

EINE GEMEINSAME PUBLIKATION des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung, des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels, des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB), des Vienna Institute of Demography / Austrian Academy of Sciences und des Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital.

2026 · JAHRGANG 23 · 3. QUARTAL · VIERTELJÄHRLICHER INFOLETTER · WWW.DEMOGRAFISCHE-FORSCHUNG.ORG

WITTGENSTEIN CENTRE FOR DEMOGRAPHY AND GLOBAL HUMAN CAPITAL

Noch ein Kind? Lieber doch nicht? Oder später?

Ein Kind mit Behinderung bedeutet für Familien eine einschneidende Veränderung. Eine Studie hat sich jetzt mit der Frage beschäftigt, wann sich Eltern nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung für weitere Kinder entscheiden.

In Europa kommen jedes Jahr etwa zwei bis drei Prozent der Kinder mit einer Behinderung zur Welt. Für Eltern hat das oft weitreichende Folgen. Der Betreuungsaufwand ist nicht selten höher. Eltern müssen deshalb oft ihre Arbeitszeit reduzieren und auf Karriereschritte verzichten. Sie brauchen Zeit für Therapien und medizinisch notwendige Maßnahmen. Zugleich müssen sie sich emotional in der neuen Situation zurechtfinden. Die unerwartete Geburt eines Kindes mit Behinderung oder die Feststellung einer Behinderung im frühen Kindesalter kann für

Familien also einschneidende Folgen haben. Das beeinflusst auch die weitere Familienplanung, wie wissenschaftliche Studien gezeigt haben. So wurde etwa festgestellt, dass Eltern in den USA und in Dänemark mit einem Kind mit Behinderung eher kein weiteres Kind bekommen. In den USA entscheiden sich Mütter, die ein schwerbehindertes Kind zur Welt gebracht haben, zudem häufiger für eine Sterilisation. Andere Studien legen nahe, dass Eltern von Kindern mit bestimmten Behinderungen, etwa dem Downsyndrom oder Spina bifida, häufiger größere

Familien haben. Das kann aber auch daran liegen, dass diese Eltern bereits mehrere Kinder haben. Die meisten dieser Studien betrachteten allerdings nur einen einzelnen Aspekt. Sie berücksichtigten nicht, dass die Bedingungen, unter denen Familien mit der neuen Situation klarkommen müssen, sehr unterschiedlich sind. Viele Faktoren können beeinflussen, ob sich Eltern nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung für ein weiteres Kind entscheiden. Eine Rolle spielen zum Beispiel das Alter der Eltern, der Wohnort, die Einkommenssituation und die Frage, ob es bereits ältere Geschwister gibt.

Eva Beaujouan vom Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital hat deshalb mit einer Kollegin in einer neuen Studie versucht, diese Faktoren zusammenzuführen. Ziel war ein umfassenderes Bild der Gesamtsituation, in der sich die Familien befinden. Für die Untersuchung nutzte sie Daten aus Frankreich, und zwar Daten der französischen Familienkasse. Diese Daten enthalten Informationen über den Bezug und die Höhe der „Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé“, einer Beihilfe für die Erziehung von Kindern mit Behinderung. Diese Leistung wird an Haushalte gezahlt, in denen ein Kind unter 20 Jahren lebt, bei dem eine Behinderung von mindestens 50 Prozent diagnostiziert wurde. Die Forscherin berücksichtigte für die Studie mehrere Faktoren und kombinierte sie: die Zahl der Kinder vor der Geburt des Kindes mit Behinderung, das Alter der Mutter, den Wohnort und die Einkommensverhältnisse.

Sie kam zu dem Ergebnis, dass die Geburt eines Kindes mit Behinderung dazu führt, dass Eltern sich häufiger gegen ein weiteres Kind entscheiden. Am geringsten ist die Wahrscheinlichkeit für ein weiteres Kind, wenn das erste Kind eine Behinderung hat. Der Effekt fällt geringer aus, wenn das Kind mit Behinderung als zweites oder drittes Kind zur Welt kommt. Nach Ansicht der Forscherin könnte dieses Muster die besonderen psychologischen und organisatorischen Herausforderungen widerspiegeln, denen Eltern begegnen, die als erstes Kind ein Kind mit Behinderung bekommen. Sie müssen

Geburtenreihenfolge beeinflusst Entscheidung für weiteres Kind

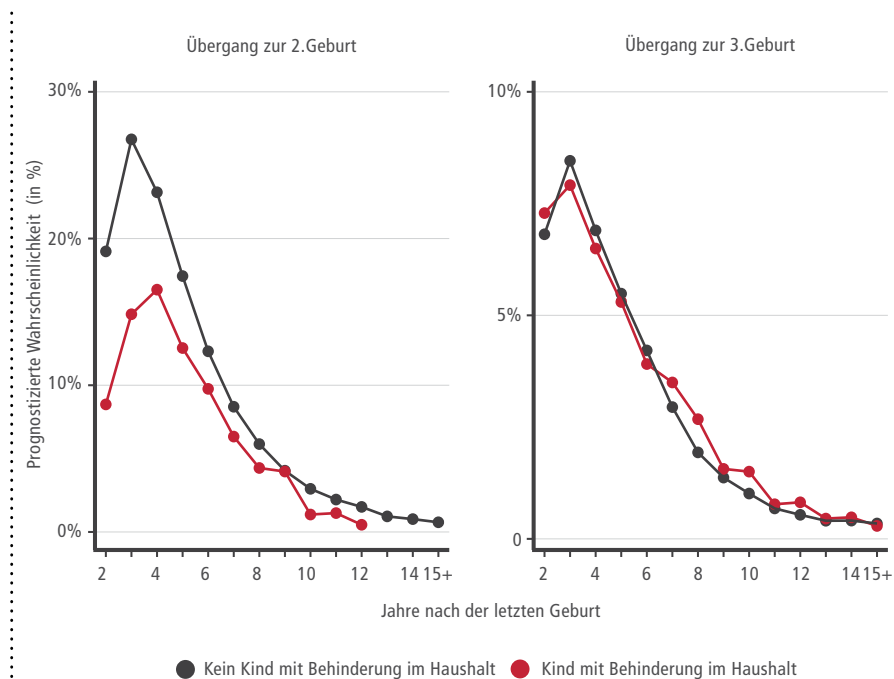


Abb. 1: Ob und wann sich eine Familie nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung für ein weiteres Kind entscheidet, hängt vor allem von der Geburtenfolge ab. Quelle: Caisse d'Allocations Familiales, eigene Berechnungen

zugleich die neue Elternrolle und mit der Behinderung verbundene Betreuungsaufgaben bewältigen. Eltern, die bereits Kinder haben, fühlen sich bei einer Familienvergrößerung dagegen möglicherweise sicherer und besser unterstützt (siehe Abbildung 1). Mit dem Alter der Mutter sinkt die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Geburt: bei Müttern unter 22 Jahren um 20 Prozent, bei Müttern im Alter von 35 bis 37 Jahren um 65 Prozent (siehe Abbildung 2, weitere Berechnungen). Wenn Familien sich dennoch für ein weiteres Kind entschieden, kam dieses meist mit größerem zeitlichen Abstand zur Welt (siehe Abbildung 3). Der Abstand zwischen der Geburt eines

Kindes mit Behinderung und einem späteren Geschwisterkind ist größer als der Abstand zwischen zwei Geschwistern ohne Behinderung. Er beträgt im Schnitt 4,5 Jahre, unabhängig von der Geburtenfolge und vom Alter der Mutter.

Was die Einkommenssituation angeht, zeigte sich in der Studie folgendes Bild: Das Haushaltseinkommen hat einen Einfluss – und zwar an beiden Enden des Einkommensspektrums. Sowohl die Familien, deren Haushaltseinkommen im unteren Viertel angesiedelt ist, als auch die Familien mit einem Haushaltseinkommen im oberen Viertel entscheiden sich seltener für ein weiteres Kind,

nachdem sie ein Kind mit Behinderung bekommen haben. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass ein Kind mit Behinderung für die ärmeren Familien eine schwierige finanzielle Belastung darstellt. Für die wohlhabenden Familien könnten die höheren Opportunitätskosten, insbesondere der Karriereknick, ein Grund sein, sich gegen ein weiteres Kind zu entscheiden.

Die Verzögerungen in der Geburtenfolge nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung sind im ländlichen Raum und in Kleinstädten weniger stark ausgeprägt als in urbanen Zentren. Eigentlich könnte man annehmen, dass das Betreuungsangebot für Kinder im ländlichen Raum schlechter ist und Familien sich dort daher schwerer für ein weiteres Kind entscheiden. Hier scheinen aber andere Faktoren wichtiger zu sein, zum Beispiel informelle Netzwerke, die Familien mit Kindern mit Behinderung unterstützen. Eine Erklärung für die geringere Verzögerung der Geburtenfolge in mittelgroßen Städten könnte ein günstigeres Gleichgewicht zwischen der Nähe zu Betreuungsangeboten und einer besser zu bewältigenden Logistik sein. In sehr großen Städten können Familien trotz der höheren Dichte an Dienstleistungsangeboten dagegen mit logistischen Hürden konfrontiert sein, etwa mit langen Anfahrtswegen zu Betreuungseinrichtungen.

Die Forscherin betont, dass ihre Studie keine kausalen Zusammenhänge herstellen kann. Sie zeigt lediglich Unterschiede beim Auftreten und beim Zeitpunkt nachfolgender Geburten zwischen Haushalten mit und ohne Kind mit Behinderung. Um diese Zusammenhänge nachweisen zu können, seien weitere Studien nötig.

Nach Ansicht der Forscherin liefert die Studie aber Hinweise darauf, dass mittelgroße Städte und Haushalte mit mittlerem Einkommen das geeignetste Umfeld bieten, um nach der Diagnose einer Behinderung bei einem Kind weiteren Nachwuchs zu planen. Möglicherweise bieten diese Orte ein optimales Gleichgewicht aus Flexibilität, verfügbaren Unterstützungsangeboten und wirtschaftlicher Sicherheit bei der Erziehung eines Kindes mit Behinderung. Das könnte die weitere Familienplanung erleichtern. Gezielte politische Maßnahmen könnten Eltern behinderter Kinder dabei unterstützen, im Erwerbsleben zu bleiben und sich zugleich die Option auf weiteren Nachwuchs zu bewahren.

Dazu zählen etwa ein besserer Zugang zu bezahlbarer Betreuung und zu spezialisierten Diensten in ländlichen wie in städtischen Gebieten, eine Ausweitung behinderungsspezifischer Elternzeitregelungen und die Förderung flexibler Arbeitsmodelle. Um genauer zu verstehen, welche Unterstützungsangebote Familien brauchen, damit sie nach einem Kind mit Behinderung den Wunsch nach weiteren Kindern umsetzen können, bedürfte es aber zusätzlicher Forschung, betont Eva Beaujouan.

WISSENSCHAFTLICHE ANSPRECHPARTNERIN:

Eva Beaujouan

KONTAKT: ✉ eva.beaujouan@univie.ac.at

LITERATUR

Beaujouan, E. and A. Solaz: Another child? Determinants and timing of fertility for parents of a child with a disability.

European Societies 28 (2026) 4, 829–864.

DOI: <https://doi.org/10.1162/EUSO.a.104>

Wie wahrscheinlich ist es, dass sich eine Frau für ein weiteres Kind entscheidet?

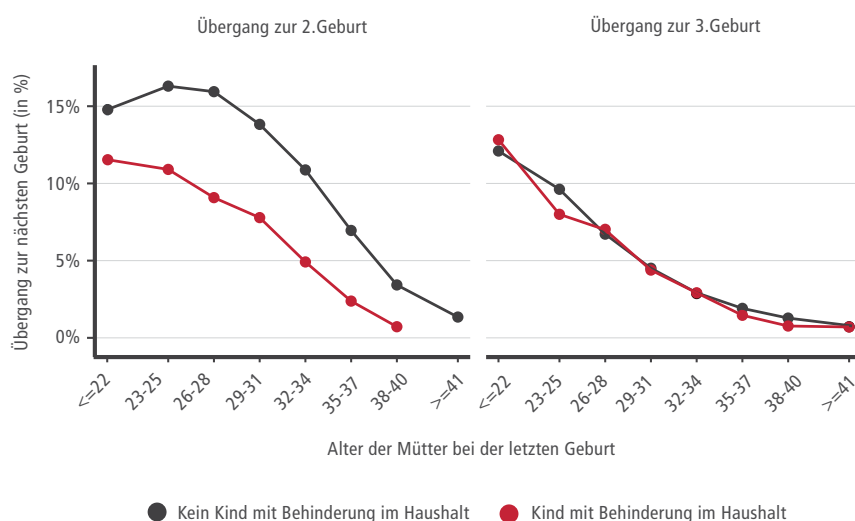


Abb. 2: Es ist wahrscheinlicher, dass jüngere Frauen nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung ein weiteres Kind bekommen. Allerdings ist es insgesamt unwahrscheinlicher, dass eine Mutter, die bereits ein behindertes Kind hat, ein weiteres bekommt. Quelle: Caisse d'Allocations Familiales, eigene Berechnungen

Welchen Einfluss hat das Alter auf den zeitlichen Abstand zum nächsten Kind?

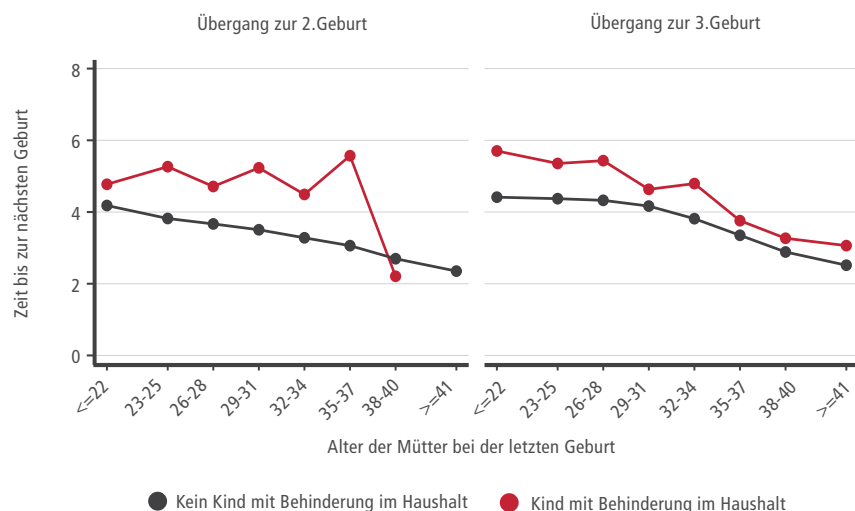


Abb. 3: Der Abstand zwischen der ersten und der zweiten Geburt verkürzt sich mit zunehmendem Alter, außer wenn das Kind eine Behinderung hat. Wobei dieser Unterschied beim Übergang zum dritten Kind weniger ausgeprägt ist. Quelle: Caisse d'Allocations Familiales, eigene Berechnungen

MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR DEMOGRAFISCHE FORSCHUNG

Alterung erhöht Krankenhausfallzahlen

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte hat in der Vergangenheit zugenommen. Eine verbreitete Annahme ist, dass wirtschaftliche Anreize hierfür ursächlich seien. Eine neue Studie unterstreicht jedoch den Einfluss der Bevölkerungsalterung und stellt außerdem fest, dass Hospitalisierungsrisiken seit 2014 sogar gesunken sind.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte in Deutschland stieg bis kurz vor der Corona-Pandemie stetig an. Zwischen 2005 und 2019 wuchs sie um 17 Prozent von 16,5 auf 19,4 Millionen pro Jahr – fast 3 Millionen mehr. Dies ist umso bemerkenswerter, als sich die Bevölkerungsgröße in Deutschland im untersuchten Zeitraum kaum änderte. Zwei Hauptgründe werden für diese Dynamik der Krankenhausfallzahlen genannt: die Alterung der Bevölkerung und wirtschaftliche Faktoren. Ältere Menschen müssen häufiger ins Krankenhaus, was zu einem höheren Bedarf an stationären Behandlungen führt. Zudem könnten wirtschaftliche Anreize eine Rolle spielen, etwa die Auslastung von Bettenkapazitäten und das Vergütungssystem, das Krankenhäuser dazu bewege, mehr Patient*innen aufzunehmen. Studien untersuchten das 2005 eingeführte DRG-System (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen), das Kliniken sogenannte Fallpauschalen zahlt – feste Beträge pro Behandlungsfall. Einige Forschende kamen zu dem Schluss, dass nur 20 Prozent des Fallzahlenanstieges auf die Bevölkerungsalterung zurückzuführen seien. Die Fallpauschalen hätten Krankenhäusern Anreize gegeben, mehr Patient*innen zu behandeln, so ihre Schlussfolgerung.

Eine neue Studie vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung stellt diese Schlussfolgerung infrage und nimmt eine neue Perspektive ein. Man müsse differenzieren, ob der Anstieg der Fallzahlen auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen sei oder auf den Anstieg des sogenannten „Hospitalisierungsrisikos“ – also darauf, wie oft Menschen im Durchschnitt pro Lebensjahr ins Krankenhaus müssen, so die Studienautorin Anna-Kathleen Piereth. Dieses Risiko kann sich in der gesamten Gesellschaft oder in bestimmten Altersgruppen verändern. Ein höheres Risiko bedeutet mehr Krankenhausaufenthalte pro Lebensjahr in einem bestimmten Alter, ein niedrigeres Risiko das Gegenteil. In einer Studie, die Anna-Kathleen Piereth mit zwei Kollegen in der Fachzeitschrift „BMC Public Health“ veröffentlichte, analysierte sie, wie stark die Alterung der Bevölkerung und die Veränderung des Hospitalisierungsrisikos den Anstieg der Krankenhausaufenthalte beeinflussen. Hierfür setzte sie Krankenhausfallzahlen ins Verhältnis zur Bevölkerungsgröße und berechnete somit die Gesamthospitalisierungsrate

(GHR). Überraschend schwankte die GHR in drei Phasen: Von 2005 bis 2014 stieg sie stetig, sank danach leicht und fiel mit Beginn der Corona-Pandemie deutlich. Über den Zeitraum 2005 bis 2019 habe die Alterung der Bevölkerung 64 Prozent des Trends der GHR erklärt – deutlich mehr als frühere Studien ermittelten. Das Hospitalisierungsrisiko trug zu 36 Prozent bei. Bei Männern zeigte sich ein stärkerer Effekt der Altersstruktur als bei Frauen, was mit dem stärkeren Anstieg ihrer Lebenserwartung zwischen 2005 und 2019 übereinstimmt. Warum die GHR seit 2014 aufgrund sinkender Hospitalisierungsrisiken zurückgeht und auch nach der Pandemie niedriger bleibt als zuvor, sei jedoch unklar.

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass stationäre Patient*innen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung durchschnittlich älter sind und einen größeren Anstieg des Durchschnittsalters über die Zeit erlebten. Die Studie unterstreicht, dass die Alterung der Bevölkerung die Zahl der Krankenhausaufenthalte stark beeinflusst. Denn diese nehmen vor allem in der zweiten Lebenshälfte zu und die bevölkerungsstarken Jahrgänge wie die „Babyboomer“ treten vermehrt in fortgeschrittene Altersstufen ein. Anna-Kathleen Piereth fordert, die Altersstruktur stärker in die regionale Krankenhausplanung einzubeziehen. Derzeit orientiert sich diese vor allem an Bevölkerungsgröße, Fallzahlen, Verweildauer und Bettenauslastung und weniger an der Altersstruktur der Bevölkerung. Angesichts der großen Bedeutung der Alterung für die Nachfrage nach stationären Behandlungen empfiehlt die Wissenschaftlerin, sie künftig bei der Planung zu berücksichtigen.

WISSENSCHAFTLICHE ANSPRECHPARTNERIN: Anna-Kathleen Piereth

KONTAKT: ✉ piereth@demogr.mpg.de

LITERATUR

Piereth, A.-K., R. Rau and M. Ebeling: Population aging and changing hospitalization risks in Germany: a decomposition of changes in inpatient cases, 2005–2021. BMC Public Health 26(2026)1437, 1–12.

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-026-27522-x>

Welcher Faktor beeinflusst Krankenhausfallzahlen stärker?

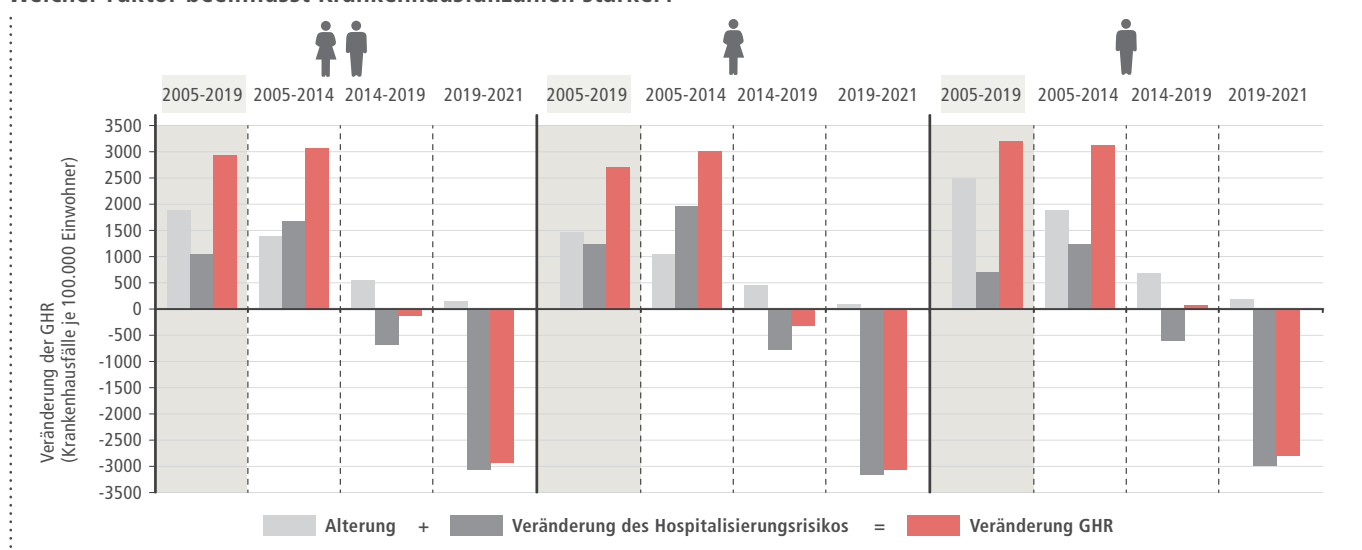


Abb. 1: Für die Studie hat die Wissenschaftlerin die Veränderung der Gesamthospitalisierungsrate in die beiden Faktoren „Alterung“ und „Hospitalisierungsrisiko“ aufgesplittet. Die Y-Achse zeigt die Veränderung der Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen. In der grau unterlegten linken Spalte sind Veränderungen in der Periode 2005–2019 dargestellt. In den drei darauffolgenden Spalten wird unterschieden nach 2005–2014, 2014–2019 und 2019–2021. Man sieht, dass im Zeitraum 2014–2019, also schon vor der COVID-Pandemie, die Hospitalisierungsrisiken stark abgenommen haben. Quelle: DRG-Statistik und Human Mortality Database, eigene Berechnungen

Erst Bluthochdruck, dann Diabetes und dann Demenz – oder doch eine andere Reihenfolge?

Die drei Volkskrankheiten treten nicht selten in Kombination auf. Um Häufigkeit und Reihenfolge zu verstehen, wären Ländervergleiche hilfreich. Hierfür sollten medizinische Daten aus der Praxis weiter harmonisiert werden.

Welche Kombination setzt sich durch?

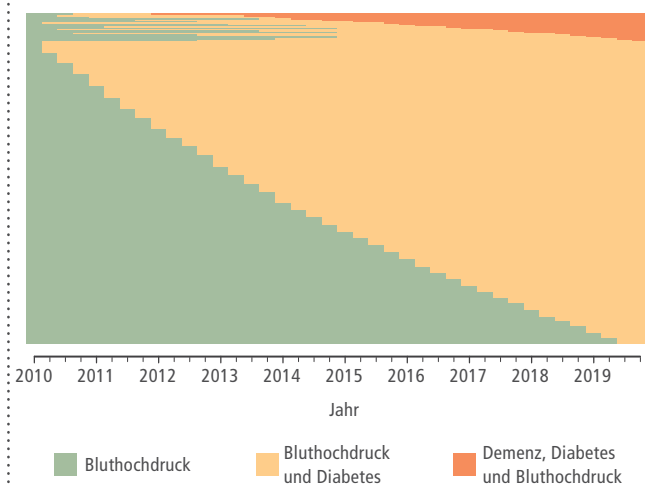


Abb. 1: Hier ist ein gängiges deutsches Erkrankungsprofil zu sehen, bei dem am Anfang des Untersuchungszeitraums eine Bluthochdruck-Erkrankung vorliegt, zu der im Laufe der Zeit Diabetes und auch Demenz hinzukommen. Quelle: Gesundheitsdaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen, eigene Berechnungen

Die Volkskrankheiten Bluthochdruck, Diabetes und Demenz sind weit verbreitete Erkrankungen in alternden Bevölkerungen. Meist kommen sie nicht isoliert vor, sondern beeinflussen sich gegenseitig – als Risikofaktoren und Begleiterkrankungen. Vieles über diese Zusammenhänge bleibt unklar, obwohl ein besseres Verständnis helfen könnte, etwa um zu erklären, warum manche Bevölkerungsgruppen stärker betroffen sind. Routinemäßig erhobene medizinische Daten bieten theoretisch die Möglichkeit, länderübergreifende Vergleiche anzustellen. Diese könnten helfen, die Krankheiten, ihre Verläufe und Wechselwirkungen sowie Ungleichheiten in der Bevölkerungsgesundheit besser zu verstehen. Doch die Daten stammen aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen, was Vergleiche erschwert. Bisher wurde sich wissenschaftlich wenig mit ihrer Eignung zur Untersuchung von Krankheits- und Sterblichkeitsverläufen über verschiedene Gesundheitssysteme hinweg beschäftigt. Nun rücken die Daten stärker in den Fokus, da politische Initiativen ihre Zusammenführung vorantreiben. Der geplante Europäische Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space, EHDS) soll einen einheitlichen Rahmen schaffen, um Gesundheitsdaten in der EU zu nutzen, auszutauschen und zu schützen. Dieses Vorhaben ist Teil der europäischen Digitalstrategie, die den grenzüberschreitenden Zugang zu Daten unter Einhaltung höchster Sicherheitsstandards erleichtern will. Zum einen soll die medizinische Versorgung durch den Zugriff auf relevante Patient*innendaten in anderen EU-Ländern verbessert werden. Zum anderen sollen die Daten der Forschung zugänglich gemacht werden.

Die Forscherin Anna-Victoria Holtz und Kolleg*innen haben sich mit solchen Daten aus Deutschland und Katalonien beschäftigt. Es ging dem Team darum, eine Idee davon zu bekommen, inwieweit die Daten vergleichbar sind – ein Schritt, den zuvor noch keiner gegangen ist. Zuerst untersuchten sie, wie vergleichbar die Daten sind und wie sich Unterschiede ausgleichen lassen. Für ihre Studie, veröffentlicht in der Fachzeitschrift „Population Health Metrics“, standen ihnen Daten von 1,5 Millionen Katalan*innen und 250.000 Deutschen aus den Jahren 2010 bis 2019 zur Verfügung. Eingeflossen sind in die Studie Daten von Personen, die 2010 55 Jahre und älter waren. In mehreren Schritten passten sie die Daten aneinander an, verglichen sie und erstellten „Profile“, die typische Verläufe und Kombinationen der Krankheiten abbilden. Dennoch, so die Wissenschaftlerin, sei der Vergleich womöglich eingeschränkt – vor allem durch unterschiedliche Diagnose- und Dokumentationsstandards. Die Studie zeigte dennoch deutliche Unterschiede zwischen den beiden Bevölkerungen. In Katalonien sind Bluthochdruck, Diabetes und Demenz seltener als in Deutschland, was sich in der höheren Lebenserwartung der Katalan*innen widerspiegelt. Bereits zu Beginn des Beobachtungszeitraums traten diese Krankheiten und ihre Kombinationen in Katalonien weniger häufig auf. Auch die Verläufe unterschieden sich: Während die meisten Katalan*innen zu Beginn frei von diesen Krankheiten waren, litten Deutsche häufiger bereits an Bluthochdruck. Zudem hatten Katalan*innen seltener mehrere Erkrankungen gleichzeitig, während Deutsche oft über längere Zeiträume hinweg von Kombinationen der Krankheiten betroffen waren. Profile, die von Demenz dominiert waren, unterschieden sich grundlegend zwischen den beiden Gruppen. Frauen waren jedoch häufiger in Profilen vertreten, die ein Fortschreiten zur Demenz zeigten. Jüngere Geburtskohorten begannen häufiger ohne Erkrankung oder nur mit Bluthochdruck, während ältere Gruppen stärker von einer Anhäufung der drei Krankheiten betroffen waren. Insgesamt verdeutlichten die Ergebnisse, dass die länderübergreifende Nutzung und der Vergleich von Gesundheitsdaten zwar grundsätzlich möglich sei, belastbare Interpretationen jedoch einheitliche Rahmenbedingungen voraussetzten, so Anna-Victoria Holtz. Für die wissenschaftliche Nutzung des EHDS seien daher weitere Anstrengungen erforderlich. Es sei notwendig, Minimalstandards für die Erhebung, Strukturierung und Dokumentation von Gesundheitsdaten zu setzen, um eine Vergleichbarkeit zwischen den europäischen Gesundheitssystemen herzustellen. Idealerweise müssten Daten des gesamten Lebensverlaufs ab Geburt bereitgestellt werden, weil oft wichtige Gesundheitsinformationen bereits früher im Leben festgestellt werden.

WISSENSCHAFTLICHE ANSPRECHPARTNERIN: Anna-Victoria Holtz
KONTAKT: ✉ Anna-Victoria.Holtz@dzne.de

LITERATUR

Holtz, A.-V., J. Gumà, I. Permanyer and G. Doblhammer: Examining morbidity and mortality trajectory profiles of hypertension, diabetes and dementia across healthcare systems: an analysis of Catalan and German administrative medical data for the years 2010 to 2019. *Population Health Metrics* 24(2026)26, 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12963-026-00473-6>