jedoch immer noch einige Einflussgrößen zu wenig Beachtung, kritisieren Uta Brehm und Norbert F. Schneider vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Wiesbaden. Um diese Schwächen auszugleichen, schlagen sie ein neues, umfassendes Modell vor, das sogenannte „Modell der Dyadischen Pfade“ (s. Abb. 1).

„Dyadisch“ heißt zunächst einmal nur, dass es eben in der Regel zwei Menschen sind, die sich für oder gegen ein Kind entscheiden. In dem Modell werden daher das Verhalten, die Motivation und die Wünsche beider potenzieller Elternteile, der Mütter (f.) und Väter (m.), berücksichtigt. Schließlich sind die Voraussetzungen für Nachwuchs vielfältig: die Partnerschaft muss passen, der richtige Zeitpunkt muss für beide erreicht sein und zwei Körper müssen mitspielen, also fruchtbar sein.

Umfassende Interviews zu dem Thema zeigten außerdem, dass die Familienplanung oft keinem stringenten Entscheidungsprozess folgt: Ein Viertel bis die Hälfte aller Geburten resultiert demnach aus ungeplanten Schwangerschaften. Oftmals machen sich Menschen auch gar keine näheren Gedanken über ihre Kinderwünsche, weil sie gelernt haben, dass ein Kind einfach dazu gehört. Das neue Modell kann diese vielfältigen Wege zum Kind abbilden (vgl. Abb. 1).

So beeinflussen etwa die eigenen Lebenserfahrungen, z.B. in der Herkunftsfamilie oder in Privatleben und Beruf, die Motivation jedes und jeder Einzelnen für ein Kind. Auch das gesellschaftliche und soziale Umfeld, also die umgebende Kultur oder der Freundeskreis, kann Einfluss darauf nehmen, wie stark ein Kinderwunsch ausgeprägt ist oder ob und wann die Motivation zu einer festen Absicht wird. So kann sich eine Person etwa durchaus ein Kind wünschen, aber aus unterschiedlichen Gründen zu dem Schluss kommen, (zunächst) kein Kind bekommen zu wollen: Zum Beispiel aufgrund fehlender Unterstützung oder

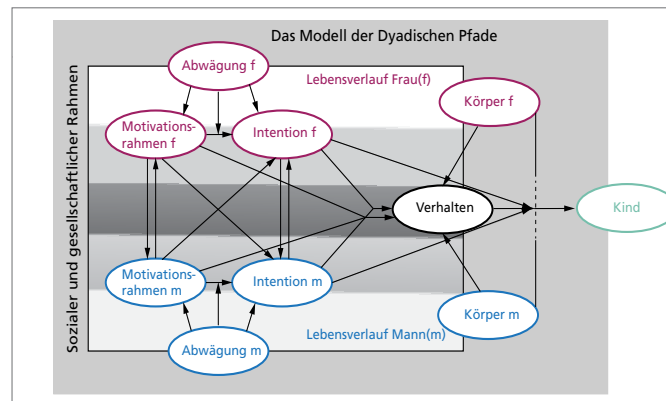


Abb 1: Insgesamt fünf Aspekte der Fertilität bildet das neue Modell ab: Die Rolle beider PartnerInnen, bewusste Abwägungen oder deren Abwesenheit, die Lebenserfahrungen und anderweitige Verhaltensweisen beider PartnerInnen, soziale und gesellschaftliche Bedingungen sowie die Körper. Quelle: eigene Darstellung.

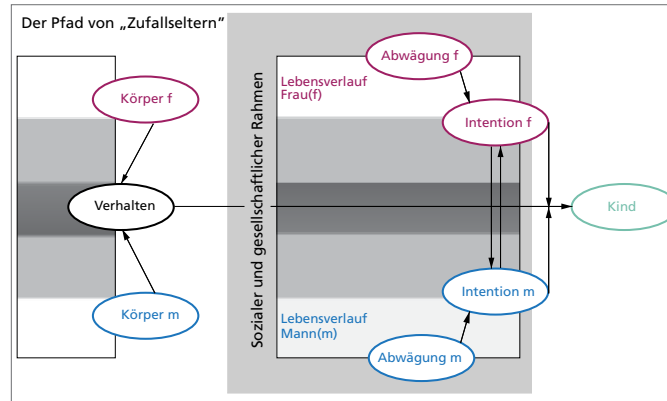


Abb. 2: Wenn es zu einer ungeplanten Schwangerschaft kommt, kehrt sich das Modell um: Wissen, Verhalten und Körper haben Fakten geschaffen, mit denen sich beide oder ein Partner im anschließenden Entscheidungsprozess auseinandersetzen müssen. Quelle: eigene Darstellung.

Betreuungsmöglichkeiten, einer offenen persönlichen, beruflichen oder finanziellen To-Do-Liste oder dem Gefühl, einfach noch nicht bereit zu sein. Trotz der gefassten Entscheidung für oder gegen ein Kind kann schließlich noch das situative Verhalten oder der Körper einen Strich durch die Rechnung machen: durch eine ungeplante Schwangerschaft etwa oder durch Unfruchtbarkeit.

Aus all diesen Faktoren ergeben sich verschiedene Entscheidungs- und Handlungspfade, von denen Brehm und Schneider 14 Varianten aufzählen. Sie reichen von den „gewollt Kinderlosen“, für die früh feststeht, dass sie keinen Nachwuchs bekommen wollen, und den „aufschiebenden Kinderlosen“, die den richtigen Zeitpunkt für ein eigentlich gewünschtes Kind verpasst haben, bis hin zu den „überzeugten Eltern“, die sich bewusst und sehr früh für mehrere

Kinder entscheiden, oder den „Zufallseltern“, die ungeplanten Nachwuchs bekommen und so in ihre Elternrolle hineinschlüpfen. Bei all diesen Pfaden spielen verschiedene Faktoren des Modells unterschiedlich große Rollen: Wird eine Frau etwa unbeabsichtigt schwanger, kehren sich die linke und die rechte Seite des Modells um (s. Abb.2): Die Schwangerschaft führt dazu, dass beide Partner ihre Motivation für ein Kind überprüfen. Dabei sind persönliche und soziale Lebensumstände, aber auch tatsächliche oder vermeintliche Erwartungen des Umfeldes entscheidend. Je nachdem, ob es sich um eine feste Partnerschaft handelt oder eher um eine kurze Bekanntschaft, können beide oder nur ein Elternteil entscheiden, ob das Kind ausgetragen werden soll oder nicht.

Solche unbeabsichtigten Schwangerschaften ließen sich mit bisherigen Modellen nicht abbilden. Weil sie und andere bisher kaum berücksichtigte Handlungspfade aber durchaus zahlreich vorkommen, gebe das flexible und um-

fassende „Modell der Dyadischen Pfade“ nun die Möglichkeit, die Theorie wieder mit dem echten Leben zu versöhnen und die Bandbreite der verschiedenen Ansätze zu vereinen, schreiben Brehm und Schneider.

Mitautorin der wissenschaftlichen Studie:
Uta Brehm

Literatur:

Brehm, U. and N. F. Schneider: Towards a comprehensive understanding of fertility: the model of dyadic pathways. *Comparative Population Studies* 44(2019), 3-36.

DOI: 10.12765/CPoS-2019-01en

Kinderwunsch: Darf man nachhelfen?

Migrantinnen sind offener gegenüber Reproduktionstechnologien als Einheimische in Deutschland

Wer ungewollt kinderlos bleibt, kann versuchen der Natur auf die Sprünge zu helfen: Das Methodenspektrum der modernen Reproduktionsmedizin reicht von Hormonbehandlungen oder künstlicher Befruchtung über Samen- und Eizellspende bis zur Leihmutterchaft. Eine Studie der Universität Rostock untersucht erstmals, wie akzeptiert solche Methoden bei einheimischen Frauen und in verschiedenen Migrantengruppen sind.

Die meisten der befragten Frauen stehen der Reproduktionsmedizin generell offen gegenüber. Das zeigt eine Befragung, die Nadja Milewski von der Universität Rostock und Sonja Haug von der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg ausgewertet haben. Demnach gibt lediglich jede zehnte Frau an, solche Methoden für sich selbst abzulehnen (s. Abb. 1). Entgegen der Erwartungen zeigt sich jedoch, dass Deutsche ohne Migrationshintergrund den Reproduktionstechnologien am kritischsten gegenüberstehen. Grundlage der Studie ist eine Befragung von 960 Frauen im Alter von 18 bis 50 Jahren, unabhängig davon, ob sie selbst einen Kinderwunsch oder Fertilitätsprobleme hatten. Gut drei Viertel der Studienteilnehmerinnen haben einen Migrationshintergrund und familiäre Wurzeln in den GUS-Staaten (26 Prozent), in Polen (20 Prozent), der Türkei (20 Prozent) oder dem Balkan (16 Prozent). Erhoben wurden die Daten in dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekt NeWiRe an der OTH Regensburg. Eigentlich hatten die beiden Wissenschaftlerinnen angenommen, dass die Akzeptanz der Reproduktionsmedizin auch vom gesellschaftlichen Klima der jeweiligen Herkunftsländer abhängig ist. In Polen etwa hat es vergleichsweise lange gedauert, bis überhaupt legale Rahmenbedingungen für verschiedene Reproduktionstechnologien geschaffen wurden. Zudem ist der Anteil der Frauen, die tatsächlich solche Verfahren

anwenden, im europäischen Vergleich in Polen am niedrigsten. Im Gegensatz dazu wurde bei Frauen aus den ehemaligen GUS-Staaten die größte Offenheit gegenüber der Reproduktionsmedizin erwartet. Denn in diesen Ländern ist die Gesetzgebung am liberalsten. In Russland etwa sind nicht nur gängige Verfahren wie die künstliche Befruchtung, sondern auch Samen- und Eizellspende oder so kontroverse Methoden wie Embryonenspende und Leihmutterchaft erlaubt. Deutschland rangiert sowohl bei den legalen Bedingungen als auch bei der Inanspruchnahme der Methoden im europäischen Mittelfeld. Tatsächlich scheinen die Gesetzgebung und der gesellschaftliche Diskurs über die Reproduktionsmedizin für die individuellen Einstellungen von Frauen allerdings nicht so entscheidend zu sein: Drei Viertel der Frauen mit polnischen Wurzeln stimmten der Aussage zu, dass ungewollt kinderlose Paare Reproduktionstechnologien nutzen sollten. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund waren es dagegen nur zwei Drittel. Demgegenüber lag die Zustimmung bei Frauen aus der Türkei und aus den Balkanländern (70 Prozent) sowie aus ehemaligen GUS-Staaten (73 Prozent) im Mittelfeld. Ein nur wenig anderes Bild zeigt sich bei der Frage, ob die Frauen bei sich selbst reproduktionsmedizinische Verfahren anwenden würden. Erneut antworteten lediglich 55 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund eindeutig mit „Ja“. Bei Befragten aus den ehemaligen GUS-Staaten, aus der Türkei oder aus Polen sind dies dagegen mit 71 bis 79 Prozent deutlich mehr. Frauen aus den Balkanländern liegen mit 64 Prozent im Mittelfeld. Interessanterweise ändert sich an diesem Muster auch dann nur wenig, wenn Unterschiede im Alter, in der Bildung, religiöse Zugehörigkeiten oder auch unterschiedliche Auffassungen zu den Geschlechterrollen berücksichtigt werden. Die beiden Autorinnen der Studie gehen daher davon aus, dass eher das allgemeine soziale Klima entscheidend ist, also die Frage, wie hoch die Wertschätzung dafür ist, Kinder zu

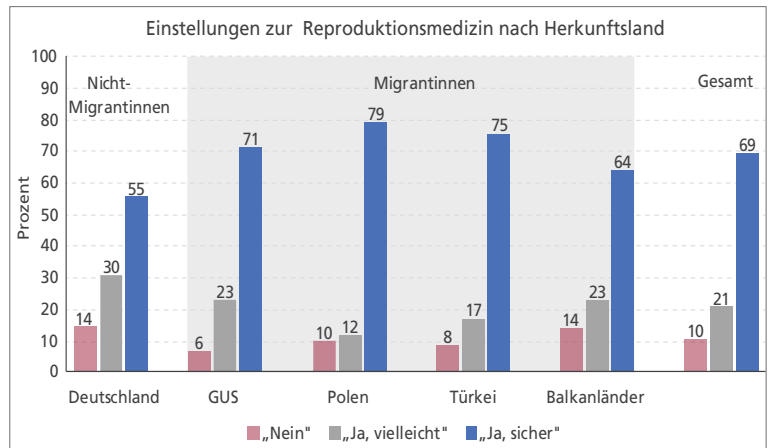


Abb. 1: Antworten auf die ganz allgemeine Frage: „Würden Sie medizinische Verfahren nutzen, wenn Sie einen Kinderwunsch hätten, aber auf natürlichem Weg nicht schwanger werden könnten?“ Anders als vermutet sind vor allem Migrantinnen aus Polen sehr offen gegenüber Reproduktionstechnologien. Vergleichsweise skeptisch sind einheimische Frauen in Deutschland und Migrantinnen, die aus den Balkanländern stammen. Quelle: NeWiRe survey 2014/2015, eigene Berechnungen

bekommen und Kinder zu haben. Sie konnten zudem zeigen, dass sich Migrantinnen, die bereits in zweiter Generation in Deutschland leben, in ihren Einstellungen zur Reproduktionsmedizin den Einheimischen annähern: Verglichen mit der ersten Auswanderergeneration nahm bei ihnen die Zustimmung zu reproduktionsmedizinischen Verfahren ab.

Die Ergebnisse der Studie gelten so jedoch in erster Linie für die sogenannten homologen Methoden, die ein Paar unterstützen, ihr eigenes biologisches Kind zu bekommen. Bei heterologen Verfahren, bei denen etwa Eizelle oder Samen von anderen Spendern stammen, ist die Zustimmung insgesamt, aber vor allem bei religiösen Frauen deutlich geringer.

Ein interessanter Nebenaspekt der Studie: Mit sieben Prozent war der Anteil unter den Befragten, die bereits reproduktionsmedizinische Verfahren angewendet haben, höher als bisher angenommen.

Wissenschaftliche Mitautorin der Studie:

Nadja Milewski

Literatur:

Haug, S. and N. Milewski: Women's attitudes toward assisted reproductive technologies - a pilot study among migrant minorities and non-migrants in Germany. *Comparative Population Studies* 43(2018), 343-370.

DOI: 10.12765/CPoS-2019-06en

Impressum

Herausgeber: Mikko Myrskylä, Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock

in Kooperation mit

- Mikko Myrskylä, Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels, 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: Roland Rau (V.i.S.d.P.)

Redaktionsleitung: Tomma Schröder

Wissenschaftliche Beratung: Katja Köppen, Roland Rau

Technische Leitung: Silvia Leek **Layout:** Tim Küffner

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.

