

1997 mit 3.129 Kindern erreicht. Ebenfalls im Landkreis in den Jahren 1992, 1994 und 1996. Im Zeitraum ereigneten sich hingegen im Jahr 2013 erreichte damit nur 71 % der Größe des

er als 2.400 Geburten bis 2013. Diese Unterschiede die Kombination von gebärfähigen Alter

**GEBURTEN UND  
STERBEFÄLLE IM  
ZEITVERLAUF**



## Impressum

### Herausgeber

Kreisausschuss des Landkreises Darmstadt-Dieburg  
Fachbereich Konzernsteuerung

### Verfasserinnen

Dr. Tamara Eschler  
Fachbereich Konzernsteuerung  
Fachgebiet Kreisentwicklung, Statistik

### Druck/Bildnachweis

TZ - Verlag & Print GmbH, Roßdorf.  
Diese Broschüre ist auf Recyclingpapier gedruckt.  
Umschlaggestaltung: [www.nitsch-grafikdesign.de](http://www.nitsch-grafikdesign.de)  
© Suphakaln Wongcompune, Adobe Stock

### Bestelladresse

Kreisverwaltung Darmstadt-Dieburg  
Fachbereich Konzernsteuerung  
Fachgebiet Kreisentwicklung, Statistik  
Jägertorstraße 207  
64289 Darmstadt  
Telefon: 06151 / 881-1017  
[Kreisstatistik@ladadi.de](mailto:Kreisstatistik@ladadi.de)

Darmstadt, im Dezember 2019

# **Darmstadt-Dieburg Statistik konkret**

## **Herausforderungen für eine nachhaltige Kreisentwicklung**

### **Geburten und Sterbefälle im Zeitverlauf**







## Vorwort

Seit dem Jahr 2011 hat sich die Einwohnerzahl des Landkreises Darmstadt-Dieburg um unglaubliche 5,4 % erhöht, mehr als 15.000 Menschen kamen seitdem hinzu. Wegen der starken Zuwanderung sind in unserer Region die Herausforderungen durch die demografische Entwicklung etwas in den Hintergrund getreten. Der demografische Wandel lässt sich aber nicht durch Zuwanderung aufhalten.

Die Zusammensetzung der heutigen Bevölkerung und die aktuellen Zahlen von Geburten und Sterbefällen werden von teils Jahrzehnte zurückliegenden gesellschaftlichen Veränderungen beeinflusst. Sinkende Geburtenraten führten zu zahlenmäßig kleineren Jahrgängen, während zugleich die große Generation der in den 1950er und 1960er Jahren geborenen „Babyboomer“ immer älter wird.

Der aktuelle Zuwachs im Landkreis wird ausschließlich durch Zuwanderung verursacht, denn schon seit dem Jahr 2006 sterben jedes Jahr im Landkreis mehr Menschen als Kinder geboren werden. Daran kann auch die seit einigen Jahren erfreulicherweise wieder steigende Zahl der Geburten nichts ändern, da die Zahl der Verstorbenen ebenfalls steigt. Der starke Anstieg bei den Sterbefällen ist darauf zurückzuführen, dass immer mehr ältere Menschen im Landkreis leben. 2018 war bereits jede fünfte im Landkreis lebende Person mindestens 65 Jahre alt.

Diese Entwicklungen haben Einfluss auf nahezu alle Lebensbereiche. Der rasch steigende Anteil älterer Menschen erforderte es, die Bedürfnisse dieser Altersgruppe vermehrt in den gesellschaftlichen und politischen Fokus zu rücken. Zugleich ist Familienfreundlichkeit gefragt, um auch für die Zukunft eine hohe Lebensqualität für alle Generationen im Landkreis Darmstadt-Dieburg zu erreichen.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Klaus Peter Schellhaas'. The signature is fluid and cursive, written on a light-colored background.

Klaus Peter Schellhaas  
Landrat



# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
2.	Entwicklung von Geburten und Sterbefällen in Deutschland	8
2.1	Historische Grundlagen der natürlichen Bevölkerungsentwicklung	8
2.2	Entwicklung der Fertilität	9
	Kinderlosigkeit	15
	Sinkende Zahl von Mehrkindfamilien	18
	Migrationshintergrund und Fertilität	20
2.3	Entwicklung der Mortalität	22
	Lebenserwartung und Sterbealter	22
	Todesursachen	25
	Einflussfaktoren auf die Mortalität	29
2.4	Saldo der Geburten und Sterbefälle	31
2.5	Regionale Unterschiede von Fertilität und Sterblichkeit	33
3.	Entwicklung des Geburtensaldos im Landkreis Darmstadt-Dieburg	37
3.1	Entwicklung des Geburtensaldos von 1979 bis 2018	37
	Alsbach-Hähnlein	41
	Babenhausen	42
	Bickenbach	43
	Dieburg	44
	Eppertshausen	45
	Erzhausen	46
	Fischbachtal	47
	Griesheim	48
	Groß-Bieberau	49
	Groß-Umstadt	50
	Groß-Zimmern	51
	Messel	52
	Modautal	53
	Mühltal	54
	Münster	55
	Ober-Ramstadt	56
	Otzberg	57
	Pfungstadt	58
	Reinheim	59
	Roßdorf	60

	Schaafheim	61
	Seeheim-Jugenheim	62
	Weiterstadt	63
3.2	Prognose für die natürliche Bevölkerungsentwicklung	64
4.	Analyse der Geburten im Landkreis Darmstadt-Dieburg	74
	Entwicklung der Geburtenzahlen	74
	Altersstruktur von Frauen und Müttern	77
	Einfluss von Nationalität und Migrationshintergrund auf Geburten	82
5.	Analyse der Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg	87
	Entwicklung der Sterbefallzahlen	87
	Todesursachen und Altersstruktur der Verstorbenen	91
6.	Auswirkungen von Geburten und Sterbefällen auf die Bevölkerungsentwicklung des Landkreises	97
7.	Herausforderungen durch die Entwicklung der natürlichen Bevölkerungsbewegungen	101
	Infrastruktur für verschiedene Altersgruppen	102
	Wohnen und Mobilität	104
	Handel, Dienstleistungen, Vereine und Ehrenamt	107
	Gesundheit und Pflege	109
	Bestattungen	113
8.	Zusammenfassung	115
	Tabellenverzeichnis	120
	Abbildungsverzeichnis	120
	Literaturverzeichnis	123

# 1. Einleitung

Vier Faktoren sind für die Entwicklung der Einwohnerzahl und der Bevölkerungszusammensetzung entscheidend: Wanderungsbewegungen durch Zuzüge und Wegzüge sowie die natürliche Bevölkerungsentwicklung durch Geburten und Sterbefälle. Diese Faktoren bestimmen, ob im Landkreis Darmstadt-Dieburg mehr oder weniger Menschen leben, wie viele Menschen es in den einzelnen Geburtsjahrgängen gibt und ob es sich dabei um Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund handelt. Seit vielen Jahren ist die positive Entwicklung der Einwohnerzahl in Deutschland und auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg davon abhängig, dass es mehr Zuzüge als Wegzüge gibt. **Schon seit 1972 ereignen sich in Deutschland jährlich mehr Sterbefälle als Geburten**, im Landkreis Darmstadt-Dieburg ist dies durchgehend seit dem Jahr 2006 der Fall.

Die Wanderungsbewegungen waren bereits Thema des zweiten Bandes dieser Schriftenreihe und werden seither jährlich im Detail untersucht. Der zweite große Teilbereich der natürlichen Bevölkerungsentwicklung ist Gegenstand des vorliegenden Bandes.

Ziel dieses Themenheftes ist es, die Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Detail zu analysieren und darzustellen. Hierfür wurden verschiedene Datensätze kombiniert und ausgewertet. Die wesentlichen zugrundeliegenden Fragestellungen hierfür waren:

- *Wie haben sich die Geburtenzahlen entwickelt und worin liegen die möglichen Gründe dafür?*
- *Wie alt sind die Mütter der neu geborenen Kinder?*
- *Wie hat sich die Zahl der Sterbefälle entwickelt?*
- *Welche Aussagen können über das Sterbealter und die Todesursachen getroffen werden?*
- *Wie ist die Prognose für die künftige natürliche Bevölkerungsentwicklung?*
- *Wie wirken sich die Geburten und Sterbefälle auf die Bevölkerungsentwicklung insgesamt aus?*
- *Welche Herausforderungen ergeben sich durch die Veränderungen bei Geburten und Sterbefällen?*

Diesen Fragestellungen wird in den folgenden Kapiteln nachgegangen. Kapitel 2 stellt die Entwicklung von Geburten und Sterbefällen in Deutschland dar. Die Einbindung in den Kontext der natürlichen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland insgesamt erklärt bereits viele im Landkreis zu beobachtende Entwicklungen. Das dritte Kapitel befasst sich mit der Entwicklung des Geburtensaldos im Landkreis Darmstadt-Dieburg. In Kapitel 4 werden die Geburten und in Kapitel 5 die Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg detailliert analysiert. Kapitel 6 betrachtet die Auswirkungen von Geburten und Sterbefällen auf die Bevölkerungsentwicklung des Landkreises insgesamt. In Kapitel 7 werden die sich aus den dargestellten Zusammenhängen ergebenden Herausforderungen dargestellt. Das achte Kapitel fasst abschließend die wichtigsten Ergebnisse des Bandes kurz zusammen. Für die Analyse wurden verschiedene Datensätze verwendet, die zur Thematik von Geburten und Sterbefällen verfügbar waren. Überwiegend waren dies amtliche Statistiken

des Statistischen Bundesamtes, des Hessischen Statistischen Landesamtes und der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Diese bieten allerdings nur teilweise Zahlen auf Gemeindeebene. Ergänzend wurden für die Kapitel 4 und 5 Einwohnerdaten des Gebietsrechenzentrums ekom21 ausgewertet. Die Daten von ekom21 beruhen auf den Melderegistern der 22 daran angeschlossenen Kommunen im Landkreis. Für die Stadt Groß-Bieberau stellte deren Einwohnermeldeamt entsprechende Daten zur Verfügung. Statistiken zu Geburten und Sterbefällen beziehen sich immer auf den Wohnort der Personen, nicht auf den Ort des Ereignisses. Geburten beziehen sich also auf im Landkreis lebende Mütter und Sterbefälle auf Personen, die im Landkreis ihren Wohnsitz hatten.

## 2. Entwicklung von Geburten und Sterbefällen in Deutschland

### 2.1 Historische Grundlagen der natürlichen Bevölkerungsentwicklung

Die Zusammensetzung der heutigen Bevölkerung und die aktuellen Geburten- und Sterbeziffern sind durch schon lange zurückliegende Veränderungen von Trends bedingt. Dies waren in Deutschland der erste demografische Übergang etwa von 1870 bis 1930 im Zuge der zunehmenden Industrialisierung und der zweite demografische Übergang etwa von 1965 bis 1975. Auch weitere Ereignisse wie die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise hatten Einfluss auf die natürliche Bevölkerungsentwicklung (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 9f).

Im Zuge des ersten demografischen Übergangs Ende des 19. Jahrhunderts sank die Sterbeziffer aufgrund der äußeren Umstände im Rahmen der Industrialisierung. **Die Lebenserwartung stieg durch den wissenschaftlichen, technischen und hygienischen Fortschritt** und durch bessere Ernährungsmöglichkeiten erheblich. Insbesondere gab es einen starken Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Die Zahl der geborenen Kinder je Frau ging in der Folgezeit von fünf auf zwei Kinder zurück. Diese Entwicklung ist auf verändertes Handeln auf individueller Ebene zurückzuführen. In der industrialisierten Gesellschaft hatten die eigenen Kinder nicht mehr die große Bedeutung als Arbeitskräfte und Alterssicherung ihrer Eltern, wie noch in der Agrargesellschaft. Eltern konnten außerdem mittlerweile davon ausgehen, dass nahezu alle geborenen Kinder auch das Erwachsenenalter erreichten. Die Familie mit zwei Kindern etablierte sich als Standard und das Kind als Individuum rückte vermehrt in den Mittelpunkt. Entscheidungen zu (weiteren) Kindern wurden bewusster getroffen und die Geburtenkontrolle begann an Bedeutung zu gewinnen (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 10; Schneider und Dobritz 2011, S. 28).

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es in Deutschland eine Phase mit besonders vielen Geburten pro Jahr. Dieser Geburtenboom kam in allen am Zweiten Weltkrieg beteiligten Staaten vor, allerdings setzte er in Deutschland einige Jahre später ein als in Frankreich oder den USA. Die Ursache für die hohe Zahl von Geburten lag darin, dass Menschen nach den Kriegsjahren wieder vertrauensvoll in die Zukunft blickten. Die in Deutschland etwa von 1955 bis 1965 Geborenen werden auch als „Babyboomer“ bezeichnet. Insgesamt stellen die **in den 1950er und 1960er Jahren geborenen Menschen 30 % der deutschen Bevölkerung**. Der Höhepunkt des Geburtenbooms wurde im Jahr 1964 erreicht, als über 1,3 Millionen

Kinder in Deutschland geboren wurden. Die zusammengefasste Geburtenziffer lag damals bei 2,2 Kindern je Frau (vgl. Körber-Stiftung 2018, S. 1ff).

Die Bildungsexpansion nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs brachte für die geborenen Babyboomer verbesserte Möglichkeiten, vor allem auch für Frauen. Mit besserer Bildung gab es für diese Frauengeneration vermehrt alternative Lebensentwürfe neben der tradierten Mutterrolle. Die Erwerbstätigkeit beider Partner wurde ab der Generation der Babyboomer zur Normalität. Eine besonders große demografische Bedeutung erlangten die Babyboomer dadurch, dass die vielen in diesem Zeitraum geborenen Frauen später selbst nur noch 1,4 Kinder im Durchschnitt bekamen. Daraus ergab sich zwangsläufig eine alternde Gesellschaft, da die nachfolgenden Generationen alle aus erheblich weniger Menschen bestanden (vgl. Körber-Stiftung 2018, S. 1ff).

Der zweite demografische Übergang folgte etwa von 1965 bis 1975 unmittelbar auf das Geburtenhoch der Nachkriegszeit. Er war davon geprägt, dass die zusammengefasste Geburtenziffer in sehr kurzer Zeit auf ein anhaltend niedriges Niveau sank. Dies ergab sich durch zwei parallel verlaufende Trends. Das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ihres ersten Kindes stieg an und es gab immer mehr Frauen, die lebenslang kinderlos blieben. Hierzu trugen einerseits moderne und sichere Verhütungsmittel bei und andererseits der gesellschaftliche Wandel, mit einem veränderten Rollenverständnis von Frauen. **Die Gründung einer Familie war nicht mehr selbstverständlich, sie wurde zu nur einer der sich bietenden Optionen.** Individualisierung und Unabhängigkeit traten vermehrt in den Fokus. Dadurch wurde auch Kinderlosigkeit zu einer der anerkannten möglichen Optionen bei der Gestaltung des eigenen Lebens (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 10ff; Schneider und Dobritz 2011, S. 28f; Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 7; Dobritz, Panova und Passet-Wittig 2015, S. 20f).

## 2.2 Entwicklung der Fertilität

Die absolute Zahl der geborenen Kinder ist zum Teil abhängig davon, wie viele potenzielle Mütter vorhanden sind. Besonders viele Frauen wurden in den Babyboomer-Jahren geboren, dementsprechend bildeten sie später eine große Generation potenzieller Mütter. Die von ihnen geborene Kindergeneration fiel daher, trotz gesunkener Geburtenrate, im Vergleich mit anderen Generationen recht groß aus. Das Gleiche zeichnet sich für die Enkelgeneration ab. Somit ergab sich ausgehend von der Babyboomer-Generation eine wiederkehrende Welle mit stärker besetzten Geburtenjahrgängen, die allerdings von Generation zu Generation schwächer ausfällt.

Zu den Frauen im gebärfähigen Alter werden in Deutschland alle Frauen von 15 bis 49 Jahren gezählt. Innerhalb dieser Zeitspanne der fruchtbaren Jahre werden allerdings die meisten Kinder von Frauen im Alter von 26 bis 35 Jahren geboren. Die Zahl der Frauen in dieser Altersgruppe hat sich laut den Daten des Statistischen Bundesamtes in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Nach der Wiedervereinigung wurde im Jahr 1995 der Höchststand von etwa 6,8 Millionen Frauen von 26 bis 35 Jahren erreicht. Bis zum Jahr 2011 ging diese Zahl um 2 Millionen auf knapp 4,8 Millionen Frauen dieser Altersgruppe zurück, was einem Rückgang um fast 30 % entspricht. Seitdem stieg die Zahl wieder etwas an, 2017

lebten knapp 5,2 Millionen 26- bis 35-jährige Frauen in Deutschland. Durch die über viele Jahre gering ausfallende zusammengefasste Geburtenziffer von 1,3 bis 1,4 Kindern je Frau **brachte jede Elterngeneration eine Kindergeneration hervor, die nur etwa zwei Drittel so groß war wie die eigene Generation**. Hierdurch sank auch die Anzahl der späteren potenziellen Mütter. Der Rückgang der Frauen von 15 bis 49 Jahren war ab dem Jahr 2006 besonders stark, als die ersten Jahrgänge der Babyboomer aus dem gebärfähigen Alter herausfielen und weniger große Jahrgänge in die Gruppe nachrückten (vgl. Grünheid und Sulak 2016, S. 6 und S. 27; Pöttsch 2012, S. 8f).

Da künftig weiterhin weniger stark besetzte Jahrgänge in das Alter der Familiengründung nachrücken, wird in Zukunft die absolute Zahl der potenziellen Mütter weiter sinken. Dies führt unweigerlich zu einem Geburtenrückgang in Deutschland, auch wenn es längere Zeit bei einer erhöhten Geburtenziffer von rund 1,5 bis 1,6 Kindern pro Frau bleiben sollte. Die Differenz zwischen Geburten und Sterbefällen wird voraussichtlich in Zukunft zunehmen, da zusätzlich die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer so alt sind, dass sie einer immer höheren Sterbewahrscheinlichkeit unterliegen (vgl. Slupina 2018, S. 20).

Die Entwicklung der Fertilität in Deutschland lässt sich anhand der zusammengefassten oder allgemeinen Geburtenziffer darstellen. Diese bezieht die Anzahl der Lebendgeborenen auf die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren. Die zusammengefasste Geburtenziffer ist somit von der Anzahl und der Altersstruktur der Frauen abhängig (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2019b).

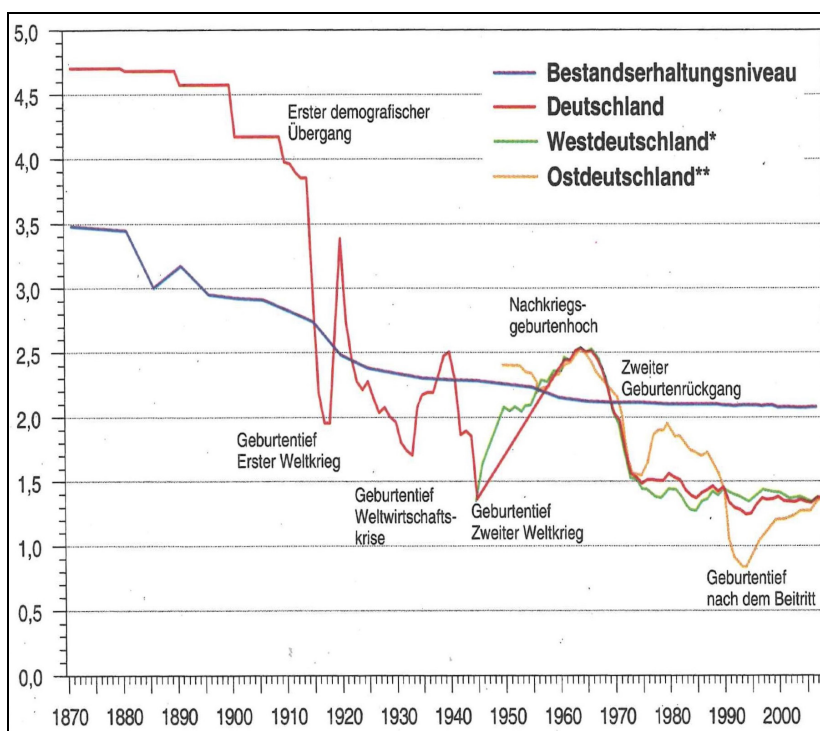


Abb. 1: Entwicklung der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau (zusammengefasste Geburtenziffer) in Deutschland (Quelle: Schneider und Dobritz 2011a, S. 29)

Diese Zahl der durchschnittlich je Frau geborenen Kinder lag im Jahr 1865 noch bei 4,7 und sank von da an mit einigen Schwankungen ab. Große negative Ereignisse, wie die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise verursachten ausgeprägte Geburtenstürze. Anfang des



20. Jahrhunderts und zwischen 1965 und 1974 sind die beiden demografischen Übergänge mit starken Rückgängen der Geburtenziffer erkennbar. Für die Bestandserhaltung auf dem selben Niveau der Elterngeneration wären 2,1 Kinder je Frau nötig, dieser Wert wurde zuletzt im Jahr 1969 überschritten. Seit den 1970er Jahren hat Deutschland im weltweiten Vergleich ein sehr niedriges Geburtenniveau. Die Kindergenerationen sind dadurch jeweils erheblich kleiner als die zugehörigen Elterngenerationen. **Der Tiefstand der zusammengefassten Geburtenziffer wurde im Jahr 1994 mit nur 1,2 Kindern je Frau erreicht.** Das schon viele Jahre auf einem niedrigen Stand liegende Geburtenniveau ist die wichtigste Ursache für ein wahrscheinliches Schrumpfen der Einwohnerzahl und für die Alterung der Bevölkerung (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 7ff; Schneider und Dorbitz 2011, S. 28; Fiedler, Grünheid und Sulak 2017, S. 2).

Seit dem Tiefstand von 1994 ist die zusammengefasste Geburtenziffer wieder etwas angestiegen. Die Daten des Statistischen Bundesamtes verzeichneten erstmals im Jahr 2012 wieder einen Wert, der die Grenze von 1,4 Kindern je Frau überschritt. Seit 2015 liegt die zusammengefasste Geburtenrate sogar bei mindestens 1,5 Kindern je Frau, im Jahr 2017 wurde ein Wert von 1,57 Kindern je Frau erreicht.

Für den leichten Anstieg der Geburtenziffer ab 1994 sind mehrere Gründe verantwortlich. Es gab durch die von den Babyboomern ausgelösten Wellen vergleichsweise viele Frauen im gebärfähigen Alter. Die Frauen aus den Jahrgängen 1955 bis 1965 waren Mitte der 1990er Jahre 30 bis 40 Jahre alt und brachten somit viele Kinder auf die Welt. Zugleich kamen durch Geburten junger Mütter ab dieser Zeit bereits die ersten Enkel der Babyboomer-Generation zur Welt. Zusätzlich kamen viele Frauen im gebärfähigen Alter aus dem Ausland hinzu. Hierunter waren auch Frauen aus Ländern, in denen kinderreichere Familien häufiger vorkommen.

Die zeitlichen Veränderungen der zusammengefassten Geburtenziffern in Europa lassen sich außerdem laut verschiedener Studien teilweise auf statistische Phänomene durch den Zeitpunkt von Geburten im Lebenslauf der Mütter zurückführen. Ein solcher Effekt kommt dann zustande, wenn sich das Alter ändert, in dem Frauen ihre Kinder bekommen. Dies erklärt das zuvor erfolgte Absinken der Geburtenrate, da die älteren Frauenjahrgänge ihre Kinder bereits bekommen hatten und zugleich jüngere Frauen ihre Geburten in spätere Lebensjahre verschoben. Es ergab sich hierdurch vorübergehend eine Lücke mit weniger großen Geburtenjahrgängen. Mittlerweile steigt aber das Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder nur noch langsam oder stagniert sogar. Dadurch ist teilweise auch der aktuell beobachtete Anstieg der Geburtenrate zu erklären, da hier zusätzlich die nachgeholt, zuvor aufgeschobenen, Geburten anfallen. Um diesen Tempoeffekt bereinigte Geburtenraten blieben in den Jahren von 1996 bis 2008 fast stabil. Auch das Rekordtief der Geburtenrate in Ostdeutschland nach der Wende von nur 0,8 Kindern je Frau ging überwiegend auf das nur vorläufige Aufschieben von Geburten zurück (vgl. Sobotka 2012, S. 3; Kreyenfeld und Luy 2012, S. 1f).

Eine aussagekräftigere Maßzahl als die zusammengefasste Geburtenziffer ist die Kohortenfertilität. Sie zeigt für die einzelnen Geburtsjahrgänge von Frauen an, wie viele Kinder diese Frauen im Durchschnitt bekommen haben, wenn ihre fertile Phase im Alter von mindestens 49 Jahren weitestgehend abgeschlossen ist. Auch bei der Kohortenfertilität ist in den Daten des Statistischen Bundesamtes zur endgültigen Kinderzahl je Frau aber ein kontinuierlicher

Rückgang festzustellen. Die meisten Geburten von 2,22 Kindern je Frau erreichten im 20. und 21. Jahrhundert die von 1932 bis 1934 geborenen Frauen. Die in den 1950er Jahre geborenen Frauen bekamen noch zwischen 1,72 und 1,66 Kinder. Für den Jahrgang der 1968 geborenen Frauen lag die Kohortenfertilität nur noch bei 1,49 Kindern je Frau. Die darauf folgenden Jahrgänge der 1969 bis 1973 geborenen Frauen, die 2018 im Alter zwischen 45 und unter 50 Jahren waren, weisen aber jeweils wieder leicht steigende endgültige Kinderzahlen auf. Für den Jahrgang der 1973 geborenen Frauen lag die bis dahin erreichte Kinderzahl im Jahr 2017 bereits bei 1,57 Kindern je Frau, wobei noch eine leichte Erhöhung durch weitere Geburten möglich ist.

Die beiden **Hauptgründe für den Rückgang der Geburten in Deutschland sind der Anstieg von Kinderlosigkeit und der Rückgang von Familien mit mehr als zwei Kindern.**

Die folgende Grafik des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung zeigt diese beiden Aspekte in Kombination auf. Dabei werden alle Frauen der einzelnen Geburtsjahrgänge abgebildet (jeweils 100 %) in einer Aufgliederung in kinderlose Frauen und Frauen mit ein, zwei oder drei und mehr Kindern. Während die Anteile von Frauen mit einem oder zwei Kindern recht stabil blieben, zeigen sich sinkende Anteile von Frauen mit mindestens drei Kindern und steigende Anteile von Frauen ohne Kinder. Die rote Linie zeigt zugleich die gesunkene Kohortenfertilität an, also die Zahl der durchschnittlich von Frauen des entsprechenden Geburtsjahrgangs geborenen Kinder.

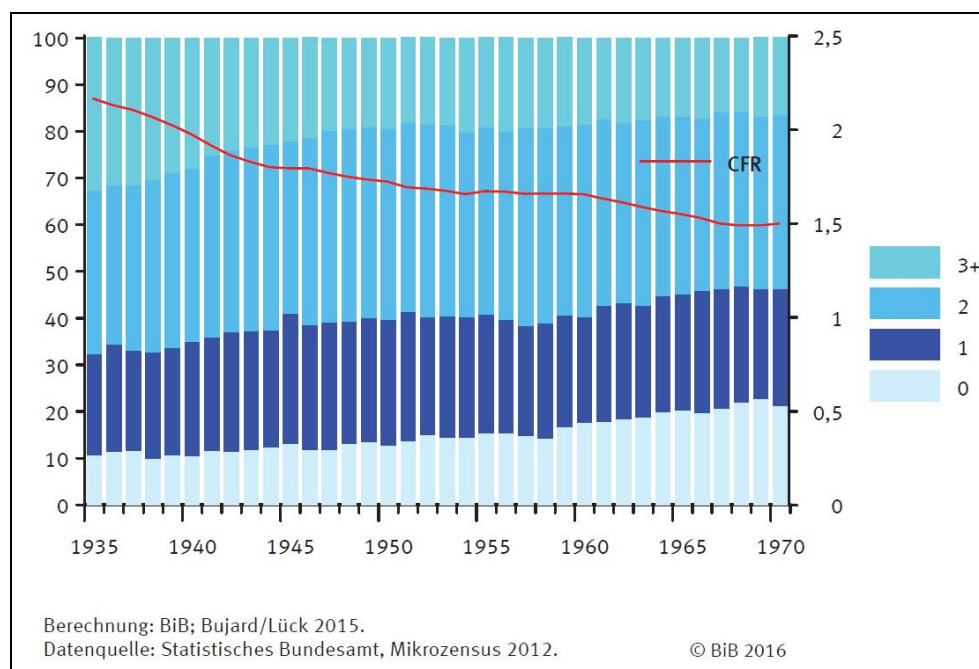


Abb. 2: Entwicklung der Kohortenfertilität und der Kinderzahl bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1935 bis 1970 (Quelle: Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 3)

Wesentlich für die Erhöhung der Kinderlosigkeit und für den Rückgang von Mehrkindfamilien ist das **Aufschieben von ersten und weiteren Geburten in spätere Lebensphasen.**

Geburten erfolgen in Deutschland und auch in anderen europäischen Ländern seit den 1970er Jahren immer später im Lebensverlauf der Mütter. 1975 lag das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt ihres Kindes in der BRD bei 26,7 Jahren. Im Jahr 2014 lag das Durchschnittsalter in Deutschland insgesamt bei 30,9 Jahren, wobei die Mütter mit 31,1 Jahren im Westen durchschnittlich etwas älter waren als im Osten mit 30,1 Jahren. Bis zum

Jahr 2017 hat sich das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder noch weiter erhöht auf 31,2 Jahre (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 15f; Grünheid und Sulak 2016, S. 27).

Zu den wichtigsten Gründen für das Aufschieben der ersten Geburt in spätere Lebensphasen zählen die gegenüber früheren Generationen verlängerten Zeiten der schulischen und beruflichen Ausbildung, die stärkere Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben und der erschwerte Übergang in eine längerfristig finanziell absichernde Berufstätigkeit. Die biologische Zeitspanne der fruchtbaren Jahre der Frauen hat sich hingegen kaum verändert. Je später die Geburt des ersten Kindes erfolgt, desto geringer ist die Chance auf die Geburt weiterer Kinder. Das Zeitfenster für die Familiengründung wird dadurch kleiner und teilt sich diesen kurzen Zeitraum zudem mit diversen anderen wichtigen Lebensereignissen in beruflicher und privater Hinsicht. Man spricht daher auch von der heute zu bewältigenden „Rushhour des Lebens“ (vgl. Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 7; Fiedler, Grünheid und Sulak 2017, S. 2).

Eine bewusste **Entscheidung für oder gegen ein erstes Kind oder weitere Kinder** wird durch die eigenen Lebensziele, die bestehenden Ressourcen und äußere Rahmenbedingungen bestimmt. Die entscheidenden Faktoren setzen sich laut Bujard und Lück (2015, S. 21) zusammen aus:

- Makro-Ebene: allgemeinen herrschende gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie Medizin, Ökonomie oder auch sozial geltende Normen.
- Meso-Ebene: das eigene soziale Umfeld (z.B. Familie und Freunde), das mit seinen Vorstellungen die Entscheidungen beeinflusst.
- Individuelle Ebene: eigene Vorstellungen zum Leben mit Kindern und die Überlegungen, ob ein Kinderwunsch unter den gegebenen Bedingungen realisierbar ist (finanzielle und zeitliche Ressourcen, genügend Unterstützung im privaten Umfeld, eigene gesundheitliche Voraussetzungen).

Voraussetzung für die Erfüllung eines bestehenden Kinderwunschs ist das Finden eines geeigneten Partners, beide Partner müssen zeugungsfähig beziehungsweise fruchtbar sein, und es müssen die passenden individuellen Bedingungen geschaffen werden. Dabei haben Kinder als Lebensziel große Konkurrenz durch andere Lebensziele wie Partnerschaft, Freizeit und Arbeit. Die Gründung einer Familie kann sich entweder auf diese Bereiche auswirken oder auch gar nicht mit anderen Zielen zu vereinbaren sein. Die Entscheidung für oder gegen Kinder ist dabei als Prozess zu verstehen. Auf individueller Ebene erfolgen im Lebensverlauf immer wieder neue Bewertungen der Ziele, Ressourcen und sonstigen Rahmenbedingungen, was für den jeweiligen Zeitpunkt zu einer Entscheidung für oder gegen die Familiengründung führt. Dadurch, dass sich die Entscheidung im Lebenslauf von zwei Personen zugleich abspielt, müssen die Überlegungen der Partner zudem abgestimmt werden und synchron zum gleichen Ergebnis kommen. Hierdurch kann es sein, dass das Lebensziel der Elternschaft immer weiter aufgeschoben wird, weil andere Lebensziele mehr im Fokus stehen. Letztendlich kann damit das Zeitfenster für die Familiengründung oder für mehrere Kinder verpasst werden. Die Entscheidung unterliegt verschiedenen Faktoren, die sich gegenseitig auch beeinflussen können. Die Zahl der ursprünglich gewünschten Kinder

stimmt selten überein mit der Zahl der tatsächlich geborenen Kinder (vgl. Bujard und Lück 2015, S. 20ff; Passet 2011, S. 7ff; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 37 und S. 47).

Die **schulische und berufliche Bildung von Frauen und die Zahl ihrer geborenen Kinder stehen in engem Zusammenhang miteinander**. Frauen bringen umso mehr Kinder zur Welt je niedriger ihr Bildungsabschluss ist. Insbesondere hochqualifizierte Frauen haben weniger Kinder. Dies ist bereits am Schulabschluss erkennbar. Für die von 1964 bis 1968 geborenen Frauen lag die durchschnittliche endgültige Kinderzahl von Frauen ohne Schulabschluss bei 2,06 Kindern. Erreichten sie einen Hauptschulabschluss, hatten sie im Schnitt 1,66 Kinder, bei einem Realschulabschluss waren es 1,48 Kinder und bei erreichter (Fach-) Hochschulreife nur noch 1,31 Kinder je Frau. Frauen ohne Schulabschluss hatten besonders häufig drei oder mehr Kinder, während bei den mittleren Bildungsabschlüssen die Zwei-Kind-Familie vorherrschte. Dies setzt sich auch bei den höchsten erreichten beruflichen Abschlüssen fort. Von den Altersjahrgängen der 1965 bis 1969 geborenen Frauen zeigten jene mit Hochschulabschluss eine besonders niedrige durchschnittliche Kinderzahl und eine besonders hohe Kinderlosigkeit (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 26f; Schneider und Dobritz 2011, S. 31).

Auch beim Mikrozensus 2016 waren diese Zusammenhänge in den Daten festzustellen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, S. 89). Von den 1967 bis 1971 geborenen Frauen, die 2016 im Alter zwischen 45 und 49 waren, hatten insgesamt 21,7 % keine Kinder. Die Akademikerinnen unter ihnen tendierten zu stärkerer Kinderlosigkeit, während höhere Kinderzahlen besonders häufig bei Frauen ohne beruflichen Abschluss vorkamen.

	Kinderlos	1 Kind	2 Kinder	ab 3 Kinder	mit Kindern ohne Angabe zur Anzahl
Insgesamt	20,5 %	23,9 %	35,1 %	14,8 %	5,7 %
Ohne beruflichen Abschluss	16,8 %	18,5 %	29,7 %	27,1 %	7,9 %
Lehr- oder Anlernausbildung	20,1 %	25,9 %	36,6 %	12,4 %	5,0 %
Meisterin, Technikerin, Fachschulabschluss	20,2 %	24,9 %	36,3 %	12,4 %	6,2 %
Bachelor, Master, Diplom, Promotion	25,4 %	21,8 %	34,6 %	12,6 %	5,6 %

Tab. 1: Mikrozensus 2016: Frauen der Geburtsjahrgänge 1967 bis 1971 nach Kinderzahl und beruflichem Ausbildungsabschluss in Deutschland (Daten: Statistisches Bundesamt 2017b S. 67f)

In der Vergangenheit hat sich die Qualifikationsstruktur von Frauen weitreichend verändert. **Immer mehr Frauen erreichten mittlere und höhere Bildungsabschlüsse**. Im Jahr 2008 hatten 22 % der Frauen zwischen 40 und 45 Jahren einen hohen Bildungsstand, bei den älteren Frauen von 70 bis 75 Jahren lag der Anteil hoch gebildeter nur bei 8 %. Ein niedriger Bildungsstand lag bei der älteren Altersgruppe noch zu 46 % vor, während die Frauen mittleren Alters diesen nur zu 15 % aufwiesen. Bis zum Jahr 2016 hatte sich laut den Ergebnissen des Mikrozensus der Anteil der hoch gebildeten Frauen in der Altersgruppe zwischen 40 und 45 Jahren noch weiter auf 26 % erhöht, während weiterhin nur etwa 15 % von ihnen einen niedrigen Bildungsstand hatten. Auch der Anteil der Akademikerinnen steigt seit vielen Jahren an, was im Hinblick auf die höhere Kinderlosigkeit unter Akademikerinnen deutliche Auswirkungen hat. Die 40- bis unter 45-jährigen Frauen waren im Jahr 2016 zu

21 % Akademikerinnen, während von den 70 bis unter 75 Jahre alten Frauen nur knapp 9 % einen akademischen Abschluss hatten (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 25 und S. 28 und Daten Statistisches Bundesamt 2017b).

Die Erwerbstätigkeit von Müttern hat offenbar durch eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf zwischen 2008 und 2016 deutlich zugenommen, was die Ergebnisse des Mikrozensus 2016 zeigen. Dies betrifft insbesondere Mütter von Kindern unter drei Jahren. Die Mütter von einjährigen Kindern waren 2008 nur zu 36 % erwerbstätig, im Jahr 2016 traf dies auf 44 % zu. Bei den Zweijährigen waren schon 58 % der Mütter im Jahr 2016 wieder erwerbstätig, 2008 betraf dies mit 46 % noch weniger als die Hälfte der Mütter (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, S. 28).

## **Kinderlosigkeit**

**Deutschland gehört zu den Ländern mit den höchsten Anteilen kinderloser Frauen in Europa.** Laut den zusammengefassten Ergebnissen der Mikrozensusen 2008, 2012 und 2016 hat sich bei den Frauenjahrgängen der 1938 bis 1967 Geborenen der Anteil der kinderlos gebliebenen Frauen nahezu verdoppelt. Die 1938 geborenen Frauen hatten nur zu 10,5 % keine Kinder. Vom Geburtsjahrgang 1960 blieben schon 17,5 % der Frauen kinderlos. Für die im Jahr 1967 geborenen Frauen lag der Anteil der Kinderlosigkeit bei 20,8 %. Für die Frauen der zusammengefassten Geburtsjahrgänge von 1967 bis 1971 gab der Mikrozensus 2016 einen ersten Hinweis auf ihre voraussichtliche endgültige Kinderlosigkeit. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren diese Frauen im Alter von 45 bis 49 Jahren und hatten bisher zu 20,4 % keine Kinder geboren. Es sind durch späte Erstgeburten zwar noch Änderungen möglich, allerdings dürften diese nur gering ausfallen. Die Daten der Frauen zwischen 35 und 44 Jahren können ebenfalls bereits einen Hinweis auf die künftige Entwicklung geben. Im Vergleich mit den Ergebnissen des Mikrozensus 2012 wies diese Altersgruppe im Jahr 2016 einen geringeren Anteil an Kinderlosen auf. Die Kinderlosenquote scheint sich also in den letzten Jahren zu stabilisieren (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, S. 14 und Tabellen- teil; Dobritz, Panova und Passet-Wittig 2015, S. 11).

Die Stabilisierung der Kinderlosenquote geht dabei vor allem auf das Einpendeln der Kinderlosigkeit der Akademikerinnen auf einem gleichbleibenden bis leicht sinkenden Niveau zurück. Dies wird als Zeichen dafür gesehen, dass möglicherweise der Höchststand für die Kinderlosigkeit insgesamt bald erreicht sein könnte. Die Ursache hierfür könnte der erfolgte Ausbau der Kinderbetreuung sein. In den letzten Jahren stieg die Kinderlosigkeit allerdings weiterhin im Osten Deutschlands, in den ländlicheren Regionen und bei weniger gebildeten Frauen an (vgl. Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 4).

**Kinderlosigkeit kann gewollt oder ungewollt sein.** Dabei sind auch wechselnde Ansichten zur möglichen Elternschaft in verschiedenen Lebensphasen möglich. Bei gewollt kinderlosen Frauen kann unterschieden werden in jene, die sich schon früh gegen ein Leben mit Kindern entscheiden und jene, bei denen sich dies erst später im Lebenslauf so ergeben hat. Viele der letztgenannten Frauen gehören zu den „Aufschieberinnen“, die zwar ursprünglich einen Kinderwunsch hatten, diesen aber immer weiter aufgeschoben haben. Oft steht dahinter der Wunsch, die Kinder unter optimale Bedingungen aufziehen zu wollen. Die Frauen zögern so den Entschluss für die Familiengründung immer weiter hinaus. Irgendwann fällt dann ver-



gleichsweise spät der Entschluss, doch keine Kinder mehr haben zu wollen, oder diese Frauen bleiben ungewollt kinderlos, da die biologischen Umstände eine Mutterschaft nicht mehr zulassen. Schon ab dem Alter von 35 Jahren steigt für Frauen das Risiko einer ungewollten Kinderlosigkeit durch den immer stärker werdenden Einfluss der biologischen Faktoren an. Allerdings kann auch bei guten biologischen Bedingungen eine ungewollte Kinderlosigkeit entstehen, etwa durch das Fehlen eines passenden Partners (vgl. Dobritz, Panova und Passet-Wittig 2015, S. 8 und S. 25ff).

Die vorherrschenden **gesellschaftlichen Leitbilder der Elternschaft haben an der Kinderlosigkeit einen großen Anteil**. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird noch immer durch das vorhandene Leitbild, eine gute Mutter sein zu müssen und sich dafür intensiv um das Kind zu kümmern zu wollen, negativ beeinflusst. Im Vergleich mit Eltern zeigen Kinderlose Unterschiede im Verlauf ihrer Biografie: sie ziehen oft später zuhause aus, schließen später ihre Berufsausbildung ab und haben oft einen schwierigeren Start in die ersten Berufsjahre. Sie sind auch weniger religiös und zudem stärker auf die Gleichberechtigung von Frau und Mann ausgerichtet als Eltern. Außerdem hatten viele Kinderlose erst spät eine ernsthafte Partnerschaft, lebten in nichtehelichen Partnerschaften zusammen und heirateten erst später. Eine Kinderlosigkeit wird wahrscheinlicher, wenn eine Partnerschaft zerbricht, nachdem der Berufseinstieg erfolgt ist und wenn häufiger der Wohnort gewechselt wird. Eigene biografische Erfahrungen wie ein Aufwachsen ohne Geschwister oder fehlende Elternliebe tragen außerdem dazu bei (vgl. Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 5; Bujard und Lück 2015, S. 31f).

Dobritz, Panova und Passet-Wittig (2015, S. 27) definieren fünf typische Biographien von endgültig kinderlosen Menschen:

- Frühe Entscheidung gegen eigene Kinder, autonomer Lebensstil, in dem für Kinder kein Platz ist.
- Lange Verweildauer im Bildungssystem, anschließend unsichere Beschäftigungsverhältnisse, was zum immer weiteren Aufschieben des Kinderwunsches führt.
- Negative Partnerschaftserfahrungen führen zum Aufschieben des Kinderwunsches, es wird kein geeigneter Partner gefunden, solange die Elternschaft biologisch möglich wäre.
- Es werden zu hohe Anforderungen an das Elternsein gesehen, es besteht Angst davor, den gesellschaftlichen Erwartungen an Erziehung und Kinderbetreuung nicht gerecht zu werden.
- Karriereorientierte Personen, Kinder werden als negativ für das berufliche Vorankommen und die Partnerschaft angenommen.

Einen besonders engen Zusammenhang gibt es zwischen der gestiegenen Kinderlosigkeit und der gegenüber früheren Generationen höheren Bildung von Frauen. Schon bei den in den 1940er Jahren geborenen Frauenjahrgängen **zeigte sich eine höhere Kinderlosigkeit von Frauen mit akademischem Abschluss** gegenüber den Frauen mit anderen Bildungsabschlüssen. In den folgenden Jahrzehnten stieg die Kinderlosenquote der Akademikerinnen weiter an und pendelte sich ab den Mitte der 1960er Jahre geborenen Frauen auf einem Niveau von 26 % bis 28 % ein. Für die Frauen der 1970er Jahrgänge wird ein sinkender

Anteil kinderloser Akademikerinnen vermutet. Beim Mikrozensus 2012 lag die endgültige Kinderlosenquote der 45- bis 49-Jährigen Akademikerinnen für Deutschland insgesamt bei 27 %. Die Ergebnisse aus dem Jahr 2016 zeigen eine leicht gesunkene Kinderlosenquote bei Akademikerinnen dieser Altersgruppe von 26 %. Auch bei den nachfolgenden jüngeren Altersgruppen sanken die Anteile der Kinderlosen gegenüber den Ergebnissen aus dem Jahr 2012. Sie lagen 2016 bei den zusammengefassten Altersgruppen zwischen 30 und 45 Jahren jeweils um 3 % geringer als bei den im Jahr 2012 Befragten (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, S. 16ff).

Die Opportunitätskosten sind bei der Entscheidung für das erste Kind besonders hoch. Frauen verzichten durch die Entscheidung für ein Kind auf Einkommen und schieben möglicherweise ihre Karriere und die Selbstverwirklichung damit auf. Dies ist insbesondere bei Akademikerinnen ein wichtiger Grund für Kinderlosigkeit. In eine bessere Bildung flossen bereits höhere Investitionskosten, zugleich fällt meist der Einkommensverlust höher aus als bei geringer gebildeten Frauen. Außerdem nimmt bei den Akademikerinnen die Ausbildung mehr Lebenszeit in Anspruch, sodass Geburten in spätere Lebensjahre aufgeschoben werden (vgl. Dobritz, Panova und Passet-Wittig 2015, S. 14 und S. 35; Bujard und Lück 2015, S. 40).

Die eigene Berufstätigkeit hat für Frauen einen großen Einfluss auf die Kinderlosigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, kinderlos zu bleiben, wird höher, je später der Einstieg in die Berufstätigkeit erfolgt ist und je später eine unbefristete Stelle erreicht wird. Wenn die eigene Erwerbstätigkeit unsicher ist, reagieren Frauen je nach Bildungsstand darauf unterschiedlich. **Hochgebildete Frauen schieben bei beruflicher Unsicherheit die Familiengründung eher auf**, und Frauen mit geringerer Bildung neigen in diesem Fall eher dazu, eine Familie zu gründen. Wenn die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nur schwer zu erreichen ist, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit der Kinderlosigkeit (vgl. Bujard und Lück 2015, S. 31; Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 5).

Wenn in einer Partnerschaft lebende Frauen in Vollzeit erwerbstätig sind, sind sie besonders häufig kinderlos. Dies ergaben die Daten des Mikrozensus 2008. Jede dritte (33,8 %) in Vollzeit arbeitende Frau mit ebenfalls erwerbstätigem Partner hatte keine Kinder. Bei Teilzeitbeschäftigung oder Nichtbeschäftigung des Mannes und in Vollzeit beschäftigter Frau waren die Anteile der Kinderlosen mit 22,9 % bzw. 24,8 % schon geringer. Die das tradierte Familienbild bedienende Aufteilung zwischen Vollzeit arbeitendem Mann und nicht arbeitender oder in Teilzeit beschäftigter Frau hatte den geringsten Anteil Kinderloser von nur 5,3 % bzw. 5,6 % (vgl. Dobritz 2011a, S. 3).

Die Kinderlosigkeit von 45- bis 54-Jährigen erwerbstätigen Frauen zeigte bei den Ergebnissen des Mikrozensus 2016 deutliche Unterschiede zwischen den ausgeübten Berufsfeldern. Die Anforderungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf könnten hierfür eine der wichtigsten Ursachen sein. Die Kinderlosenquote war in den männlich dominierten Berufsfeldern, wie z.B. Naturwissenschaften und Informatik, besonders hoch, während sie in kaufmännischen und sozialen Berufen deutlich niedriger lag (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, S. 20).

Die Entwicklung der Kinderlosigkeit weist in Hessen sehr ähnliche Merkmale auf, wie in Deutschland insgesamt. Der Mikrozensus für das Jahr 2016 zeigte **für die in Hessen lebenden Frauen zwischen 45 und 76 Jahren einen Kinderlosenanteil von 18,2 %** an. In Deutschland insgesamt lag die endgültige Kinderlosigkeit für diese zusammengefassten Kohorten mit 16,8 % etwas niedriger. Auch in Hessen fielen Unterschiede in der Kinderlosigkeit verschiedener Altersgruppen auf. Von den 1941 bis 1946 geborenen Frauen hatten nur 12,9 % keine Kinder geboren. Bei den Jahrgängen von 1962 bis 1966 waren es hingegen 22,2 %. Die beiden jüngeren Altersgruppen von 1967 bis 1971 und von 1972 bis 1976, für die noch weitere Kinder zu erwarten sind, erreichten ähnlich hohe Kinderlosenanteile von 21,8 % und 22,1 %, sodass von einer Stagnation des Anteils auf diesem Niveau ausgegangen werden kann. Auch die festgestellten Zusammenhänge zwischen Kinderlosigkeit und dem Bildungsniveau trafen in Hessen ebenso zu wie in Deutschland insgesamt (vgl. Wolf 2018, S. 5ff; Statistisches Bundesamt 2017b Tabellenteil).

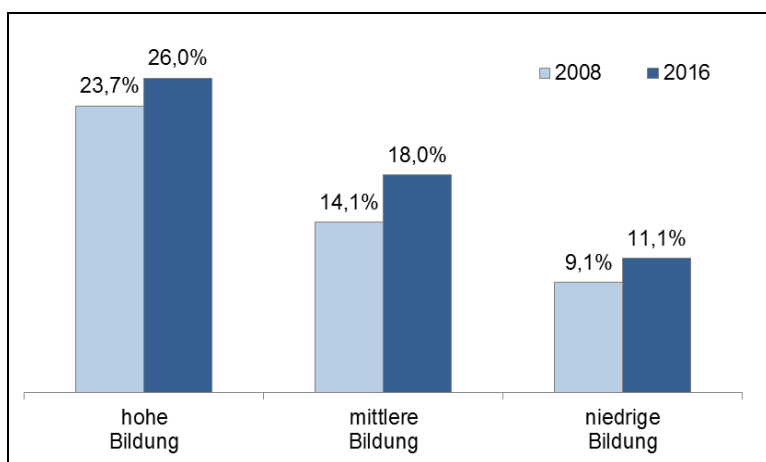


Abb. 3: Anteile der endgültig kinderlosen Frauen der Jahrgänge 1941 bis 1971 in Hessen nach ihrem Bildungsstand (nach Wolf 2018, S. 9)

### **Sinkende Zahl von Mehrkindfamilien**

Ab mindestens drei Kindern spricht man in Deutschland von Mehrkindfamilien oder von kinderreichen Familien. Seit Ende des 19. Jahrhunderts ist in Deutschland ebenso wie im restlichen Europa und in Nordamerika **ein Rückgang der Anzahl von Familien mit vielen Kindern zu beobachten**. Besonders stark war dieser Rückgang allerdings in den letzten Jahrzehnten ausgeprägt, vor allem in Westdeutschland in den 1980er Jahren. Im Gebiet der alten Bundesländer waren 1957 noch 20 % aller Familien kinderreich, bis 1980 ging der Anteil auf 19 % zurück, aber im Jahr 1989 lag der Anteil der kinderreichen Familien nur noch bei 14 %. Die 1937 geborenen Frauen bekamen noch zu 31,4 % mindestens drei Kinder, bei den 1965 geborenen Frauen lag dieser Anteil nur noch bei 16,6 % (vgl. Lück, Scharein, Lux, Dreschmitt und Dobritz 2015, S. 9f).

Der Rückgang von Familien mit mindestens drei Kindern verursachte etwa zwei Drittel des gesamten Geburtenrückgangs. Zu Beginn der rückläufigen Geburtenziffern war er fast alleine für sinkende Geburtenzahlen verantwortlich, erst später wurde der Faktor der Kinderlosigkeit immer bedeutender (vgl. Bujard und Lück 2015, S. 41).

In Hessen bilden sich die gleichen Trends ab, wie in Deutschland insgesamt. Die Ergebnisse des Mikrozensus 2016 zeigten, dass früher ein größerer Anteil der Mütter drei oder mehr



Kinder geboren hat als heute. Von den 1941 bis 1946 geborenen Müttern hatten noch 25,1 % mindestens drei Kinder, bei den 1967 bis 1971 geborenen waren es mit nur noch 18,9 % deutlich weniger. Zugleich stieg der Anteil der Mütter mit nur einem Kind von 26,9 % bei den 1941 bis 1946 geborenen Frauen auf 31,3 % bei den 1967 bis 1971 geborenen Frauen an (vgl. Wolf 2018, S. 5ff).

Für die **Entscheidung zu einer Mehrkindfamilie sind insbesondere kulturelle Normen verantwortlich**. In Deutschland ist die Norm der Familie mit zwei Kindern weit verbreitet. Damit verbunden ist die soziale Anerkennung der Geburt eines ersten oder des zweiten Kindes groß und sinkt mit jeder weiteren Geburt ab. Der heute für die Entscheidung zu Kindern verantwortliche psychologische „Nutzen“, eigene Kinder zu haben, wird bereits mit den ersten beiden Kindern erreicht. Ein drittes oder weiteres Kind macht Eltern darüber hinaus nicht glücklicher, weitere Kinder bringen keine weiteren Vorteile mit sich (vgl. Bujard und Lück 2015, S. 40f; Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 7).

Für eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Paares, mindestens drei Kinder zu bekommen müssen außerdem **bestimmte biografische Ereignisse im Lebenslauf von Eltern möglichst früh und dicht aufeinander folgen**. Hierzu gehören vor allem die frühe Geburt des ersten Kindes und geringe Abstände zwischen den einzelnen Geburten. Das begrenzte „biografische Zeitfenster“ muss für das Erreichen einer kinderreichen Familie entsprechend gut genutzt werden. Dies erfordert über den ganzen Zeitraum günstige bestehende Rahmenbedingungen. Kinderreiche Familien sind daher entweder meist schon frühzeitig geplant und es wird schon früh mit der Umsetzung dieses Wunsches begonnen, oder sie entstehen gänzlich ungeplant (vgl. Lück, Scharein, Lux, Dreschmitt und Dobritz 2015, S. 19ff).

Begünstigend auf die Entstehung einer kinderreichen Familie wirken sich vor allem folgende Aspekte aus (vgl. Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 6):

- Schon in jungen Jahren vorliegender Kinderwunsch.
- Früher Auszug Zuhause und schnelles Finden eines geeigneten Partners, in der Folge frühe Geburt des ersten und des zweiten Kindes.
- Traditionelle Familienbilder mit einem Rollenverständnis von der Frau als Mutter und dem Mann als Ernährer der Familie.
- Hohe Religiosität.
- Wenn die ersten beiden Kinder das selbe Geschlecht haben, neigen Eltern eher dazu noch ein drittes Kind zu bekommen als wenn sie bereits ein Mädchen und einen Jungen haben.
- Als sehr stabil eingeschätzte Partnerschaft.
- Neue ernsthafte Partnerschaften nach dem Scheitern einer vorhergehenden Partnerschaft, aus der bereits Kinder hervorgingen. Zusätzlich zu den bereits vorhandenen Kindern wird ein weiteres Kind mit der neuen Partnerin oder dem neuen Partner gewünscht.
- Durch die eigene Herkunftsfamilie bestimmte Lebenseinstellungen: wer viele Geschwister hatte, neigt eher dazu selbst viele Kinder zu bekommen.

Negative Auswirkungen auf das Entstehen einer Mehrkindfamilie hat hingegen insbesondere das Aufschieben der ersten und/oder zweiten Geburt in ein höheres Lebensalter, bis die biologische Grenze Kinderreichtum verhindert (vgl. Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 6)

Zu den die Entscheidung beeinflussenden Rahmenbedingungen gehört auch die **finanzielle Ausstattung von Familien**. Viele Eltern wollen heute eine besonders hohe Lebensqualität für ihre Kinder erreichen. Dadurch sind auch die finanziellen Investitionen höher, was dazu führt, dass nur wenige Kinder pro Familie so gut wie erwünscht unterstützt werden können. Das Nettoeinkommen der Haushalte nimmt mit steigender Kinderzahl kaum zu. Jedes weitere Kind verringert somit die pro Kopf zur Verfügung stehenden Ressourcen. Mütter in kinderreichen Familien sind zudem seltener erwerbstätig, was zu einer schlechten ökonomischen Lage führen kann (vgl. Lück, Panova, Naderi und Bujard 2016, S. 7; Lück, Scharein, Lux, Dreschmitt und Dobritz 2015, S. 14f).

Einige Faktoren tragen allerdings dazu bei, dass Familien mit mindestens drei Kindern steigende Ausgaben haben. Die meisten Wohnungen in Deutschland haben nur ein bis zwei Kinderzimmer. Daher wird ab dem dritten Kind oft der kostspielige Umzug in ein eigenes Haus notwendig. Auch bei der Mobilität gibt es Einschränkungen, da bei kostengünstigeren Kleinwagen in der Regel nur zwei Kindersitze auf die Rückbank passen. Größere Familienautos sind wesentlich teurer. Der Übergang vom zweiten zum dritten Kind wird damit für Familien erheblich teurer als der Übergang vom ersten zum zweiten Kind, was die Entscheidung zu einem dritten Kind negativ beeinflussen kann (vgl. Bujard und Lück 2015, S. 35ff).

### **Migrationshintergrund und Fertilität**

Auch der Migrationshintergrund ist mit dafür verantwortlich, wie viele Kinder eine Frau im Lauf ihres Lebens bekommt. **Frauen ohne Migrationshintergrund haben häufiger keine Kinder oder nur ein Kind** und erheblich seltener drei oder mehr Kinder als Frauen mit Migrationshintergrund.

Im Jahr 1991 lag die Geburtenziffer in Deutschland lebender nichtdeutscher Frauen noch bei über zwei Kindern. Bis zum Jahr 2009 war sie auf nur noch 1,57 Kinder abgesunken und hatte sich damit der Geburtenziffer deutscher Frauen weitgehend angeglichen. Anschließend stieg die Geburtenziffer der ausländischen Frauen wieder an und lag im Jahr 2015 wieder fast bei zwei Kindern. Allerdings könnten für die vorherige Annäherung der Geburtenziffern deutscher und nichtdeutscher Frauen zum Teil auch statistische Fehler verantwortlich sein. Durch den Zensus 2011 wurde die Zahl der nichtdeutschen Bevölkerung in Deutschland erheblich nach unten korrigiert. Demzufolge wurde in den Jahren zuvor die Rate der Geburten bei ausländischen Frauen an einer insgesamt zu hoch eingeschätzten weiblichen ausländischen Bevölkerung gemessen (vgl. Slupina 2018, S. 18).

Bei der endgültigen Kohortenfertilität in den Daten des Mikrozensus 2016 für die zwischen 1962 und 1971 geborenen Frauen im Alter von 45 bis 54 Jahren gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Innerhalb aller Gruppen ist allerdings der starke Einfluss des Bildungsniveaus auf die endgültige Kinderzahl zu erkennen, wie die folgende Tabelle zeigt. Die wenigsten Kinder je Frau hatten in dieser Altersgruppe die hoch gebildeten in Deutschland geborenen ausländischen und deutschen

Frauen mit durchschnittlich 1,2 und 1,4 Kindern. Die höchste durchschnittliche Kinderquote erreichten hingegen im Ausland geborene Deutsche und Ausländerinnen mit niedriger Bildung mit 2,4 Kindern je Frau.

Bildungsstand	Deutsche in Deutschland geboren	Deutsche im Ausland geboren	Ausländerinnen in Deutschland geboren	Ausländerinnen im Ausland geboren
Insgesamt	1,5	1,9	1,7	2,0
Hoch	1,4	1,6	1,2	1,5
Mittel	1,5	1,8	1,6	1,8
Niedrig	1,6	2,4	2,1	2,4

Tab. 2: Durchschnittliche Kinderzahl der 1962 bis 1971 geborenen Frauen nach Geburtsland, Staatsangehörigkeit und Bildungsabschluss, Ergebnisse des Mikrozensus 2016 (nach: Statistisches Bundesamt 2017b, S. 89)

Der Mikrozensus 2008 zeigte auch für die Kinderlosigkeit deutliche Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund auf. **Frauen mit Migrationshintergrund waren seltener kinderlos** als Frauen ohne Migrationshintergrund. Für die Frauen der Jahrgänge 1965 bis 1969, die damals 39 bis 43 Jahre alt waren, wurde für Deutsche ohne Migrationshintergrund eine Kinderlosigkeit von 24,6 % festgestellt, für Frauen mit Migrationshintergrund lag die Kinderlosigkeit nur bei 13,9 %. Hierbei fiel die besonders geringe Kinderlosigkeit der türkischstämmigen Frauen dieser Alterskohorte auf, die nur zu 6,1 % keine Kinder geboren hatten. Bei diesen Jahrgängen waren allerdings noch weitere Geburten in den folgenden Lebensjahren zu erwarten. Bei den von 1960 bis 1964 geborenen Frauen, die 44 bis 48 Jahre alt waren, war die fertile Phase hingegen weitestgehend abgeschlossen. Hier lag der Anteil der Kinderlosigkeit bei den Frauen ohne Migrationshintergrund bei 20,4 % und bei den Frauen mit Migrationshintergrund bei 12,6 %. Bei den Frauen mit Migrationshintergrund zeigen sich im Hinblick auf die Kinderlosigkeit deutliche Unterschiede durch die im jeweiligen Herkunftsland bestehenden Leitbilder zu Familie und Lebensformen. Der Grad der Integration in Deutschland wirkt verstärkend auf die Angleichung an die in Deutschland wirkenden Fertilitätsmuster (vgl. Dobritz 2011b, S. 8f; Dobritz 2011a, S. 4).

	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4 und mehr Kinder	ohne Angabe
Mütter ohne Migrationserfahrung	32 %	43 %	14 %	6 %	4 %
Mütter mit Migrationserfahrung	27 %	39 %	17 %	11 %	6 %
Mütter insgesamt	31 %	42 %	15 %	7 %	4 %

Tab. 3: Mütter der Jahrgänge 1933 bis 1992 (16- bis 75-Jährige) nach Migrationserfahrung und Zahl der Kinder, Ergebnisse des Mikrozensus 2008 (nach: Statistisches Bundesamt 2009, S. 23)

Wenn Frauen in ihrem Lebensverlauf Mutter geworden sind, ist die Zahl der geborenen Kinder unterschiedlich hoch, je nachdem ob die Frauen einen Migrationshintergrund haben oder nicht. Im Ausland geborene Mütter hatten laut Ergebnissen des Mikrozensus 2008 seltener nur ein Kind aber häufiger drei und mehr Kinder als Mütter ohne Migrationshintergrund. Den Müttern mit und ohne Migrationshintergrund ist dabei aber gemeinsam, dass die jüngeren Frauenjahrgänge immer seltener vier und mehr Kinder bekommen als vorhergehende Müttergenerationen. Von den 65 bis 75 Jahre alten Frauen mit Migrationshintergrund hatten noch 21 % vier oder mehr Kinder geboren. Bei den 55 bis 64 Jahre alten

Frauen mit Migrationshintergrund lag dieser Anteil mit 15 % schon deutlich niedriger und bei den 45- bis 54-Jährigen waren es nur noch 11 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 23f).

## 2.3 Entwicklung der Mortalität

### Lebenserwartung und Sterbealter

Die absolute Zahl der Sterbefälle in Deutschland ist abhängig von der Altersstruktur, also davon, wie groß einzelne Geburtsjahrgänge sind, die ein Alter mit hoher Sterbewahrscheinlichkeit erreicht haben. Um die Sterblichkeit im Verlauf der Zeit oder auch räumlich zu vergleichen, wird daher eher die Lebenserwartung der Menschen herangezogen.

In Deutschland hat sich seit der Industrialisierung die Sterberate der Menschen deutlich reduziert. Die verringerte Sterberate setzt sich dabei aus zwei Aspekten zusammen: der Verringerung der Säuglingssterblichkeit und der Erhöhung der weiteren Lebenszeit älterer Menschen.

Zunächst **verringerten sich vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Müttersterblichkeit und die Säuglingssterblichkeit**. Von Säuglingssterblichkeit spricht man, wenn Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres versterben. Noch im Jahr 1870 starb jedes vierte Kind vor seinem ersten Geburtstag. Bis etwa 1920 war es noch etwa jedes achte Kind und nach dem zweiten Weltkrieg starben etwa 10 % der Kinder im ersten Lebensjahr. Die Säuglingssterblichkeit sank bis auf den seit einigen Jahren bestehenden historischen Tiefstand von 3,2 bis 3,3 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen, also 0,3 %. Von allen im Jahr 2015 gestorbenen Säuglingen verstarben 56 % bereits innerhalb der ersten Lebenswoche. Darunter waren vor allem Kinder, deren Tod schon innerhalb der ersten 24 Stunden eintrat (39 %). Rund 15 % verstarben nach der ersten Lebenswoche bis zum 28. Lebenstag und 29 % zwischen dem 28. Lebenstag und dem ersten Geburtstag. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten vollzog sich vor allem bei der Sterblichkeit im Alter zwischen 28 Tagen und einem Jahr. Die Sterblichkeit innerhalb der ersten 28 Tage ging währenddessen deutlich weniger zurück (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2019a; Gaber und Wildner 2011, S. 23ff; Grünheid und Sulak 2016, S. 35; Statistisches Bundesamt 2017a, S. 38).

Durch den Rückgang der Sterblichkeit stieg die Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland an. Der Indikator der Lebenserwartung stellt dar, wie viele Lebensjahre eine ausgewählte Altersgruppe in Zukunft statistisch betrachtet noch zu erwarten hat. Hierbei werden insbesondere die Lebenserwartung von Neugeborenen und teilweise zusätzlich die fernere Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren betrachtet. Die Lebenserwartung ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheit der Bevölkerung, der Rückschlüsse auf die Entwicklung der Lebensverhältnisse zulässt (vgl. Gaber und Wildner 2011, S. 7f).

Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland hat sich seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert erheblich verbessert, wie die Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen. **Für die 1871 bis 1881 geborenen Männer lag die durchschnittliche Lebenserwartung nur bei 35,6 Jahren**, bei den Frauen war sie mit 38,5 Jahren etwas höher. Die im Zeitraum von 1901 bis 1910 Geborenen hatten bereits eine gesteigerte Lebenserwartung von 44,8 Jahren bei Männern und 48,3 Jahren bei Frauen. Anfang der 1930er Jahre war die Lebenserwar-

tung der Neugeborenen schon auf 59,9 Jahren bei den Männern und 62,8 Jahren bei den Frauen gestiegen. Etwa innerhalb eines halben Jahrhunderts hat sich damit die Lebenserwartung rasant erhöht, bei beiden Geschlechtern lag zwischen den durchschnittlich zu erwartenden Lebensjahren für die Geborenen von 1871/1881 und 1932/1934 ein Unterschied von 24,3 Jahren. Wie in der Grafik zu sehen ist, stieg die Lebenserwartung beider Geschlechter bis heute weiter an, wobei der Abstand zwischen Männern und Frauen sich nur wenig veränderte. Für in den Jahren 2015 bis 2017 Geborene wurden Höchstwerte der durchschnittlichen Lebenserwartung von 78,4 Jahren bei den Männern und 83,2 Jahren bei den Frauen erreicht.

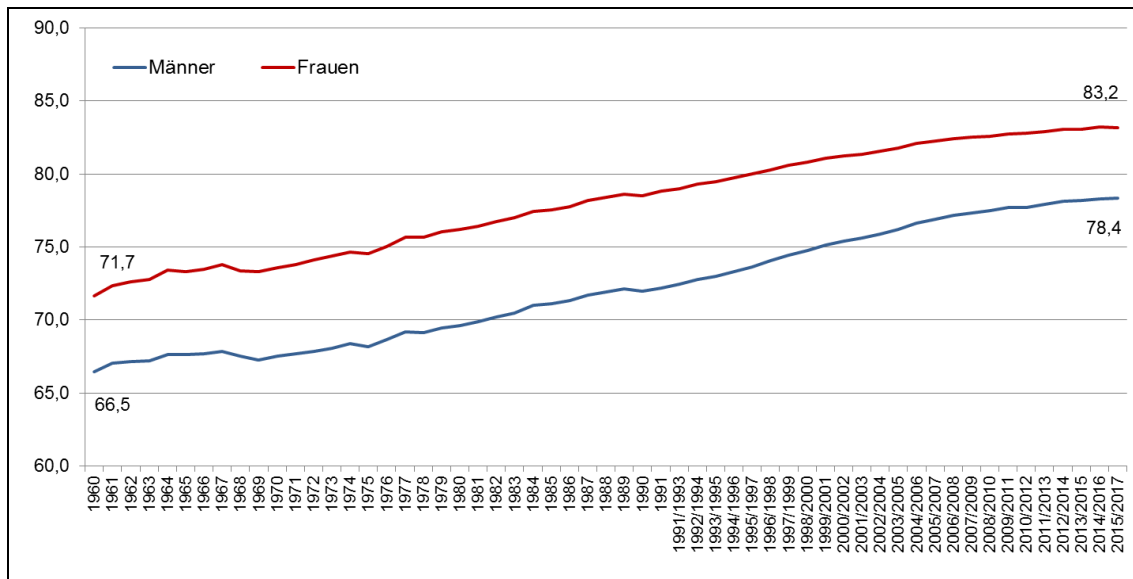


Abb. 4: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland von 1960 bis 2015/2017 (Daten: Statistisches Bundesamt)

Die **historischen Rückgänge der Sterblichkeit lassen sich immer auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückführen**, die zu verbesserten technischen oder medizinischen Maßnahmen führten, wie etwa die Trinkwasseraufbereitung und Abwasserentsorgung oder die Bekämpfung von Krankheiten durch Impfungen und Antibiotika. Da Menschen vor allem in den ersten Lebensjahren besonders leicht an Infektionen sterben, haben sich diese Verbesserungen zunächst positiv auf die Kindersterblichkeit ausgewirkt. Im 20. Jahrhundert reduzierte sich allmählich auch die Sterblichkeit von Erwachsenen, insbesondere durch verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen. Seit den 1960er Jahren haben neue Therapiemethoden und Aufklärung über die Risiken für Herz-Kreislauferkrankungen dazu geführt, dass die Lebenserwartung in Deutschland sich weiter erhöht hat (vgl. Sütterlin 2017, S. 4).

Besonders deutlich werden die Veränderungen der Sterblichkeit bei der Betrachtung der Altersstruktur der verstorbenen Menschen im Zeitvergleich. Noch **Anfang des 20. Jahrhunderts war mehr als jede dritte in Deutschland gestorbene Person ein Säugling** im Alter von unter einem Jahr. Auch die Sterblichkeit der Kinder im Alter von ein bis zehn Jahren lag noch sehr hoch. Zusammen mit den Säuglingen waren damals mehr als die Hälfte aller Todesfälle Kinder unter zehn Jahren. Schon ein halbes Jahrhundert später hatte sich die Situation stark verändert, in den 1950er Jahren waren schon fast 70 % der gestorbenen Menschen mindestens 60 Jahre alt. Inzwischen haben sich die Todesfälle noch weiter in höhere Lebensalter verschoben, mehr als die Hälfte der im Jahr 2017 in Deutschland

verstorbenen Personen war mindestens 80 Jahre alt (vgl. Fiedler, Grünheid und Sulak 2017, S. 3).

	1901	1952	2017
0 bis unter 1 Jahr	35,8 %	7,4 %	0,3 %
1 bis unter 10 Jahre	13,3 %	1,4 %	0,1 %
10 bis unter 40 Jahre	12,3 %	5,3 %	1,2 %
40 bis unter 60 Jahre	12,9 %	17,6 %	8,0 %
60 bis unter 80 Jahre	20,8 %	51,0 %	34,9 %
ab 80 Jahre	4,9 %	17,2 %	55,5 %

Tab. 4: Entwicklung der Altersstruktur der Verstorbenen in Deutschland (aktualisiert nach Fiedler, Grünheid und Sulak 2017, S. 3; Daten 2017: Statistisches Bundesamt)

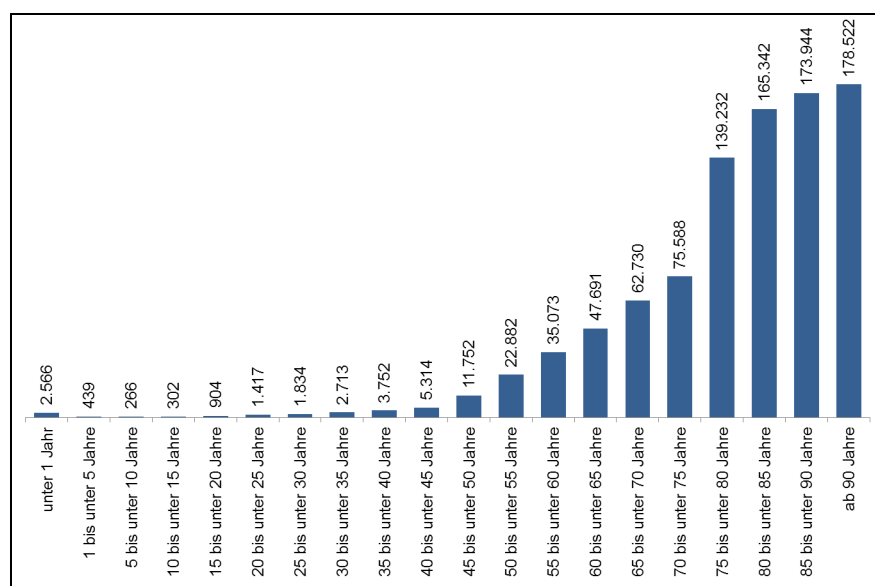


Abb. 5: Im Jahr 2017 in Deutschland verstorbene Personen nach Alter (Daten: Statistisches Bundesamt)

Eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung ist fast nur über die Senkung der Sterblichkeit älterer Menschen erreichbar, da die Sterblichkeit von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen bereits auf einem sehr geringen Niveau liegt. Zudem würde sich eine Erhöhung der Lebenserwartung von Bevölkerungsgruppen mit mittlerem und niedrigem sozialen Status positiv auf die gesamte Lebenserwartung in Deutschland auswirken. Bislang sterben Menschen aus diesen gesellschaftlichen Schichten, vor allem durch ein geringeres Gesundheitsbewusstsein, etwas früher als Menschen mit höherem sozioökonomischem Status (vgl. Slupina 2018, S. 22).

Darüber, wie alt ein einzelner Mensch unter optimalen Bedingungen biologisch werden könnte, wird in der Wissenschaft viel diskutiert. Die **längste tatsächlich dokumentierte Lebensdauer lag bisher bei 122 Jahren** und 164 Tagen, die von einer 1997 verstorbenen Französin erreicht wurden. Es gab zwar schon immer einzelne Personen, die außergewöhnlich alt wurden, aber seit Mitte des 20. Jahrhunderts hat sich mit jedem Jahrzehnt die Zahl der ab 100-Jährigen in den Industrieländern verdoppelt. Eine bestehende Prognose schätzt, dass in manchen Industrieländern von den im Jahr 2000 geborenen Kindern mehr als die Hälfte das Jahr 2100 erleben werden. Es gibt Theorien, die davon ausgehen, dass einzelne Menschen bis zu 150 Jahre alt werden könnten, andere gehen von einer Grenze bei maxi-



mal 130 Jahren aus. Zur Verlängerung des Lebens wird vor allem daran geforscht, wie die Zellalterung verlangsamt werden kann. Es ist allerdings eher unwahrscheinlich, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung irgendwann an die möglichen erreichbaren Maximalwerte annähern kann. Dazu müssten zunächst alle anderen Faktoren, die zu unterschiedlicher Lebenserwartung für verschiedene sozioökonomische Gruppen führen, minimiert werden. Dem steht die erkennbare Tendenz zu sich vergrößernden Abständen zwischen Arm und Reich entgegen (vgl. Sütterlin 2017, S. 31ff).

## **Todesursachen**

Vor der Industrialisierung waren die häufigsten Todesursachen Seuchen, Hunger, chronische Mangelernährung, Naturkatastrophen und Kriege. Noch Anfang des 20. Jahrhunderts waren insbesondere Infektionen (z.B. Tuberkulose) und parasitäre Krankheiten für die meisten Todesfälle in Deutschland verantwortlich. Diese Todesursachen konnten durch hygienische und medizinische Fortschritte enorm verringert werden. **Früher häufige Todesursachen wurden im Lauf der Zeit immer mehr von lebensstilbedingten Erkrankungen zurückgedrängt.** Heute sterben in den Industrieländern Menschen überwiegend an nicht-übertragbaren Erkrankungen. Der Großteil der Todesfälle wird dabei durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bösartige Neubildungen verursacht. In den Ländern mit niedrigerem Standard gehen noch immer mehr als die Hälfte der Todesfälle auf ansteckende Krankheiten, Ernährungsdefizite oder Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen zurück (vgl. Sütterlin 2017, S. 3ff; Grünheid und Sulak 2016, S. 36).

In Deutschland werden die Todesursachen statistisch mit Hilfe der Kodierung der "*Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*" (ICD) erfasst. Sie verschlüsselt ärztliche Diagnosen und fasst einzelne Krankheitsbilder zu übergeordneten Kapiteln zusammen. In den Krankheiten des Kreislaufsystems sind beispielsweise Herzinfarkte und auch Schlaganfälle enthalten (vgl. Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 12f).

Die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a) zeigt, dass **im Jahr 2015 Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen bei beiden Geschlechtern die häufigsten Todesursachen** waren. In der Gruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems waren ischämische Herzkrankheiten (z.B. akuter Herzinfarkt) am häufigsten, gefolgt von sonstigen Formen von Herzkrankheiten (z.B. Herzinsuffizienz). Bei den tödlichen Krebserkrankungen waren bei den Männern am häufigsten die Verdauungsorgane und die Atmungsorgane beteiligt. Bei den Frauen waren innerhalb der Gruppe der Neubildungen Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und der Brustdrüsen am häufigsten für den Tod verantwortlich. Die einzelnen Todesursachen weisen in ihrer Häufigkeit einige Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf. So kamen beispielsweise zerebrovaskuläre Erkrankungen, die Schlaganfälle und weitere Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns umfassen, etwas häufiger bei Frauen als bei Männern vor.

ICD-Kapitel	Todesursachen	Insgesamt	Männer	Frauen
		925.200	449.512	475.688
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	19.943 2,2 %	9.271 2,1 %	10.672 2,2 %
II	Neubildungen	233.752 25,3 %	126.407 28,1 %	107.345 22,6 %
	<i>darunter bösartige Neubildungen/Krebs</i>	226.337 24,5 %	122.916 27,3 %	103.421 21,7 %
III	Krankheiten des Blutes/blutbildender Organe, Störungen des Immunsystems	3.335 0,4 %	1.432 0,3 %	1.903 0,4 %
IV	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	32.474 3,5 %	14.084 3,1 %	18.390 3,9 %
V	Psychische und Verhaltensstörungen	44.590 4,8 %	17.263 3,8 %	27.327 5,7 %
VI	Krankheiten des Nervensystems	29.113 3,1 %	14.368 3,2 %	14.745 3,1 %
VII	Krankheiten des Auges	8 0,0 %	5 0,0 %	3 0,0 %
VIII	Krankheiten des Ohres	20 0,0 %	12 0,0 %	8 0,0 %
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	356.616 38,5 %	157.996 35,1 %	198.620 41,8 %
X	Krankheiten des Atmungssystems	68.300 7,4 %	36.600 8,1 %	31.700 6,7 %
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	39.844 4,3 %	20.689 4,6 %	19.155 4,0 %
XII	Krankheiten der Haut/Unterhaut	1.442 0,2 %	546 0,1 %	896 0,2 %
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebe	3.771 0,4 %	1.366 0,3 %	2.405 0,5 %
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	24.899 2,7 %	10.864 2,4 %	14.035 3,0 %
XV	Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett	24 0,0 %	–	24 0,0 %
XVI	Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	1.320 0,1 %	709 0,2 %	611 0,1 %
XVII	Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten/Chromosomenanomalien	1.816 0,2 %	931 0,2 %	885 0,2 %
XVIII	andere nicht klassifizierte abnorme Symptome und Befunde	27.437 3,0 %	15.378 3,4 %	12.059 2,5 %
XIX	Äußere Ursachen	36.496 3,9 %	21.591 4,8 %	14.905 3,1 %

Tab. 5: Anzahl der Gestorbenen in Deutschland 2015 nach Kapiteln der ICD-10 (nach: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 3 und 6)

Äußere Ursachen waren im Jahr 2015 nur bei den Männern unter den zehn häufigsten Todesursachen. Für beide Geschlechter zusammen gingen 3,9 % aller Todesfälle im Jahr 2015 laut der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes auf äußere Todesursachen zurück. Hierzu zählen unter anderem Verletzungen, Vergiftungen, Unfälle sowie auch Suizid. Unter den insgesamt 36.496 Todesfällen in dieser Kategorie waren Unfälle mit 67 % am häufigsten vertreten. Dabei hatten häusliche Unfälle, mit einem Anteil von 27 % (9.816 Personen) an den äußeren Todesursachen, eine wesentlich höhere Bedeutung als Verkehrsunfälle mit rund 10 % (3.573 Todesfälle). Insgesamt 10.078 Personen verstarben



2015 durch eine vorsätzliche Selbstbeschädigung, also durch Suizid. Dies geschah bei Männern (7.397 Verstorbene) deutlich häufiger als bei Frauen (2.681 Verstorbene).

Rang	Männer		Frauen	
1	Ischämische Herzkrankheiten (darunter akuter Herzinfarkt)	15,2 % (6,2 %)	Ischämische Herzkrankheiten (darunter akuter Herzinfarkt)	12,6 % (4,5 %)
2	Sonstige Herzkrankheiten (z.B. Herzinsuffizienz)	9,0 %	Sonstige Herzkrankheiten (z.B. Herzinsuffizienz)	12,5 %
3	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	8,8 %	Zerebrovaskuläre Krankheiten (z.B. Schlaganfall)	7,1 %
4	Krankheiten des Atmungssystems	8,1 %	Krankheiten des Atmungssystems	6,7 %
5	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	6,9 %	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	6,5 %
6	Zerebrovaskuläre Krankheiten (z.B. Schlaganfall)	5,2 %	Hochdruckkrankheit/Hypertonie	6,1 %
7	Äußere Ursachen (darunter Suizid)	4,8 % (1,6 %)	Psychische und Verhaltens- störungen (z.B. Demenz)	5,7 %
8	Krankheiten des Verdauungssystems	4,8 %	Krankheiten des Verdauungssystems	4,0 %
9	Psychische und Verhaltens- störungen (z.B. Demenz)	3,8 %	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,9 %
10	nicht andernorts klassifizierte abnorme Symptome/Befunde	3,4 %	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	3,8 %

Tab. 6: Häufigste Todesursachen in Deutschland 2015 nach Geschlecht (Daten: Statistisches Bundesamt 2017a)

**Die häufigsten Todesursachen variieren nach dem erreichten Lebensalter**, wie aus der Statistik der Todesursachen in Deutschland für das Jahr 2015 zu erkennen ist. Säuglinge im ersten Lebensjahr sterben am häufigsten an Problemen, die ihren Ursprung bereits in der Schwangerschaft hatten, und an angeborenen Fehlbildungen. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen einem und 20 Jahren sind es vor allem äußere Ursachen, wie Unfälle, die zum Tod führen. Von den zwischen 20 und 40 Jahre alten verstorbenen Personen starb 2015 mehr als ein Drittel an äußeren Ursachen. Hohe 16,9 % gingen dabei in dieser Altersgruppe auf einen Suizid zurück. Außerdem steigt schon ab diesem Alter die Häufigkeit von Neubildungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems mit Todesfolge an. Diese gewinnen mit zunehmendem Alter immer mehr an Bedeutung. Schon bei den 40- bis unter 60-Jährigen stellen Neubildungen die häufigste Todesursache dar. Ab 60 Jahren nimmt der Anteil der an Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen zu.

Auch bei der Betrachtung der verschiedenen Todesursachen 2015 fällt auf, dass sich zwischen ihnen Unterschiede im Alter der Verstorbenen ergeben. Dies wird bereits beim Vergleich der beiden häufigsten Gruppen von Todesursachen deutlich. Die an Krankheiten des Kreislaufsystems verstorbenen Personen waren älter als die an Neubildungen verstorbenen. Bei den zum Tod führenden Krankheiten des Kreislaufsystems war die größte Personengruppe von 41,6 % bereits zwischen 80 und 90 Jahren alt, insgesamt machten alle Altersgruppen ab 70 Jahren 87,8 % dieser Sterbefälle aus. Bei den Neubildungen war die mit

33,3 % größte Altersgruppe der Verstorbenen 70 bis 80 Jahre alt, alle Altersgruppen ab 70 Jahren machten hierbei mit 67,4 % einen um 20 % niedrigeren Anteil aus als bei den durch Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen.

	häufigste Todesursache	zweithäufigste Todesursache	dritthäufigste Todesursache
unter 1 Jahr	52,2 % Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	26,4 % Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten/ Chromosomenanomalien	10,9 % andere nicht klassifizierte abnorme Symptome und Befunde
1 bis unter 20 Jahre	37,2 % Äußere Ursachen	16,3 % Neubildungen	10,5 % Krankheiten des Nervensystems
20 bis unter 40 Jahre	36,6 % Äußere Ursachen	17,7 % Neubildungen	10,6 % Krankheiten des Kreislaufsystems
40 bis unter 60 Jahre	38,1 % Neubildungen	20,4 % Krankheiten des Kreislaufsystems	8,9 % Äußere Ursachen
60 bis unter 80 Jahre	36,8 % Neubildungen	30,0 % Krankheiten des Kreislaufsystems	8,0 % Krankheiten des Atmungssystems
ab 80 Jahre	48,0 % Krankheiten des Kreislaufsystems	15,9 % Neubildungen	7,7 % Krankheiten des Atmungssystems

Tab. 7: Häufigste Todesursachen zusammengefasster Altersgruppen (Daten: Statistisches Bundesamt 2017a)

Obwohl es sich um die beiden häufigsten Todesursachen handelt, ging im zeitlichen Verlauf die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen in allen Altersgruppen zurück. Dabei sank allerdings die Krebssterblichkeit etwas langsamer ab als die Kreislaufsterblichkeit. Die verringerte Sterblichkeit bei Kreislauferkrankungen liegt einerseits an der verbesserten medizinischen Versorgung im Akutfall und andererseits auch daran, dass **begünstigende Risikofaktoren bekannt und weniger häufig geworden sind** z.B. Behandlung von Bluthochdruck oder sinkender Tabakkonsum. Rechnet man die demografische Alterung der Gesellschaft aus der Statistik der Todesursachen heraus, ging seit 1980 die altersstandardisierte Sterbeziffer bei den ischämischen Herzkrankheiten bis zum Jahr 2009 bei den ab 65-jährigen Männern um 48 % und bei den gleichaltrigen Frauen um 42 % zurück. Menschen, die an diesen Krankheiten verstarben, waren zudem im Durchschnitt erheblich älter, als dies noch 1980 der Fall war. Bei Männern erhöhte sich das Durchschnittsalter bis zum Jahr 2009 um 5,2 Jahre und bei Frauen um 6,9 Jahre (vgl. Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 14 und 24; Gaber und Wildner 2011, S. 30ff).

In Hessen waren die Häufigkeiten der gruppierten Todesursachen ähnlich verteilt wie in Deutschland insgesamt, wie die Daten des Hessischen Statistischen Landesamtes zu den im Jahr 2015 in Hessen Gestorbenen zeigen. Die häufigste Todesursache waren auch hier bei Männern (34,4 %) und Frauen (40,9 %) Krankheiten des Kreislaufsystems. Am zweithäufigsten waren bösartige Neubildungen mit 27,0 % der verstorbenen Männer und 20,9 % der verstorbenen Frauen. Diese Anteile lagen allerdings etwas niedriger als in Deutschland

insgesamt. Etwas höher gegenüber den Anteilen der Todesursachen in Deutschland insgesamt waren in Hessen bei beiden Geschlechtern endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie äußere Ursachen.

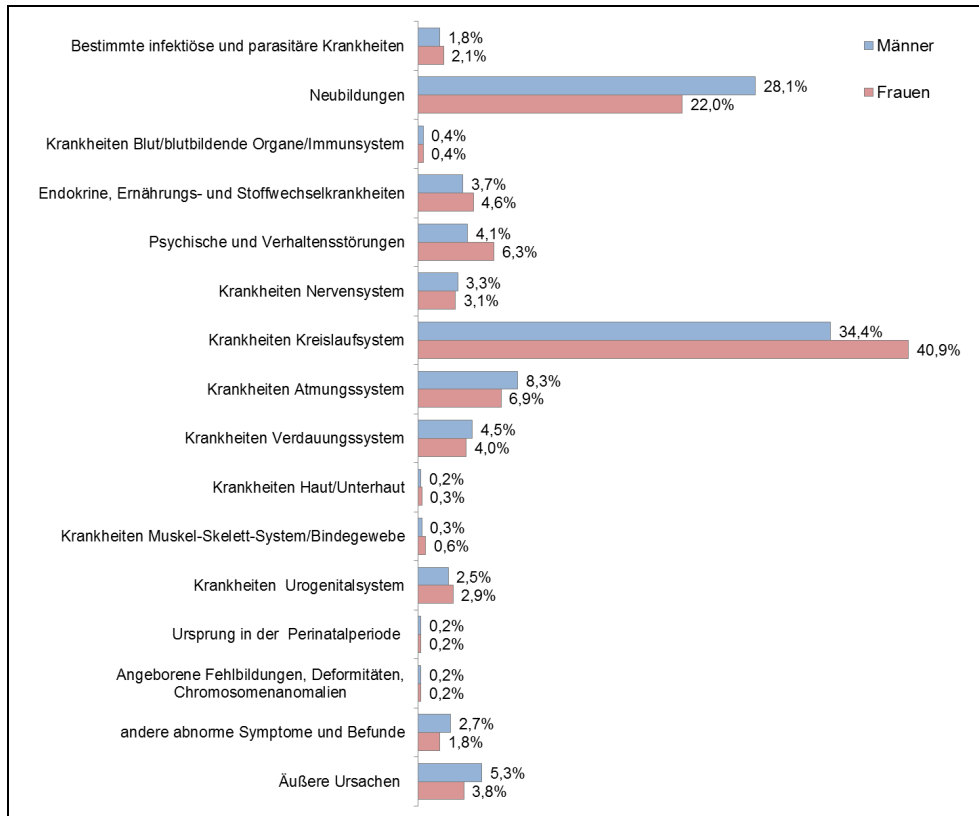


Abb. 6: Anteile der Todesursachen nach Geschlecht in Hessen im Jahr 2015 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt 2018a)

## Einflussfaktoren auf die Mortalität

Der Wohlstand der Industrieländer bringt nicht nur Verbesserungen für die Gesundheit der Bevölkerung mit sich. **Zu den wesentlichen Wohlstandsrisiken gehören Rauchen, Alkohol und Drogen ebenso wie ungesunde Ernährung, Übergewicht und zu wenig Bewegung.** Vor allem in den mittleren Altersgruppen ist der Tod häufig auf ungesundes Verhalten zurückzuführen, welches tödlich verlaufende Erkrankungen des Verdauungssystems, bösartige Neubildungen und Kreislauferkrankungen begünstigt. Das Rauchen wurde als wichtigster vermeidbarer Risikofaktor für viele Krankheiten mit einer hohen Sterblichkeit identifiziert. Rauchen begünstigt ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten, Herzinsuffizienz, Hochdruckkrankheiten, Demenz, Lungenkrebs und chronische Krankheiten der unteren Atemwege. Laut einer Analyse für das Jahr 2003 waren damals 13 % aller Todesfälle in Deutschland auf den Tabakkonsum zurückzuführen. Eine zu fett- und zuckerreiche Ernährung führt insbesondere in Kombination mit Bewegungsmangel zu Übergewicht und stoffwechselbedingten Erkrankungen. So haben beispielsweise extrem übergewichtige Menschen (Body-Maß-Index ab 40) eine um 14 Jahre geringere Lebenserwartung als Normalgewichtige. Durch den gewählten Lebensstil lässt sich die eigene Lebenserwartung positiv oder negativ beeinflussen (vgl. Sütterlin 2017, S. 11ff; Grünheid und Sulak 2016, S. 36f; Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 14f).

Die das Leben verlängernden oder verkürzenden Verhaltensweisen werden von den Menschen unterschiedlich stark gezeigt. Hierbei sind der Sozialstatus (Einkommen, Erwerbsstatus, berufliche Stellung, Familienstatus, Wohnsituation, Zufriedenheit, gesellschaftliche Teilhabe) und die Bildung entscheidend. Mehrere Faktoren dieses **Risikoverhaltens gleichzeitig werden vor allem von Menschen mit niedrigerem Bildungsstand** ausgeführt. Der höchste erreichte Bildungsabschluss steht dabei meistens mit dem sozialen Status in Zusammenhang. Durch einen höheren Schulabschluss werden später in der Regel besser bezahlte Berufe ausgeübt, was in der Folge zu besseren Arbeits- und Lebensbedingungen und finanzieller Absicherung im Alter führt. Schlechter bezahlte Berufe haben hingegen durch die ungünstigen Arbeits- und Lebensumstände und Existenzsorgen hohe psychische und physische Belastungen zur Folge. Bei länger anhaltenden Stresszuständen erhöht sich das Risiko für Depressionen und auch für ungesunde Stressbewältigungsversuche wie Rauchen, Alkoholkonsum oder übermäßiges Essen. Zwar profitierten alle Menschen in Deutschland von den verbesserten hygienischen und medizinischen Bedingungen, jene in den höheren Bildungsschichten hatten allerdings einen höheren Zugewinn an Lebenszeit als weniger gebildete Menschen. Dies wird auch darauf zurückgeführt, dass Menschen mit höherem Bildungsabschluss einen leichteren Zugang zu Wissen über gesundheitsförderliches und das die Risiken steigerndes Verhalten haben. Daher sind sie eher in der Lage präventiv zu handeln, während Menschen mit niedrigerem sozialem Status öfter ein riskanteres Gesundheitsverhalten zeigen und z.B. häufiger Raucher sind (vgl. Sütterlin 2017, S. 10ff).

**Schon bei der Säuglingssterblichkeit gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang mit den sozialen Lebensumständen.** Für die Säuglingssterblichkeit sind heute vor allem ein niedriges Geburtsgewicht, angeborenen Fehlbildungen oder Geburtskomplikationen verantwortlich. In sozial niedriger gestellten Gruppen rauchen beispielsweise mehr Frauen während der Schwangerschaft, was zu einem niedrigen Geburtsgewicht führen kann (vgl. Gaber und Wildner 2011, S. 24).

Anhand der Langzeit-Haushaltsbefragung im Rahmen des sozioökonomischen Panels wurde dokumentiert, dass Menschen, die ein Einkommen unterhalb der Armutsgrenze haben, ein höheres Sterberisiko haben als die höchste Einkommensgruppe. Mit steigendem Einkommen geht eine steigende Chance einher, mindestens das 65. Lebensjahr zu vollenden. Im Bereich des Armutrisikos lebende Frauen erlebten zu 84 % und Männer nur zu 69 % ihren 65. Geburtstag, während dies bei Personen mit hohem Einkommen auf 93 % der Frauen und 87 % der Männer zutraf. Die Lebensjahre in Gesundheit unterschieden sich besonders deutlich, sie war bei den einkommensschwächsten Frauen um 13,3 Jahre und bei den Männern um 14,3 Jahre geringer als bei der höchsten Einkommensgruppe. Im Fall von chronischen Erkrankungen haben Menschen mit hohem sozioökonomischem Status außerdem einen geringeren Verlust an Lebenserwartung. Bei Frauen verringert beispielsweise ein Herzinfarkt bei niedrigem Einkommen die Lebenserwartung um durchschnittlich 11 Jahre, bei Frauen mit hohem Einkommen hingegen nur um 3,8 Jahre (vgl. Lampert und Kroll 2014, S. 2ff).

**Auch zwischen den Geschlechtern gibt es deutliche Unterschiede in der Sterblichkeit.** Mädchen haben schon bei Geburt eine höhere Lebenserwartung als Jungen. Bei den Neugeborenen kommen auf 100 Mädchen noch 105 Jungen. Später gleicht sich die Anzahl der Geschlechter durch die etwas höhere Sterblichkeit von Männern vor allem im Alter zwischen

15 und 70 Jahren wieder aus. Bei Kindern und älteren Menschen ab 70 Jahren ist die Sterblichkeit bei Männern und Frauen hingegen ähnlich hoch. Diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden zum Teil auf biologische Ursachen, wie genetische Vorteile von zwei X-Chromosomen oder die Schutzfunktion von Östrogen gegen Herz-Kreislaufkrankungen, zurückgeführt. Es wird davon ausgegangen, dass durch biologische Faktoren etwa ein bis zwei Jahre der geringeren Lebenserwartung der Männer zu erklären sind. Den größeren Anteil daran haben aber kulturelle und soziale Einflüsse, die ein unterschiedliches Verhalten von Männern und Frauen bedingen, und umweltbedingte Faktoren. Im 20. Jahrhundert sank zunächst die Sterblichkeit der Frauen durch den medizinischen Fortschritt und die dadurch verringerten Risiken für Schwangerschaft und Geburt. Männer waren hingegen seither stärker gefährdet durch größere Risikobereitschaft als Ursache für den Unfalltod vor allem bei jungen Männern, mehr Suizide, ein ungünstigeres Ernährungs- und Gesundheitsverhalten mit höherem Raucheranteil und stärkerem Alkoholkonsum sowie durch gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen. Zudem haben Frauen im Erwachsenenalter zwar eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit, allerdings sterben Männer im Fall einer ersten Erkrankung schneller daran als Frauen (vgl. Grünheid und Sulak 2016, S. 34; Sütterlin 2017, S. 8f; Gaber und Wildner 2011, S. 10 und S. 15).

## 2.4 Saldo der Geburten und Sterbefälle

Das Zusammenspiel aus Geburten und Sterbefällen hat langfristige Auswirkungen. Sie bestimmen, ob die Einwohnerzahl Deutschlands auf natürliche Weise in der Tendenz sinkt oder steigt. Negative Salden der natürlichen Bevölkerungsentwicklung können eventuell durch Zuwanderung aus dem Ausland ausgeglichen werden, womit die Einwohnerzahl stabil bliebe. **Bei sehr hohen Sterbeüberschüssen steigt allerdings die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem Schrumpfen der Einwohnerzahl kommt.** Die Phasen hoher und niedriger Geburtenzahlen haben zudem Auswirkungen auf die Gesellschaft. Starke Geburtenjahrgänge führen später meist zu weiteren großen Geburtenjahrgängen, wenn die geborenen Mädchen selbst zu potenziellen Müttern werden. Sie bilden aber auch die großen Geburtenjahrgänge, für die genügend Kindergartenplätze und Schulklassen verfügbar sein müssen. Viele Jahre später gehen sie nahezu gleichzeitig in den Ruhestand über und verursachen dadurch einen Mangel an Fachkräften. In Phasen mit kleinen Geburtenjahrgängen sind entsprechende Infrastrukturen nicht ausgelastet, und von ihnen ist im Erwachsenenalter ebenfalls ein kleiner Geburtenjahrgang zu erwarten.

Die Zahl der Geburten lag in Deutschland noch bis Anfang der 1970er Jahre höher als die Zahl der Sterbefälle, was jahrzehntelang die Hauptursache für eine steigende Bevölkerungszahl war. Besonders positiv fiel der Geburtensaldo im Jahr 1964 aus, als sich rund 487.000 mehr Geburten als Sterbefälle in Deutschland ereigneten. Durch die sinkenden Geburtenzahlen **kam es ab 1972 zu einem Sterbefallüberschuss, der seither die natürliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland beherrscht.** Ohne Zuwanderung aus dem Ausland würde sich die Einwohnerzahl Deutschlands seit mehr als 45 Jahren reduzieren. Bei einem gleichbleibenden Geburtenniveau dürfte sich der Sterbeüberschuss in Zukunft weiter erhöhen (vgl. Grünheid und Sulak 2016, S. 6 und S. 34).

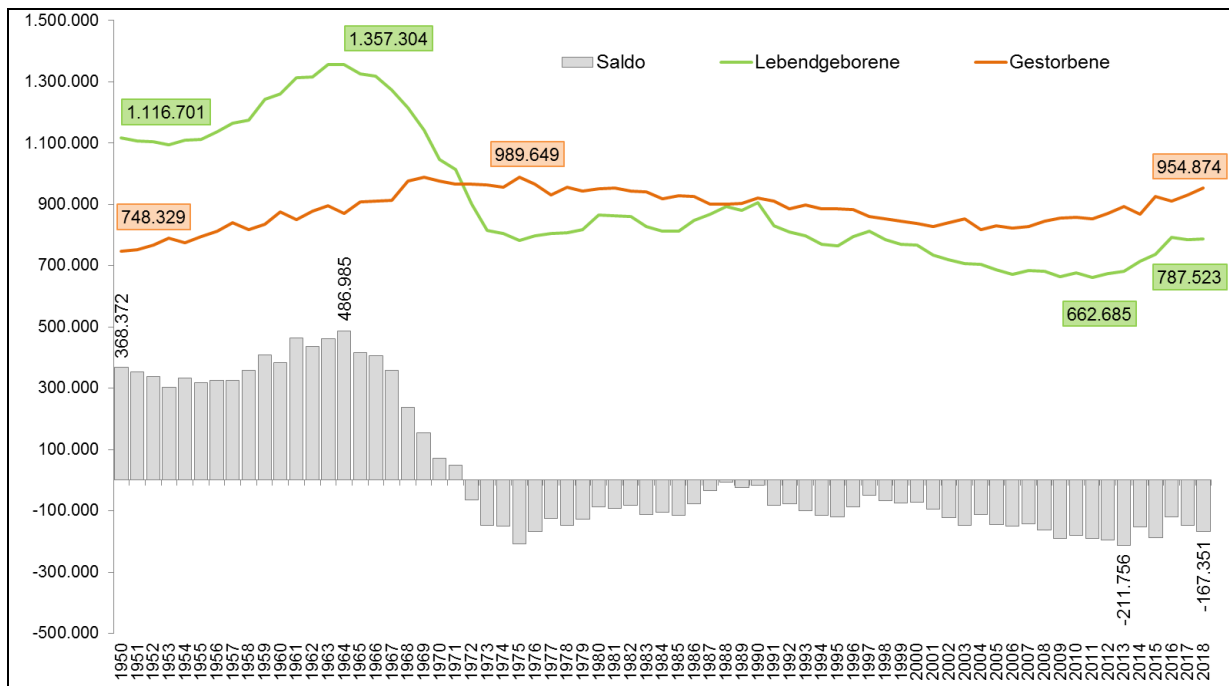


Abb. 7: Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland seit 1950 (Daten: Statistisches Bundesamt)

Die verringerte Geburtenrate hat in Kombination mit der gestiegenen Lebenserwartung einen sehr starken Einfluss auf die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland. Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung insgesamt ist in den letzten Jahrzehnten immer mehr angestiegen. Noch 1950 waren rund 10 % der in Deutschland lebenden Menschen in einem Alter ab 65 Jahren. Heute trifft dies auf ein Viertel der Bevölkerung zu, und für das Jahr 2060 wird damit gerechnet, dass etwa jede dritte Person in Deutschland mindestens 65 Jahre alt ist. Deutschland gehört aktuell weltweit zu den Ländern mit den höchsten Anteilen älterer Menschen (vgl. Sütterlin 2017, S. 16).

	unter 20 Jahre	20 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 80 Jahre	ab 80 Jahre
1950	30,4 %	26,4 %	28,6 %	13,6 %	1,0 %
1970	30,0 %	27,6 %	22,4 %	18,0 %	2,0 %
1990	21,7 %	31,6 %	26,3 %	16,6 %	3,8 %
2010	18,4 %	24,2 %	31,1 %	21,0 %	5,3 %
2017	18,4 %	24,6 %	29,1 %	21,7 %	6,2 %

Tab. 8: Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland seit 1950 (Daten: Statistisches Bundesamt)

Die Zahl der Geburten schwankt abhängig davon, wie viele Kinder je Frau geboren werden und wie viele Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 49 Jahren sind. Auch die absolute Zahl der Sterbefälle ist abhängig von der Altersstruktur der Bevölkerung und den unterschiedlich stark besetzten Altersjahrgängen. Seit 1980 sank die Zahl der Sterbefälle in Deutschland ab, begann aber Mitte der 2000er Jahre wieder langsam anzusteigen. Durch die immer stärker besetzten älteren Jahrgänge ist weiterhin mit einer steigenden Anzahl von Sterbefällen zu rechnen (vgl. Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 5).



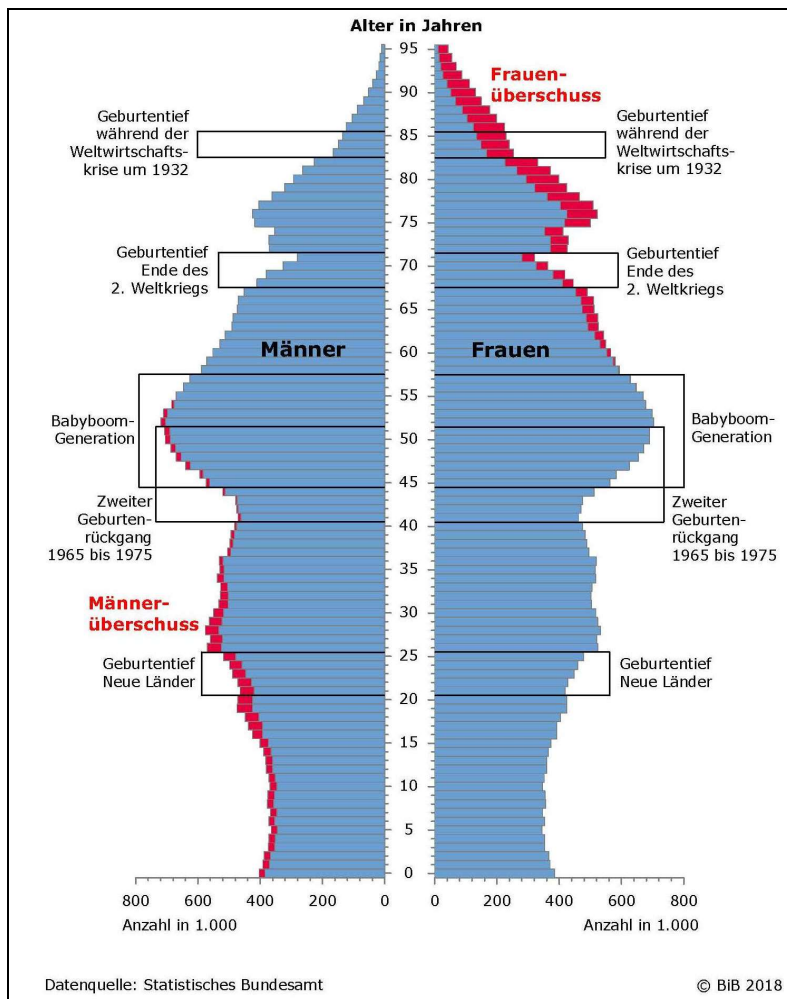


Abb. 8: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland nach demografischen Ereignissen zum 31.12.2016 (Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2018)

Bei der Darstellung der Altersstruktur Deutschlands in einer nach Geschlechtern und Altersjahren differenzierten Bevölkerungspyramide zeigt sich eine starke Veränderung. **Noch Anfang des 20. Jahrhunderts ähnelte die Bevölkerungspyramide tatsächlich einer Pyramidenform** mit einer breiten Basis junger Jahrgänge und sich mit steigendem Alter immer weiter ausdünnenden Jahrgängen. Diese Pyramidenform kam durch die Kombination von hohem Geburten- und Sterblichkeitsniveau zustande, da die geringe Lebenserwartung eine starke Besetzung in den älteren Jahrgängen verhinderte. Mit steigender Lebenserwartung und sinkender Geburtenhäufigkeit verändern sich die Voraussetzungen, sodass sich die Pyramidenform allmählich umkehrt (vgl. Dobritz, Lengerer, Ruckdeschel 2005, S. 19).

## 2.5 Regionale Unterschiede von Fertilität und Sterblichkeit

Bei der natürlichen Bevölkerungsentwicklung treten regionale Unterschiede auf. Während der fast 40 Jahre andauernden Teilung Deutschlands **entwickelten sich verschiedene Fertilitätsmuster in BRD und DDR**, die auch nach der Wiedervereinigung weiter wirkten. Noch heute sind Unterschiede im Geburtenverhalten zu erkennen. In den östlichen Bundesländern gibt es besonders häufig Familien mit einem Kind, während größere Familien mit mindestens drei Kindern eher selten sind. In den alten Bundesländern sind Mehrkindfamilien häufiger, allerdings ist auch der Anteil kinderloser Frauen deutlich höher. Im Gebiet der ehe-

maligen DDR gab es nach der Wende einen sogenannten „demografischen Schock“, da durch die soziale Unsicherheit in der Zeit des Umbruchs viele Schwangerschaften aufgeschoben wurden. Dadurch entstand im östlichen Deutschland Anfang der 1990er Jahre ein starkes Geburtendefizit. Ende der 1990er Jahre zeigte sich in den neuen Bundesländern ein „Nachholeffekt“. Die Geburtenzahlen stiegen wieder an, auch weil aufgeschobene Geburten nun realisiert wurden (vgl. Grünheid und Sulak 2016, S. 8 und Fiedler, Grünheid und Sulak 2017, S. 2).

Der **Anstieg der Kinderlosigkeit geht in Deutschland vor allem auf die Entwicklung in den alten Bundesländern zurück**. Im Osten Deutschlands blieb die Kinderlosigkeit sehr lange auf niedrigem Niveau. Erst bei den Jahrgängen, deren Familiengründungsphase nach der Wiedervereinigung lag, konnte ein Anstieg der Kinderlosigkeit im Osten festgestellt werden. Als Gründe für die Unterschiede werden verschiedene kulturelle und strukturelle Faktoren angenommen. Dazu zählen vor allem die größere Akzeptanz der Erwerbstätigkeit von Müttern in den ostdeutschen Bundesländern und die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch das vorhandene Angebot an Kindertageseinrichtungen. In den westdeutschen Bundesländern war das Leitbild der guten Mutter, die am besten selbst für ihre Kinder sorgen kann, weit verbreitet. Dies führte in Kombination mit weniger stark ausgebauten Betreuungsangeboten, zu vermehrter Kinderbetreuung durch die Mütter. In der Folge standen Frauen im Westen häufig vor der Entscheidung zwischen Beruf und Familie, was die Entstehung von Kinderlosigkeit förderte. In den Bundesländern im Osten ist der Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Kinderlosigkeit nicht so stark ausgeprägt wie in den westlichen Bundesländern. Zugleich ist in den neuen Bundesländern die Ehe wesentlich weniger als Bedingung für Geburten zu erkennen (vgl. Dobritz, Panova und Passet-Wittig 2015, S. 12f; Fiedler, Grünheid und Sulak 2017, S. 2).

Die Fertilitätsmuster in Deutschland sind aber sehr vielfältig und nur teilweise an traditionellen Ost-West-Unterschieden festzumachen. Beispielsweise ist das Alter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder in den Großstädten und ihrem Umland besonders hoch, und bei den jungen Frauen unter 30 Jahren liegen die Geburtenziffern im Norden Deutschlands höher als im Süden. Die endgültige Kinderzahl der 45 bis 49 Jahre alten Frauen (Geburtsjahrgänge 1969 bis 1972) erreichte nach Schätzungen aufgrund der Zensusergebnisse im Jahr 2011 innerhalb Deutschlands sehr unterschiedliche Werte. Während Frauen dieser Altersgruppe in Cloppenburg je 2,01 Kinder bekamen, lag ihre Kohortenfertilität in Passau nur bei 1,05 Kindern. **In vielen ländlich geprägten und dünn besiedelten Gebieten ist die Fertilität eher hoch**. Die höchste Kohortenfertilität der 45 bis 49 Jahre alten Frauen fiel in Landkreisen auf, in denen der Anteil hoch gebildeter Frauen gering war, wo es einen hohen Anteil an Katholiken und einen Männerüberschuss gab. Hohe Geburtenraten waren zudem eher in Regionen vorhanden, wo größere Wohnungen verfügbar und bezahlbar waren, es eine geringe Arbeitslosigkeit und einen Arbeitsmarkt mit kleinem Dienstleistungssektor gab. Besonders niedrige Geburtenraten fielen hingegen in Hochschulstädten auf. Dort leben zwar viele junge Frauen, diese sind aber noch nicht in der Phase ihrer Familiengründung, sondern legen die Priorität auf ihr Studium und den Übergang in das Berufsleben. Zudem sind dort Wohnungen knapp, der Arbeitsmarkt hat einen großen Dienstleistungssektor und kulturelle Werte sind dort weniger religiös traditionell orientiert (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012, S. 31f; Bujard 2017, S. 4).



	Anteil an allen Frauen von 45 bis 49 Jahren		Durchschnittliche Kinderzahl je Mutter
	Kinderlose	Mütter	
Deutschland	20 %	80 %	2,0
Baden-Württemberg	19 %	81 %	2,1
Bayern	20 %	80 %	2,0
Berlin	27 %	73 %	1,8
Brandenburg	11 %	89 %	1,8
Bremen	26 %	74 %	2,0
Hamburg	31 %	69 %	1,9
Hessen	22 %	78 %	2,0
Mecklenburg-Vorpommern	13 %	88 %	1,7
Niedersachsen	22 %	78 %	2,0
Nordrhein-Westfalen	22 %	78 %	2,0
Rheinland-Pfalz	21 %	79 %	2,0
Saarland	19 %	81 %	1,9
Sachsen	11 %	89 %	1,8
Sachsen-Anhalt	13 %	87 %	1,7
Schleswig-Holstein	24 %	76 %	2,0
Thüringen	11 %	89 %	1,8

Tab. 9: Frauen von 45 bis 49 Jahren in den Bundesländern nach Kinderlosen, Müttern und Kinderzahl je Mutter, Ergebnisse des Mikrozensus 2016 (Nach: Statistisches Bundesamt 2017b, S. 49)

Kinderlosigkeit ist in den Stadtstaaten besonders stark ausgeprägt. 2016 lag sie bei den 45 bis 49 Jahre alten Frauen in Hamburg bei 31 %. In den Flächenländern im Westen lag die Kinderlosenquote bei 21 %. Sie variierte dabei zwischen 24 % in Schleswig-Holstein und 19 % in Baden-Württemberg und im Saarland. Hessen befand sich mit 22 % im oberen Mittelfeld. In den ostdeutschen Flächenländern lag die Kinderlosenquote bei geringen 12 %, wobei die einzelnen Bundesländer sehr ähnliche Werte zwischen 11 und 13 % erreichten. In allen Bundesländern war festzustellen, dass **in den städtisch geprägten Regionen die Kinderlosigkeit höher ist**, als in den ländlichen Gebieten. Außerdem fallen die etwas niedrigeren durchschnittlichen Kinderzahlen je Mutter in den ostdeutschen Bundesländern auf. Hieran ist die größere Tendenz zur Einkindfamilie in Ostdeutschland zu erkennen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, S. 15 und 49).

In Deutschland bestehen nicht nur bei der Fertilität, sondern auch **bei Gesundheit und Lebenserwartung räumliche Unterschiede**. Die Sterblichkeit unterschied sich noch Ende der 1980er Jahre deutlich zwischen der damaligen Bundesrepublik und der DDR. Auch nach der Wiedervereinigung lag in den alten Bundesländern die Sterblichkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen niedriger als in den neuen Bundesländern. Ab 1990 stieg die Sterblichkeit bei Männern im Osten zunächst für zwei Jahre etwas an. Anschließend sanken die altersspezifischen Sterberaten für beide Geschlechter im Osten Deutschlands schneller ab als im Westen. Bis zum Jahr 2001 hatte sich die Sterblichkeit bei den Frauen in Ost und West nahezu angeglichen, während die Sterblichkeit der Männer in den neuen Bundesländern weiterhin etwas höher lag als in den alten Bundesländern (vgl. Gaber und Wildner 2011, S. 12).

Für die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Ost- und Westdeutschland werden verschiedene Umstände als Ursachen ausgemacht. Einen besonderen Stellenwert hatten hierbei die Qualitätsunterschiede in der gesundheitliche Versorgung, die aber nicht alleine für die Unterschiede verantwortlich gemacht werden können. Die Abwanderung vor allem

jüngerer und gesünderer Personen in den Westen kann nach der Wiedervereinigung die Sterblichkeit in den neuen Bundesländern ebenfalls negativ beeinflusst haben. Auch umweltbedingte Gründe durch veraltete Produktionsmethoden und die sozialen Strukturen und Lebensumstände in der ehemaligen DDR können als Ursache nicht ausgeschlossen werden (vgl. Wiesner 2001, S. 32ff).

	Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)		fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren (Jahre)	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Deutschland	83,2	78,4	21,0	17,8
Baden-Württemberg	84,0	79,5	21,5	18,5
Bayern	83,6	79,1	21,2	18,2
Berlin	83,2	78,1	21,1	17,8
Brandenburg	83,1	77,6	21,0	17,6
Bremen	82,6	77,2	20,9	17,5
Hamburg	83,2	78,5	21,1	18,0
Hessen	83,4	79,0	21,1	18,0
Mecklenburg-Vorpommern	83,1	76,7	21,0	17,3
Niedersachsen	82,8	78,0	20,8	17,7
Nordrhein-Westfalen	82,7	78,1	20,7	17,5
Rheinland-Pfalz	83,0	78,6	20,8	17,8
Saarland	82,2	77,5	20,4	17,2
Sachsen	83,8	77,8	21,4	17,8
Sachsen-Anhalt	82,5	76,2	20,7	16,9
Schleswig-Holstein	82,9	78,1	20,8	17,7
Thüringen	83,0	77,3	20,8	17,3

Tab. 10: Lebenserwartung nach Geschlecht und Bundesländern in den Jahren 2015 bis 2017 im Vergleich mit Deutschland insgesamt (Daten: Statistisches Bundesamt)

Zwischen den einzelnen Bundesländern, innerhalb einzelner Regionen und sogar zwischen Stadtbezirken wurden Unterschiede in der Sterblichkeit festgestellt, obwohl überall in Deutschland eine medizinische Versorgung gegeben ist. Viele dieser regionalen Unterschiede bestehen schon seit längerer Zeit. Die Ursachen hierfür **können alle Faktoren sein, die einen Einfluss auf die Lebensqualität, die Gesundheit und das Risiko zu erkranken haben**. Zu den regional oder kulturell bedingten Faktoren werden beispielsweise Klima, Luft- und Wasserqualität, Lärmbelastung, Lebensstil, Ess- und Trinktraditionen oder Unterschiede in der Gesundheitsinfrastruktur gezählt. Aber auch individuelle Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit haben, sind in Deutschland regional ungleichmäßig verteilt. Hierzu gehören etwa Bildung, Einkommen, Berufsgruppen und weitere mit dem jeweiligen sozialen Milieu verbundene Aspekte wie Rauchen, Ernährung und Alkoholkonsum. Die in verschiedenen Studien nachgewiesenen innerörtlichen Unterschiede in der Sterblichkeit stimmten weitgehend mit den Unterschieden in der Sozialstruktur der Wohnquartiere überein. In Wohngebieten mit guten sozioökonomischen Bedingungen hatten die Menschen eine höhere Lebenserwartung, am geringsten war sie in Bereichen mit hoher Armutsquote und ungünstiger Sozialstruktur (vgl. Gaber und Wildner 2011, S. 18ff; Sütterlin 2017, S. 25; Lampert und Kroll 2014, S. 6 und 9).

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2015 bis 2017 war die Lebenserwartung bei Geburt bei Frauen mit 84,0 Jahren und für Männer mit 79,5 Jahren

jeweils in Baden-Württemberg am höchsten. Die niedrigste Lebenserwartung hatten hingegen Frauen im Saarland mit 82,2 Jahren und Männer in Sachsen-Anhalt mit 76,2 Jahren. Bei der ferneren Lebenserwartung mit 65 Jahren wurden die höchsten Werte für Frauen von 21,5 Jahren und für Männer von 18,5 Jahren ebenfalls in Baden-Württemberg erreicht. Die geringste fernere Lebenserwartung von 20,4 Jahren hatten 65-jährige Frauen im Saarland, für gleichaltrige Männer lag der geringste Wert mit 16,9 weiteren Lebensjahren in Sachsen-Anhalt vor.

### **3. Entwicklung des Geburtensaldos im Landkreis Darmstadt-Dieburg**

#### **3.1 Entwicklung des Geburtensaldos von 1979 bis 2018**

In diesem Kapitel werden die jüngeren Entwicklungen der Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg dargestellt. Fortlaufende Daten des Hessischen Statistischen Landesamtes hierzu liegen seit dem Jahr 1979, nach der letzten Gemeindegebietsreform, vor. Die Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg zeigen in den letzten Jahren eine ähnliche Entwicklung wie in Deutschland insgesamt. Allerdings ergab sich im Landkreis erst wesentlich später ein Geburtendefizit. Der Vergleich auf Gemeindeebene zeigt außerdem, dass es große lokale Unterschiede bei der natürlichen Bevölkerungsentwicklung gibt.

Für das Rhein-Main-Gebiet galten seit der Industrialisierung die gleichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie für Deutschland insgesamt. Innerhalb Deutschlands gehört der Landkreis Darmstadt-Dieburg mit seiner Lage im Rhein-Main-Gebiet zu den Regionen, die von Zuwanderung gekennzeichnet sind. Da diese Zuwanderung im Wesentlichen durch Bildungs- und Arbeitsmarktmigration bedingt ist, ziehen vor allem jüngere Menschen zu. Dieser Zuzug von potenziellen Eltern hat einen positiven Effekt auf die Geburtenzahl.

Die Grafik der Zahl der Geborenen und der gestorbenen Menschen seit 1979 **zeigt auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg den wellenartigen Anstieg der Geburten ab Mitte der 1980er Jahre** bis Ende der 1990er Jahre, mit danach wieder deutlich absinkenden Geburtenzahlen. Dies ist der in ganz Deutschland zu beobachtende Anstieg durch die von der großen Babyboomer-Generation geborenen Kinder. Zusätzlich gab es vor allem zu Beginn der 1990er Jahre eine verstärkte Zuwanderung durch die innerdeutsche Binnenwanderung aus der ehemaligen DDR und durch den Zuzug Schutzsuchender vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien. Durch die Zuwanderung erhöhte sich der Bevölkerungsbestand in verschiedenen Altersgruppen, vor allem aber bei den jungen Erwachsenen. Durch eine wachsende Zahl potenzieller Eltern stieg in der Folge auch die Zahl der Geborenen an. Im Gegensatz zur Entwicklung in Deutschland insgesamt reichte dieser Geburtenanstieg im Landkreis dafür, dass es von 1987 bis 2001 einen recht hohen positiven Geburtensaldo gab. Besonders hoch war dieser im Jahr 1997 mit 584 mehr Geburten als Sterbefällen und im Jahr 1998 mit 545 mehr Geburten als Sterbefällen. Das Absinken der Geburtenzahl ab dem Jahr 1998 hatte zur Folge, dass sich die Zahlen von Geburten und Sterbefällen immer weiter annäherten. **Seit dem Jahr 2006 verstarben jedes Jahr mehr im Landkreis Darmstadt-Dieburg wohnende Personen als neu geboren wurden.** Einen leicht negativen Geburtensaldo hatte es zuvor schon in den Jahren 1984 bis 1987 gegeben. Damals wurde diese Ent-

wicklung durch die in den Folgejahren stark ansteigende Zahl der Geburten wieder gestoppt. Eine solche Trendumkehr ist beim aktuellen Geburtendefizit nicht abzusehen. Der bislang größte Verlust wurde im Jahr 2013 erreicht, als sich im Landkreis 455 mehr Sterbefälle als Geburten ereigneten.

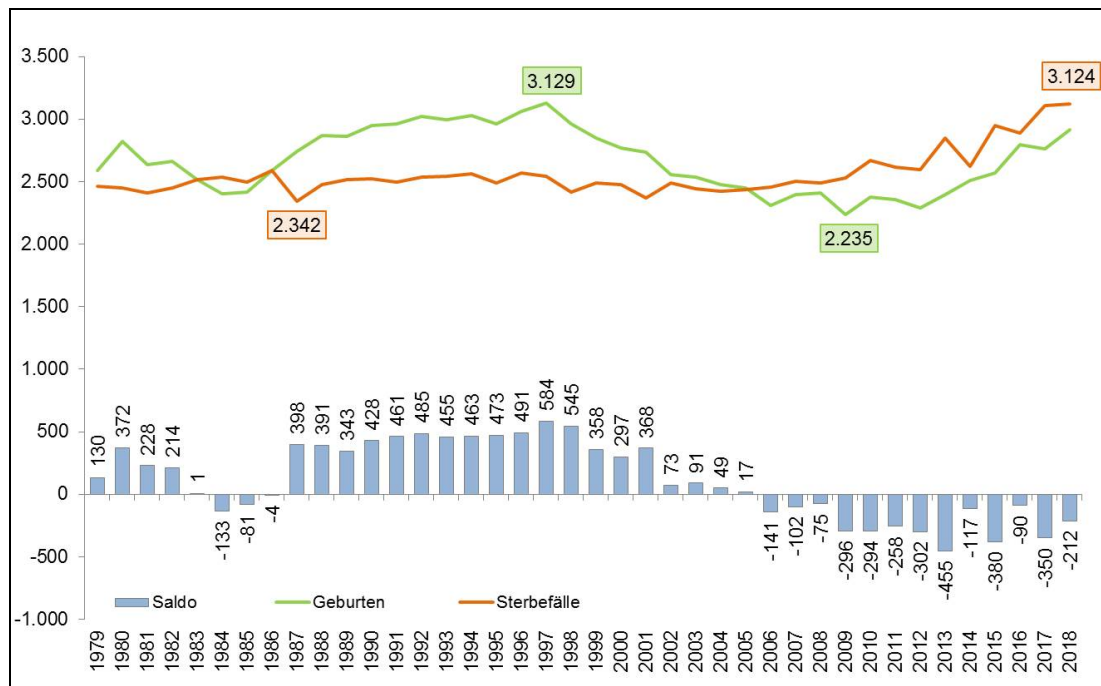


Abb. 9: Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

**Seit einigen Jahren zeigt die Kurve der Geburtenzahlen erfreulicherweise wieder einen Anstieg.** Dies dürfte zum Teil ein Echoeffekt durch die personenreichen Jahrgänge der Babyboomer sein. Die von ihnen hervorgebrachte große Kindergeneration bringt nun ebenfalls wieder eine vergleichsweise große Enkelgeneration zur Welt. Zudem sind durch die Zuwanderung von Schutzsuchenden seit 2014 besonders viele junge Menschen zugezogen, die im entsprechenden Alter sind, um eine Familie zu Gründen. Diese gleich zweifache Vergrößerung der Generation potenzieller Eltern führt automatisch zu einem Anstieg der absoluten Geburtenzahl. Zugleich ist die Geburtenrate der Kinder je Frau wieder angestiegen. Der bedeutende Unterschied der aktuellen Entwicklung im Vergleich mit der vom Geburtenanstieg her vergleichbaren Phase in den 1990er Jahren ist allerdings bei den Sterbefällen zu finden. Beim Geburtenanstieg Ende der 1980er Jahre lag die Zahl der Sterbefälle auf einem relativ konstanten Niveau. Durch den Anstieg der Geburtenzahlen wurde somit ein positiver Saldo erreicht. Seit 2005 ist nun allerdings auch bei den Sterbefällen ein steigender Trend zu sehen. Der aktuelle Anstieg der Geburtenzahlen führt daher nicht zu einem positiven Saldo, weil die etwas höher liegende Zahl der Sterbefälle in ähnlichem Maß ansteigt. Im Jahr 2018 wurde mit 3.124 Verstorbenen der höchste Stand in dieser Zeitreihe erreicht, während die Zahl der 2.912 Geborenen unter dem Höchststand aus dem Jahr 1997 lag.

**Grund für den Anstieg der Sterbefälle ist die Altersstruktur der Bevölkerung.** Immer mehr Menschen im Landkreis sind älter als 65 Jahre und unterliegen damit einer höheren Sterbewahrscheinlichkeit. Im Jahr 1986 waren nur 12,6 % der Bevölkerung im Landkreis

Darmstadt-Dieburg 65 Jahre oder älter, das waren knapp 32.000 Personen. Im Jahr 2018 waren bereits fast 62.000 Personen mindestens 65 Jahre alt, das entsprach 20,7 % der Landkreisbevölkerung. Die Zahl der Sterbefälle wird vermutlich in Zukunft nicht wieder sinken. Die großen Jahrgänge der Babyboomer sind mittlerweile zwischen 54 und 64 Jahre alt. Sie werden in den nächsten Jahren daher zu einem starken Anstieg des Anteils der ab 65-Jährigen an der Bevölkerung beitragen. Künftig werden sie auch einen Anstieg bei den Sterbefällen auslösen, während sich die von ihnen verursachte Welle bei den Geburtenzahlen von Generation zu Generation etwas abschwächt.

Bei der folgenden Betrachtung der einzelnen Städte und Gemeinden werden die Unterschiede in der natürlichen Bevölkerungsentwicklung sehr deutlich. Bei kleinräumiger Betrachtung ergeben sich andere Trends als bei der Betrachtung auf Kreis- oder Bundesebene. Diese **Unterschiede sind überwiegend auf die Altersstruktur der dort lebenden Bevölkerung zurückzuführen**. So ist festzustellen, dass Kommunen mit einem höheren Anteil älterer Menschen eher einen Sterbeüberschuss haben, während Kommunen mit geringeren Anteilen älterer Menschen eher zu einem Geburtenüberschuss tendieren. In den einzelnen Städten und Gemeinden ergaben sich verschieden ausgeprägte Phasen von erhöhtem Zuzug insbesondere durch größere Neubaugebiete. Da dort vorwiegend junge Erwachsene in der Familiengründungsphase einziehen, werden die Geburtenzahlen durch neue Baugebiete für einen begrenzten Zeitraum stark beeinflusst.

An der gesamten Bevölkerung gemessen, starben 1,1 % aller zum Jahresbeginn 2018 im Landkreis Darmstadt-Dieburg lebenden Menschen bis zum Ende des Jahres. Von allen zum Jahresende 2018 im Landkreis lebenden Menschen wurden 1,0 % im Lauf des Jahres geboren. An den absoluten Zahlen des Jahres 2018 zeigt sich, dass im Landkreis insgesamt 212 Personen mehr verstarben als neu geboren wurden. Auch in 15 der 23 Städte und Gemeinden war der Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung durch einen Sterbeüberschuss gekennzeichnet.

Von den 23 Städten und Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg zeigten sehr viele einen ähnlichen Verlauf der Zahlen von Geburten und Sterbefällen wie der Landkreis insgesamt. Sehr oft waren der Anstieg der Geburten ab Ende der 1980er bis Ende der 1990er Jahre, der aktuelle Anstieg der Sterbefälle und der aktuelle Geburtenanstieg auch bei den Kommunen zu erkennen. Örtliche Besonderheiten wirkten sich aber auch auf die Entwicklung von Geburten und Sterbefällen aus. In einigen Städten und Gemeinden setzte der aktuelle Geburtenanstieg vergleichsweise spät ein. Möglicherweise wäre dort ohne die Zuwanderung von Schutzsuchenden kein Anstieg eingetreten. In Otzberg und Reinheim fällt der aktuelle Trend zum Anstieg der Geburtenzahlen besonders gering aus.

In Erzhausen und in Griesheim kamen durch die kontinuierlich starke Zuwanderung immer wieder Erwachsene in der Familiengründungsphase hinzu. Die allgemein üblichen Schwankungen der Geburtenzahlen blieben dort daher aus. In Alsbach-Hähnlein und Bickenbach stiegen die Zahlen der Sterbefälle weit stärker an als in den anderen Städte und Gemeinden, was dort aber daran liegt, dass Altenwohnanlagen neu eröffnet wurden. Naturgemäß sterben seitdem mehr Menschen in diesen beiden Gemeinden als zuvor, da die meisten Menschen bei ihrem Einzug in diese Einrichtungen schon hochbetagt sind.

	Einwohnerzahl am 31.12.2017	im Jahr 2018 Verstorbene	Verstorbene in % der Bevölkerung am Jahresbeginn	Einwohnerzahl am 31.12.2018	im Jahr 2018 Geborene	Geborene in % der Bevölkerung am Jahresende	Saldo Geburten und Sterbefälle
Alsbach-Hähnlein	9.242	103	1,1 %	9.146	69	0,8 %	-34
Babenhausen	16.659	189	1,1 %	16.834	180	1,1 %	-9
Bickenbach	5.975	104	1,7 %	6.014	50	0,8 %	-54
Dieburg	15.549	158	1,0 %	15.679	134	0,9 %	-24
Eppertshausen	6.235	79	1,3 %	6.198	46	0,7 %	-33
Erzhausen	8.076	71	0,9 %	7.996	84	1,1 %	+13
Fischbachtal	2.682	24	0,9 %	2.664	18	0,7 %	-6
Griesheim	27.258	262	1,0 %	27.435	318	1,2 %	+56
Groß-Bieberau	4.690	46	1,0 %	4.665	36	0,8 %	-10
Groß-Umstadt	21.104	198	0,9 %	21.162	191	0,9 %	-7
Groß-Zimmern	14.388	151	1,0 %	14.564	166	1,1 %	+15
Messel	4.008	30	0,7 %	4.090	44	1,1 %	+14
Modautal	5.050	72	1,4 %	5.096	39	0,8 %	-33
Mühltal	13.979	141	1,0 %	13.908	145	1,0 %	+4
Münster	14.399	143	1,0 %	14.672	146	1,0 %	+3
Ober-Ramstadt	15.176	149	1,0 %	15.130	135	0,9 %	-14
Otzberg	6.423	74	1,2 %	6.424	61	0,9 %	-13
Pfungstadt	25.020	255	1,0 %	25.151	302	1,2 %	+47
Reinheim	16.300	204	1,3 %	16.346	145	0,9 %	-59
Roßdorf	12.410	136	1,1 %	12.612	121	1,0 %	-15
Schaafheim	9.258	96	1,0 %	9.227	73	0,8 %	-23
Seeheim-Jugenheim	16.324	196	1,2 %	16.411	133	0,8 %	-63
Weiterstadt	25.843	243	0,9 %	25.975	276	1,1 %	+33
Darmstadt-Dieburg	296.048	3.124	1,1 %	297.399	2.912	1,0 %	-212

Tab. 11: Anteile von Geburten und Sterbefällen an der Gesamtbevölkerung der Städte und Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt, eigene Berechnung)

### Der Saldo der Geburten und Sterbefälle von 1979 bis 2018 fiel in den einzelnen Städten und Gemeinden sehr unterschiedlich aus.

In den 40 hier untersuchten Jahren gab es in 14 Städten und Gemeinden in mehr Jahren einen Geburtenüberschuss als ein Geburtendefizit. In neun Kommunen überwogen allerdings die Jahre mit einem Sterbeüberschuss. Wie unterschiedlich die Salden der natürlichen Bevölkerungsbewegungen innerhalb des Landkreises seit 1979 waren, zeigen die Entwicklungen in Weiterstadt und Seeheim-Jugenheim. In Weiterstadt gab es seit 1979 ausschließlich Jahre mit einem Geburtenüberschuss und in Seeheim-Jugenheim ausschließlich Jahre mit einem Geburtendefizit.

Bei einigen Kommunen zeigte sich ebenso wie beim Landkreis Darmstadt-Dieburg und in Deutschland insgesamt ein klar abgrenzbarer demografischer Übergang von einem Geburtenüberschuss zu einem Geburtendefizit, darunter beispielsweise Pfungstadt, Reinheim und Schaafheim. Bei anderen Kommunen sind seit vielen Jahren deutliche Schwankungen im Saldo festzustellen, sodass es dort schwer ist, klare Trends zu definieren.



## Alsbach-Hähnlein

In den 1980er Jahren ereigneten sich in Alsbach-Hähnlein jährlich etwa 70 bis 85 Sterbefälle. Ab 1990 sank die Zahl der Verstorbenen ab bis auf einen Tiefstand von nur 52 Todesfällen im Jahr 2004. Anschließend stieg die Anzahl der jährlichen Sterbefälle allmählich an. 2007 wurde mit 87 Verstorbenen ein ebenso hoher Wert erreicht wie zuletzt im Jahr 1986. Seit dem Jahr 2012 ereignen sich in Alsbach-Hähnlein erheblich mehr Sterbefälle als zuvor. Der bisherige Höchststand wurde 2016 mit 110 Personen erreicht. Dieser starke Anstieg wird vor allem durch die Eröffnung einer neuen Altenwohnanlage im Jahr 2012 verursacht. Dort ziehen fortwährend sehr alte Menschen auch aus anderen Kommunen zu, deren größere Sterbewahrscheinlichkeit sich auf die Sterbefallstatistik von Alsbach-Hähnlein auswirkt.

Die Geburtenzahlen zeigen einen wellenförmigen Verlauf mit relativ wenig Geborenen Anfang der 1980er Jahre, dem Höhepunkt mit 106 Geburten im Jahr 1994 und darauf folgend wieder einem Rückgang bis auf rund 60 bis 70 Geburten in den 2000er Jahren. Hier zeigt sich einerseits die deutschlandweit zu beobachtende Welle der von der Babyboomer-Generation geborenen Kinder. Andererseits gab es in diesem Zeitraum auch eine starke Zuwanderung nach Alsbach-Hähnlein, sodass sich hierdurch auch die Zahl potenzieller Eltern erhöhte. Ein einjähriges Tief gab es im Jahr 2015 mit nur 47 Neugeborenen, danach stieg die Zahl wieder an und lag 2017 mit 90 Geborenen auf einem wieder recht hohen Niveau. Im Jahr 2018 ging die Zahl allerdings auf nur 69 Geburten zurück.

In den Jahren von 1990 bis 2004 gab es jährlich mehr Geborene als Verstorbene in Alsbach-Hähnlein. Davor und danach gab es wechselnd positive und negative Ergebnisse. Seit 2013 ist dieser Saldo aber durchgehend negativ, da sich die Zahl der Sterbefälle zusätzlich durch die Altenwohnanlage erhöhte. Allerdings gab es auch zuvor bereits in den Jahren 2005 bis 2008 vier Jahre in Folge ein Geburtendefizit.

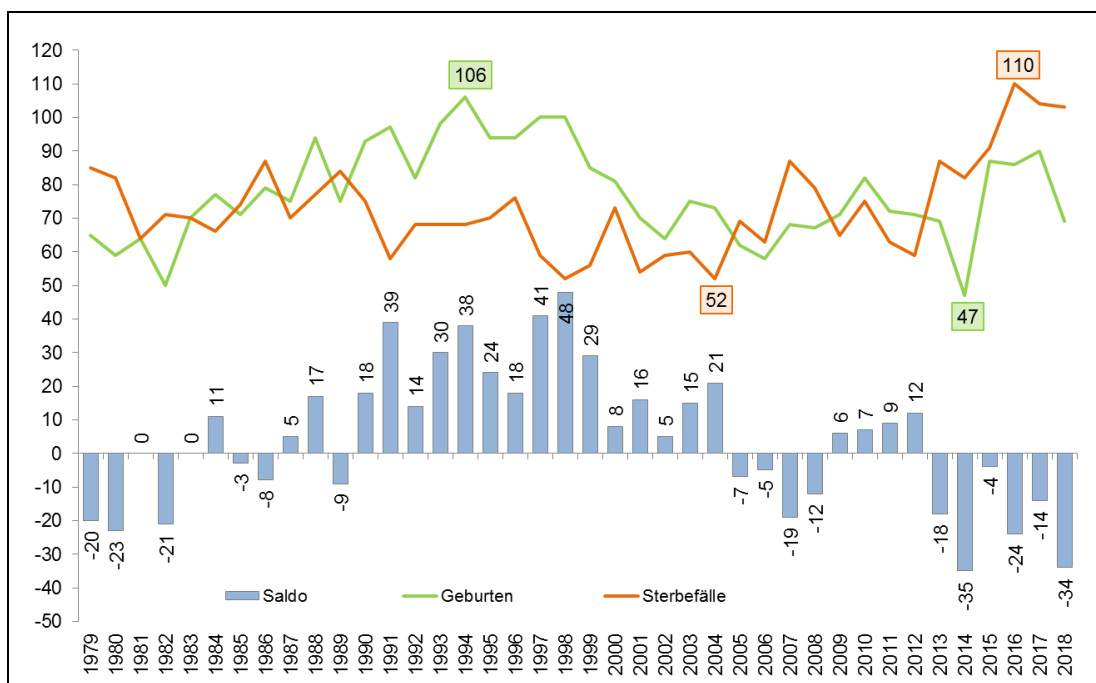


Abb. 10: Geburten und Sterbefälle in Alsbach-Hähnlein 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)



## Babenhausen

In Babenhausen fielen zu Beginn dieser Zeitreihe deutliche Schwankungen bei der Zahl der Sterbefälle auf: im Jahr 1980 gab es 190 Todesfälle, 1982 waren es nur 112 und 1984 wieder 166. Danach war die Zahl der Sterbefälle über einen langen Zeitraum von 1985 bis 2004 mit etwa 130 bis 150 Verstorbenen pro Jahr ziemlich stabil. Seit dem Jahr 2005 zeigt sich die Kurve der Sterbefälle weniger konstant und weist insgesamt eine steigende Tendenz auf. In den Jahren 2017 und 2018 verstarben mit jeweils 189 Personen wieder ähnlich viele Menschen in Babenhausen wie zuletzt im Jahr 1980.

Bei den Geburten ist auch in Babenhausen ab Mitte der 1980er Jahre bis Ende der 1990er Jahre die geburtenreiche Kindergeneration der großen Babyboomer-Jahrgänge zu erkennen. Ab 1985 stieg die Zahl der Geburten von etwa 140 Kindern ausgehend auf bis zu 230 Neugeborene im Jahr 1994 an. In den fünf Jahren vor diesem Geburtenhoch kam es in Babenhausen zu besonders vielen Zuzügen. Die dadurch bedingte Zuwanderung von Erwachsenen in der Familiengründungsphase hat vermutlich ebenfalls zu diesem Anstieg der Geburtenzahlen beigetragen. Ab 1995 ging die Geburtenzahl wieder allmählich zurück und erreichte im Jahr 2014 mit nur 114 Kindern ihren niedrigsten Stand im betrachteten Zeitraum. In den folgenden Jahren stieg die Geburtenzahl allerdings wieder bis auf 180 Kinder im Jahr 2018 an.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen ergab von 1985 bis 2001 durchgängig einen Geburtenüberschuss. Von 2003 bis 2008 gab es noch geringe positive Salden der natürlichen Bevölkerungsentwicklung. Seit 2009 ereigneten sich in Babenhausen allerdings, mit Ausnahme des Jahres 2016, mehr Sterbefälle als Geburten.

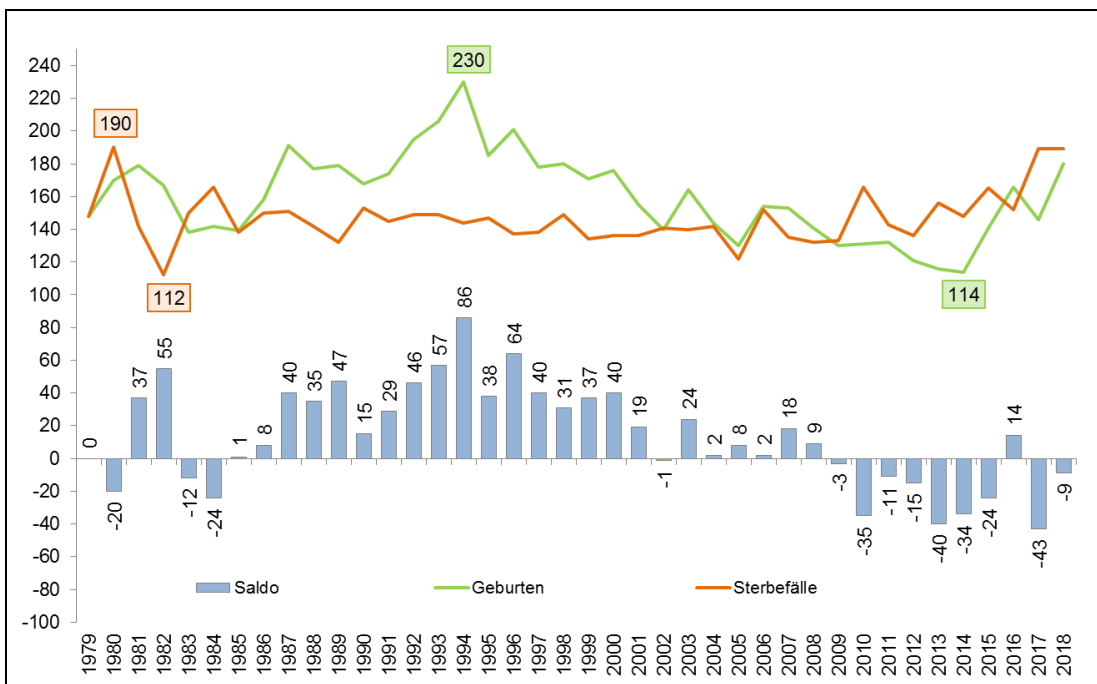


Abb. 11: Geburten und Sterbefälle in Babenhausen 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Bickenbach

Bei den Geburten ist in Bickenbach ein Anstieg der Kurve von Mitte der 1980er bis Mitte der 1990er Jahre zu sehen. Dabei fielen einzelne Jahre im betrachteten Zeitraum mit besonders vielen Geburten auf, wie z.B. 1989 mit 66 Geborenen und 1997 mit dem Höchststand von 69 Kindern. Anschließend sanken die Geburtenzahlen allmählich ab. Mit 30 bis maximal 35 Kindern waren es von 2011 bis 2014 besonders wenige Geburten. Von 2015 an stieg die Geburtenzahl deutlich und war 2017 mit 62 Geburten wieder auf einem ziemlich hohen Stand. Dies könnte auch mit neuen Baugebieten zusammenhängen, die in den letzten Jahren zu einem deutlichen Zuzug und damit auch zu einer Erhöhung der Zahl potenzieller Eltern führte. Im Jahr 2018 ging die Zahl der Geborenen allerdings wieder etwas zurück auf 50 Kinder.

Die Zahl der Sterbefälle bewegte sich in Bickenbach in den 1980er und 1990er Jahren meist in einem Bereich von etwa 30 bis 50 Verstorbenen pro Jahr. Der niedrigste Stand wurde im Jahr 2001 mit 29 Todesfällen registriert. In den Folgejahren stieg die Zahl erheblich an. 2005 verstarben 60 Menschen und damit mehr als doppelt so viele wie drei Jahre zuvor. Ein starker Anstieg der Todesfälle ist ab dem Jahr 2011 zu erkennen. Dieser Anstieg geht vor allem auf die Eröffnung von zwei neuen Altenwohnanlagen zurück. Naturgemäß sterben in solchen Einrichtungen viele Menschen, da sie bereits bei ihrem Einzug meist ein sehr hohes Alter haben. Durch die relativ geringe Gesamteinwohnerzahl wirkt sich dies in Bickenbach besonders deutlich auf die Zahl der Sterbefälle aus. Im Jahr 2018 waren 6,3 % der Bevölkerung Bickenbachs bereits mindestens 80 Jahre alt.

In Bickenbach gab es in der betrachteten Zeitreihe in sehr vielen Jahren mehr Geburten als Sterbefälle. Der positivste Saldo wurde Mitte der 1990er Jahre erreicht. Seit 2005 kam es in einzelnen Jahren zu einem Sterbeüberschuss. Dieser hat sich durch die Eröffnung der Altenwohnanlagen ab 2011 trotz steigender Geburtenzahlen verstetigt und erheblich vergrößert.

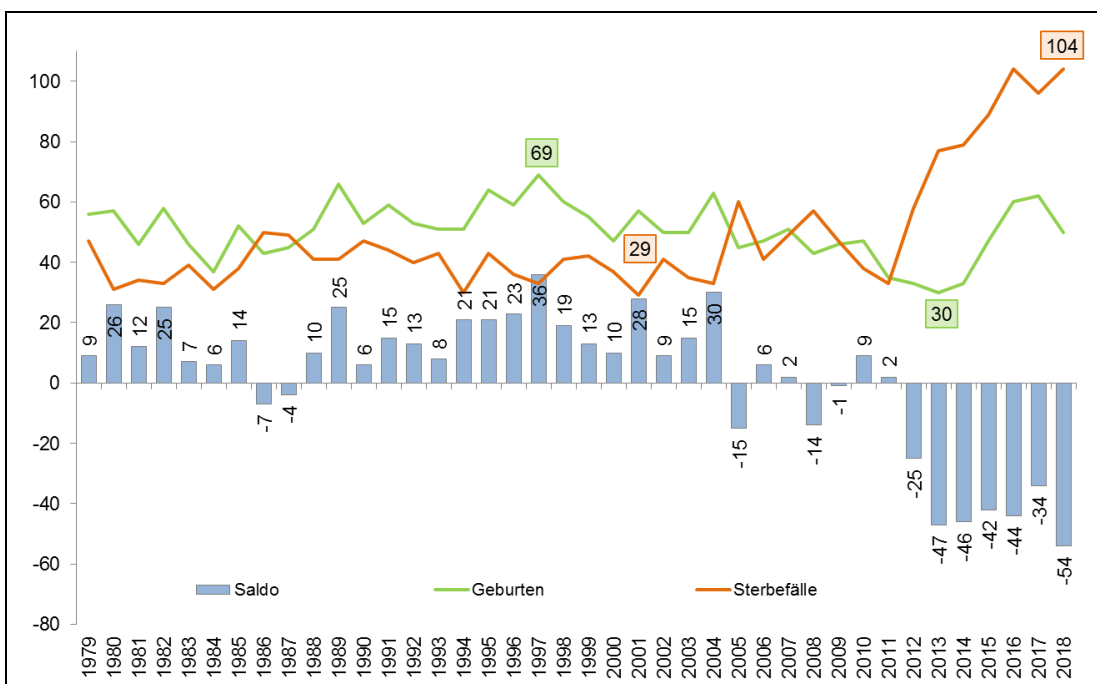


Abb. 12: Geburten und Sterbefälle in Bickenbach 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Dieburg

Die Entwicklung von Geburten und Sterbefällen zeigt in Dieburg einen etwas anderen Verlauf, als in den meisten anderen Städten und Gemeinden. Bereits zu Beginn dieser Zeitreihe gab es dort etwa 130 bis 150 Sterbefälle und nur etwa 100 bis 120 Geburten, pro Jahr. Ab Mitte der 1990er Jahre sank die Zahl der Sterbefälle etwas ab und erreichte 2003 mit nur 109 Verstorbenen ihren Tiefstand. Seitdem stieg die Zahl der Sterbefälle wieder an, auch wenn sie zwischenzeitlich 2011 und 2012 nochmals mit 112 bzw. 115 Verstorbenen recht niedrig lag. Im Jahr 2017 wurde der bisherige Höchststand von 175 Verstorbenen erreicht.

Die Kurve der Geburtenzahlen zeigt in Dieburg einen schwankenden Verlauf, dessen Tiefpunkte in den Jahren 1985 und 2005 mit 99 Geborenen erreicht wurden. In den meisten anderen Jahren brachten die in Dieburg lebenden Mütter rund 110 bis 130 Kinder zur Welt. 2014 bis 2016 stieg die Zahl der Geburten deutlich an, bis auf den Höchststand von 159 Kindern. 2017 und 2018 ereigneten sich allerdings nur noch 126 beziehungsweise 134 Geburten. Die Phase erhöhter Geburtenzahlen durch die große Babyboomer-Generation war in Dieburg weniger stark ausgeprägt. Der leichte Geburtenanstieg ab Ende der 1980er Jahre wirkte sich nur etwas abmildernd auf den in den meisten Jahren negativen Saldo aus, da die Zahl der Sterbefälle schon zuvor auf einem sehr hohen Niveau war.

Nur in wenigen Jahren gab es in Dieburg mehr Geburten als Sterbefälle. Diese Geburtenüberschüsse ereigneten sich überwiegend im Zeitraum von 1998 bis 2004, sie fielen aber eher gering aus. Die höchsten Sterbeüberschüsse gab es in den Jahren 1982, 1985 und 2017 mit 44 bis 50 mehr Todesfällen als Geburten.

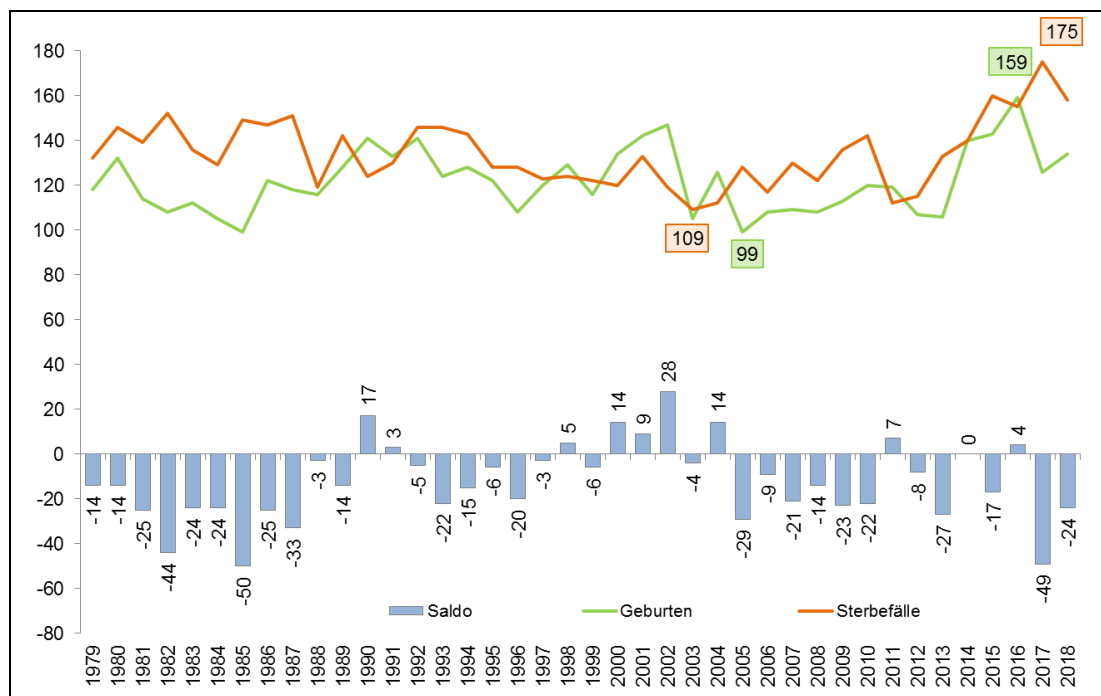


Abb. 13: Geburten und Sterbefälle in Dieburg 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Eppertshausen

Die Geburtenzahlen zeigen in Eppertshausen einen Anstieg ab Mitte der 1980er bis Mitte der 1990er Jahre durch die von der Babyboomer-Generation geborene große Kindergeneration. Bemerkenswert ist hier allerdings der ausgesprochen hohe Einzelwert von 81 Geborenen im Jahr 1997. Ab 1987 bis 2000 lag das Niveau in den meisten Jahren bei rund 50 bis 60 Geburten. Danach gab es einen sinkenden Trend bei der Geburtenzahl. Im Jahr 2007 wurde der bisherige Tiefstand von nur 39 Neugeborenen erreicht, das war nur knapp die Hälfte der Geburtenzahl aus dem Jahr 1997. Seit 2014 war allerdings wieder ein deutlicher Geburtenanstieg zu verzeichnen, was vermutlich auch mit Zuzügen potenzieller Eltern in den neuen Baugebieten in Zusammenhang stand. Die Geburtenzahl des Jahres 2018 mit nur 46 Kindern lag allerdings wieder recht nahe am niedrigsten Stand aus dem Jahr 2007.

Die Zahl der Sterbefälle lag in den meisten Jahren bei etwa 40 bis 50 Personen. Der niedrigste Wert im betrachteten Zeitraum wurde gleich zu Beginn 1979 mit nur 34 Verstorbenen erreicht. Die mit 79 Todesfällen höchste Anzahl lag hingegen im Jahr 2018 vor. In der Tendenz war seit einigen Jahren trotz der jährlichen Schwankungen eine zunächst leicht ansteigende Kurve bei den Sterbefällen zu erkennen, seit 2017 fiel der Anstieg besonders stark aus.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen war in Eppertshausen in sehr vielen Jahren positiv. Besonders hoch waren die Geburtenüberschüsse vor allem Mitte der 1990er Jahre. In den Jahren 1985, 2007, 2012 und 2013 ereigneten sich geringfügig mehr Todesfälle als Geburten. Im Jahr 2018 ergab sich allerdings ein besonders starkes Geburtendefizit von 33 Personen.

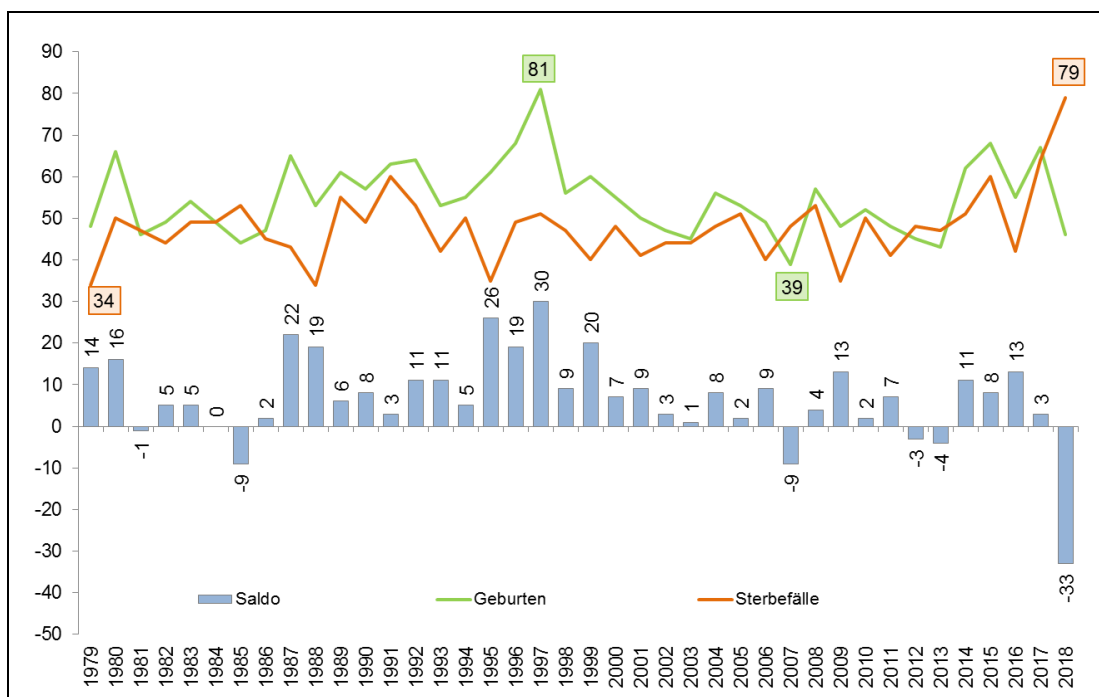


Abb. 14: Geburten und Sterbefälle in Eppertshausen 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Erzhausen

Die Zahl der Sterbefälle zeigte in Erzhausen für den betrachteten Zeitraum überwiegend ein relativ einheitliches Niveau von rund 50 bis 60 Todesfällen pro Jahr. Davon stärker abweichende Tiefstände fielen in den Jahren 1980, 1981 und 1989 mit jeweils maximal 45 Verstorbenen und abweichende Höchststände mit jeweils mindestens 65 Verstorbenen in den Jahren 1985, 1991, 2005 und 2018 auf.

Die Geburtenzahlen hatten einen leichten Einbruch zu Beginn der 1980er Jahre mit dem Tiefstand 1984 von nur 51 Neugeborenen. Anschließend stieg die Zahl aber wieder auf ähnlich hohe Werte wie zuvor von etwa 70 bis 80 Geburten pro Jahr an. Anfang der 1990er Jahre gab es, anders als in vielen anderen Kommunen, wieder etwas weniger Geburten, bevor der Höchststand im Jahr 1997 mit 85 Neugeborenen erreicht wurde. Ähnlich hohe Werte von mindestens 80 Geburten erreichten in der Folge die Jahre 2003, 2007, 2015 und 2018. Durch deutliche Zuwanderung nach Erzhausen seit dem Jahr 2002 hat sich auch die Zahl der potenziellen Eltern fortwährend erhöht. Hierdurch sank die absolute Geburtenzahl in der Tendenz nicht längerfristig ab, auch wenn es einzelne Jahre mit weniger Geburten gab.

In Erzhausen ergab sich in den meisten Jahren ein positiver Geburtensaldo. Nur in den Jahren 1983 und 1984 sowie 2002 und 2004 waren es geringfügig mehr Todesfälle als Geburten. Nachdem sich die beiden Kurven in den Jahren 2008 bis 2012 sehr stark angenähert hatten, war ab 2013 wieder ein deutlicherer Geburtenüberschuss festzustellen. Dieser Überschuss reichte allerdings nicht an den hohen positiven Saldo zu Beginn der 1980er Jahre heran. Durch den starken Anstieg der Sterbefälle seit 2017 näherten sich die beiden Kurven seitdem trotz weiterhin steigender Geburtenzahlen allerdings wieder etwas an.

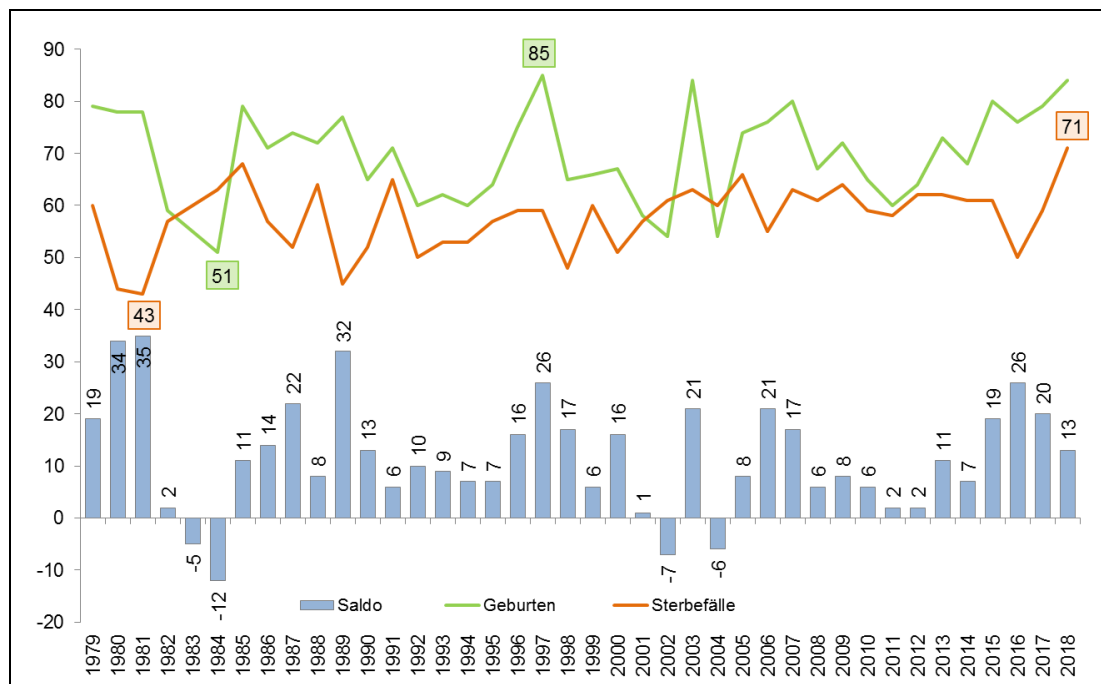


Abb. 15: Geburten und Sterbefälle in Erzhausen 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Fischbachtal

Die in der Grafik auffallenden starken Schwankungen von Geburten und Sterbefällen hängen in Fischbachtal mit der geringen Einwohnerzahl zusammen, hierdurch prägen sich bereits wenige Ereignisse stärker im Kurvenverlauf aus.

Die höchste Geburtenzahl aus dem Jahr 1992 war mit 38 Kindern fast dreimal so hoch wie der Tiefstand aus dem Jahr 2010 mit nur 13 Geborenen. Trotz der starken jährlichen Unterschiede war auch in Fischbachtal von Mitte der 1980er bis Mitte der 1990er Jahre ein Anstieg der Geburtenzahl durch die große Elterngeneration der Babyboomer erkennbar. Ab dem Jahr 2003 kamen verstärkt Jahre mit sehr niedrigen Geburtenzahlen von weniger als 20 Kindern vor. Die Anzahl von mindestens 30 Geburten wurde zuletzt 1999 überschritten. Von 2009 bis 2013 folgten mehrere besonders kleine Geburtenjahrgänge aufeinander. Nach dem Tiefstand im Jahr 2010 stiegen die Geburtenzahlen jährlich etwas an, bis auf jeweils 25 Kinder in den Jahren 2016 und 2017. Im Jahr 2018 ging die Zahl der Geburten jedoch wieder auf nur 18 Kinder zurück.

Auch die Zahl der jährlichen Verstorbenen variierte recht stark: im betrachteten Zeitraum waren es 1985 mit 36 Personen am meisten und 1998 mit nur 17 Personen nur noch knapp halb so viele. Nachdem zu Beginn der 2000er Jahre die Anzahl der Todesfälle etwas geringer war als in den Jahren zuvor, stieg sie in den letzten Jahren tendenziell wieder an. 2017 lag die Zahl mit 32 Verstorbenen nur geringfügig unter dem Höchststand des Jahres 1985.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen war von 1987 bis 2002, mit Ausnahme der Jahre 1989 und 1997, fast durchgängig positiv. Dies lag zunächst an der hohen Zahl von Geburten und später am Rückgang der Sterbefälle. Seit 2003 gab es allerdings in den meisten Jahren einen Sterbeüberschuss.

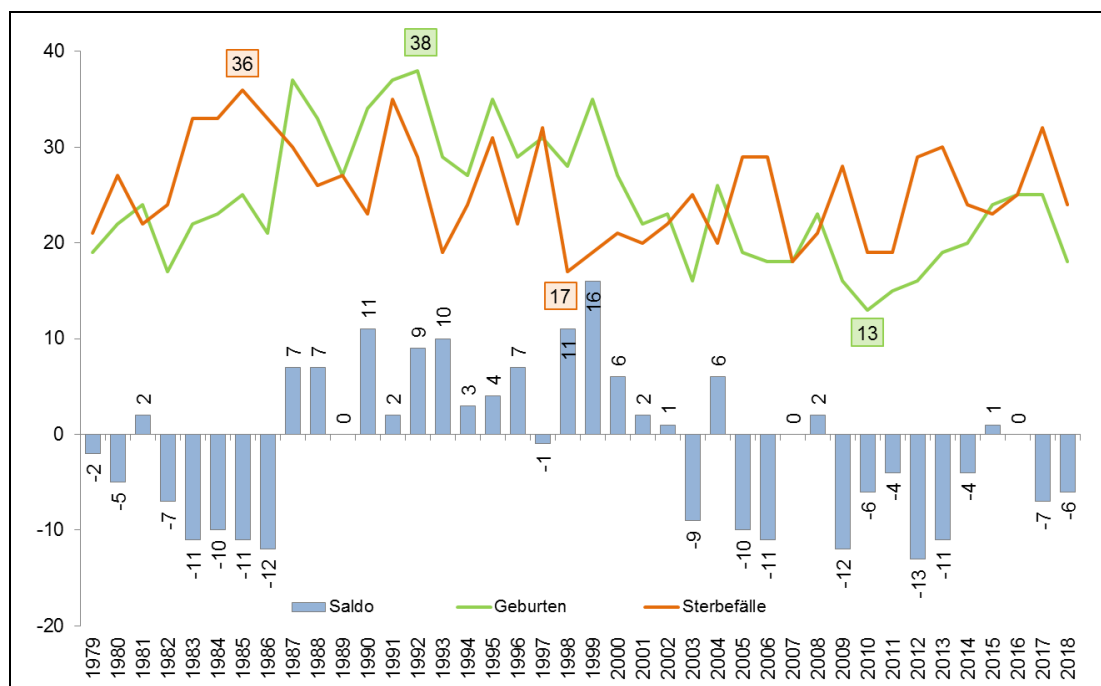


Abb. 16: Geburten und Sterbefälle in Fischbachtal 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Griesheim

In Griesheim ist bei den Geburten keine besonders ausgeprägte Welle durch die Kinder der Babyboomer zu erkennen. Vielmehr zeigte sich eine über die Jahre hinweg mit einigen Schwankungen ansteigende Geburtenzahl. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass in Griesheim kontinuierlich eine deutliche Zuwanderung stattfand, sodass immer mehr potenzielle Eltern dort lebten. Die wenigsten Geburten wurden 1984 mit 221 Neugeborenen verzeichnet, der Höchststand im betrachteten Zeitraum wurde 2018 mit 318 Geburten erreicht.

Die Zahl der Sterbefälle war über einen langen Zeitraum relativ gleichbleibend und bewegte sich in den meisten Jahren in einem Bereich von etwa 200 bis 220 verstorbenen Personen. Deutlich niedrigere Zahlen von Todesfällen gab es nur in wenigen Jahren. Der niedrigste Stand wurde 1987 mit nur 166 Verstorbenen erreicht. Weniger als 180 Personen verstarben außerdem in den Jahren 1987, 1990, 1991 und 1999. Gegen Ende der 2000er Jahre setzte langsam ein steigender Trend bei der Zahl der Sterbefälle ein. Der bislang höchste Stand wurde 2016 mit 273 verstorbenen Personen erreicht.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen war in Griesheim fast durchweg positiv. Im hier betrachteten Zeitraum gab es nur 1984 und 2015 geringfügig mehr Sterbefälle als Geburten. In den anderen Jahren gab es teilweise sehr große Geburtenüberschüsse. Im Jahr 1999 gab es mit 91 mehr Geborenen als Gestorbenen ein besonders positives Ergebnis. In den letzten Jahren fielen die Geburtenüberschüsse durch die gestiegene Zahl der Sterbefälle meist nicht mehr ganz so hoch aus.

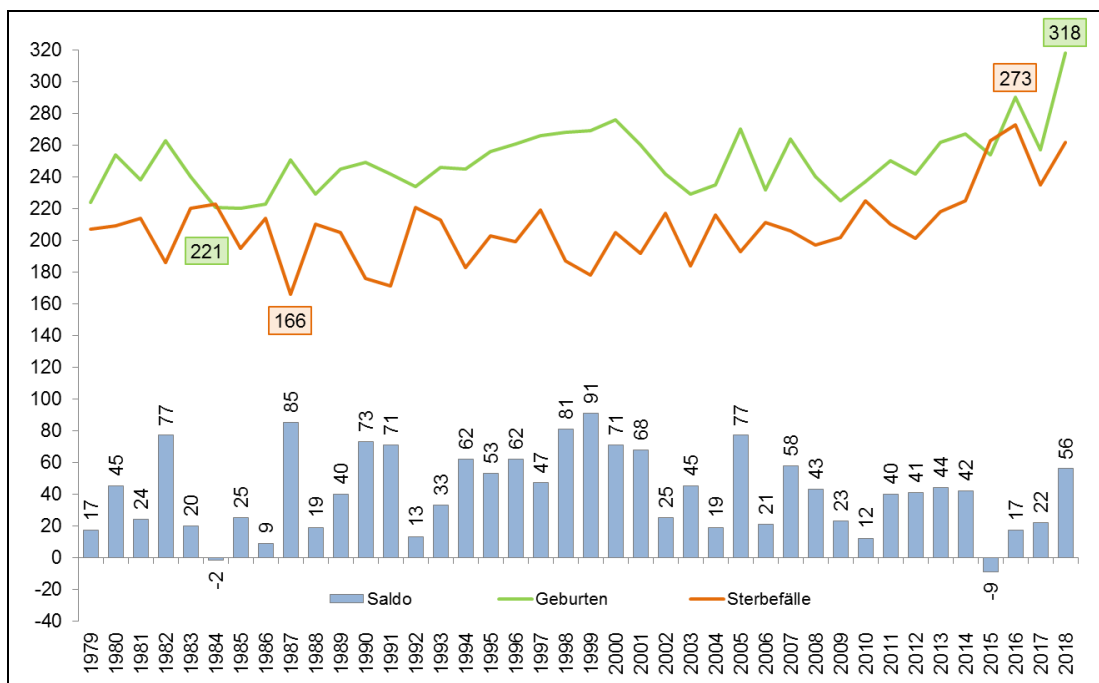


Abb. 17: Geburten und Sterbefälle in Griesheim 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)



## Groß-Bieberau

Die Zahl der Geburten schwankte in Groß-Bieberau im betrachteten Zeitraum erheblich. Dies lag auch daran, dass durch die relativ geringe Einwohnerzahl schon kleine Abweichungen stärker sichtbar sind als bei einwohnerreicheren Städten und Gemeinden. Die Anzahl der Geburten bewegte sich in den meisten Jahren zwischen etwa 30 und 50 Kindern. Mit 55 Geburten fiel im Jahr 2000 die Anzahl besonders groß aus. Dieser Jahrgang war fast dreimal so groß wie der kleinste Geburtenjahrgang aus dem Jahr 2009 mit nur 20 Kindern. In den Jahren von 2009 bis 2012 ereigneten sich vier Jahre in Folge nur sehr wenige Geburten von 20 bis 26 Kindern. Ab dem Jahr 2013 stieg die Geburtenzahl wieder an. Mehr als 40 Neugeborene gab es seitdem in den Jahren 2013, 2014 und 2017.

Bei den Sterbefällen lag die Zahl in den meisten Jahren bei rund 30 bis 40 Personen. Mit 30 Verstorbenen wurde im Jahr 2001 der niedrigste Stand in dieser Zeitreihe erreicht. Besonders hoch war die Anzahl hingegen mit 50 Sterbefällen im Jahr 1988, einzelne weitere Jahre mit mindestens 45 Todesfällen waren 1987, 1993, 1997, 2014 und 2018. Seit 2012 fiel die Anzahl der Sterbefälle in der Tendenz eher etwas höher aus. Dies ist vermutlich auch dadurch bedingt, dass der Anteil der ab 80-Jährigen von 6,5 % an der gesamten Bevölkerung in Groß-Bieberau höher lag als in den meisten anderen Kommunen.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen zeigte sich ebenfalls mit Schwankungen. Besonders positiv fiel er in den 1990er Jahren aus. Seit dem Jahr 2008 hat die Zahl der Jahre mit einem Sterbeüberschuss merklich zugenommen. Dies resultierte aus einem zunehmenden Trend bei den Sterbefällen, bei gleichzeitigem Auftreten einiger Jahre mit sehr wenigen Geburten. 2016 und 2017 war der Saldo vorübergehend leicht positiv.

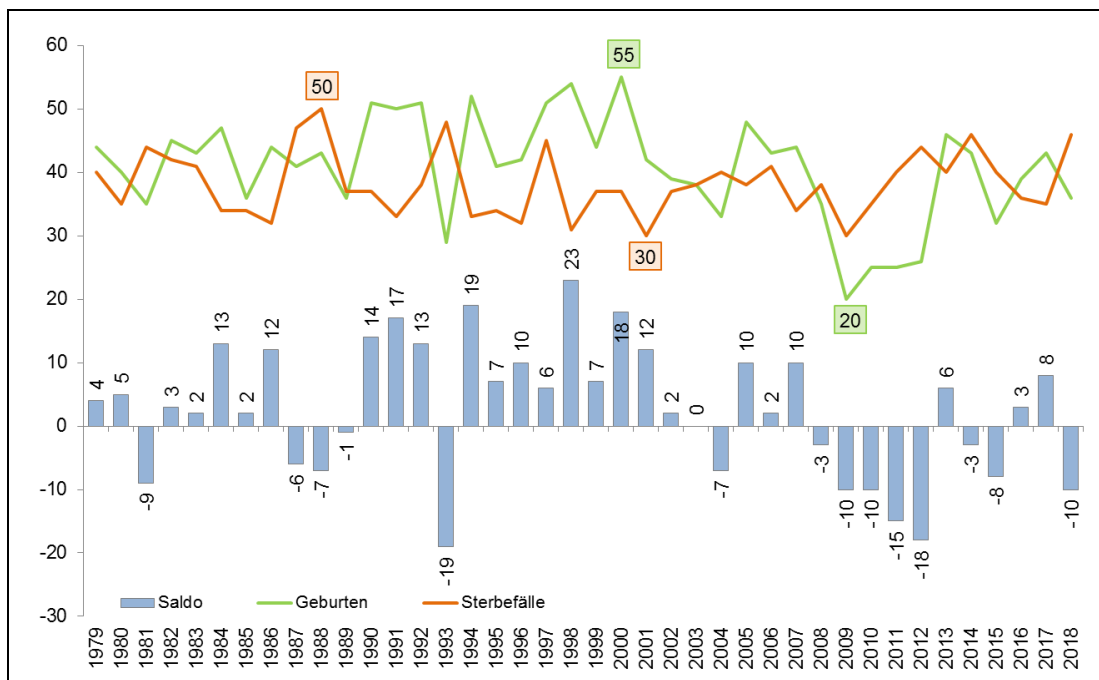


Abb. 18: Geburten und Sterbefälle in Groß-Bieberau 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Groß-Umstadt

Die Anzahl der Geburten zeigt in Groß-Umstadt einen deutlichen Anstieg durch die von der personenreichen Babyboomer-Generation geborenen Kinder ab Mitte der 1980er Jahre. Zu Beginn der 1990er Jahre hat es in Groß-Umstadt außerdem viele Zuzüge gegeben, was zu einer zusätzlichen Erhöhung der Zahl potenzieller Eltern führte.

Bis 1986 gab es jährlich etwa 160 bis 180 Geburten. Die Zahl von 200 Geburten wurde im betrachteten Zeitraum erstmals 1987 erreicht und erst im Jahr 2001 wieder unterschritten. Die mit 245 Neugeborenen höchste Zahl lag im Jahr 1994 vor. Seit Anfang der 2000er Jahre sank die Zahl tendenziell immer weiter ab, bis auf ein Niveau von etwa 150 bis 160 Geburten jährlich. Ihren bisherigen Tiefstand von nur 141 Kindern erreichte die Geburtenzahl im Jahr 2007. Im Jahr 2017 gab es einen sehr starken Anstieg auf 195 Neugeborene.

Bei den Sterbefällen lag die Anzahl zu Beginn der hier betrachteten Zeitreihe in vielen Jahren bei etwa 210 bis 230 Verstorbenen. Die meisten Todesfälle ereigneten sich 1989 mit 241 Personen. In den Jahren darauf sank die Zahl etwas ab, sodass es in den 2000er Jahren, mit Ausnahme des Jahres 2003, etwa 170 bis 190 Sterbefälle jährlich gab. Seit einem Tiefstand von 167 Verstorbenen im Jahr 2011 steigt die Zahl der Sterbefälle wieder an. Mehr als 200 Todesfälle ereigneten sich wieder in den Jahren 2013, 2015 und 2017.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen war in Groß-Umstadt nur in relativ wenigen Jahren positiv. Dies waren die Jahre 1990 bis 2001, in denen die erhöhte Geburtenzahl mit dem Absinken der Zahl Verstorbener aufeinander fiel. Davor und danach ergab sich teils ein hoher Sterbeüberschuss. Am stärksten fiel dieser 1984 aus, als 84 Personen mehr verstarben als neu geboren wurden. Seit dem Jahr 2003 gab es in Groß-Umstadt durchgehend ein Geburtendefizit.

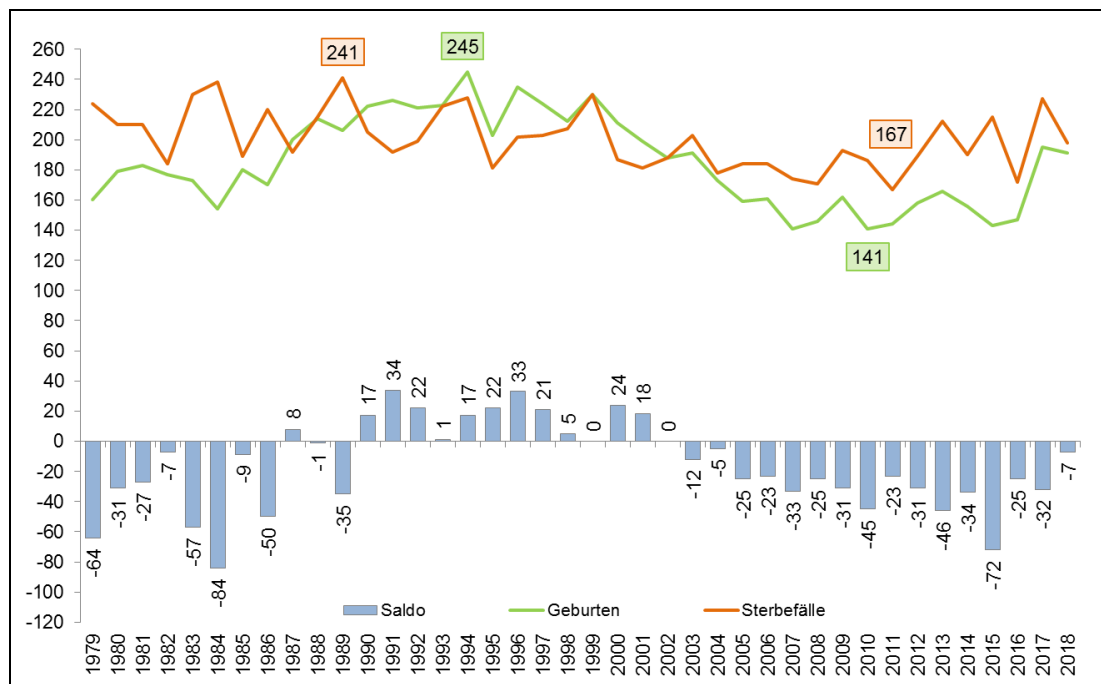


Abb. 19: Geburten und Sterbefälle in Groß-Umstadt 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Groß-Zimmern

In Groß-Zimmern ist bei den Geburten besonders deutlich zu erkennen, dass es eine Welle geburtenstarker Jahrgänge in den 1990er Jahren gab, die auch auf die von der großen Babyboomer-Generation geborenen Kinder zurückzuführen ist. Außerdem gab es in der ersten Hälfte der 1990er Jahre besonders viele Zuzüge nach Groß-Zimmern, was die Zahl potenzieller Eltern zusätzlich steigerte. Ausgehend von der niedrigen Geburtenzahl von nur 92 Kindern im Jahr 1985, stieg sie bis zum Höchststand 1995 auf 169 Geborene an. Mehr als 160 Geburten gab es auch in den Jahren 1997 und 1998. In den Folgejahren sank die Zahl der Geburten allmählich wieder ab, sodass ab 2002 in der Mehrzahl der Jahre rund 110 bis 130 Kinder geboren wurden. Im Jahr 2018 wurde wieder ein besonders hoher Stand an Geburten von 166 Kindern erreicht, der sehr nahe am Höchstwert aus dem Jahr 1995 lag.

Die Zahl der Sterbefälle zeigte geringere Schwankungen und blieb lange Zeit auf einem recht stabilen Niveau von etwa 90 bis 110 Verstorbenen pro Jahr. Seit Mitte der 2000er Jahre ist eine steigende Tendenz bei den Sterbefällen erkennbar. Ab dem Jahr 2009 wurde die Zahl von 120 Todesfällen mehrfach überschritten, der bisherige Höchststand wurde 2018 mit 151 Verstorbenen erreicht.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen fiel in Groß-Zimmern in sehr vielen Jahren mit einem positiven Ergebnis aus. Der Geburtenüberschuss war in den 1990er Jahren besonders deutlich ausgeprägt. In den Jahren mit negativem Saldo fiel das Defizit bislang relativ gering aus. Seit dem Jahr 2009 hat allerdings die Häufigkeit der Jahre mit einem Sterbeüberschuss erheblich zugenommen. Der lange Zeit positive Saldo hängt vermutlich auch mit der vergleichsweise jungen Altersstruktur Groß-Zimmerns zusammen. Nur 18,3 % der Bevölkerung waren Ende 2018 in einem Alter ab 65 Jahren. Dementsprechend gab es verhältnismäßig wenige Menschen mit einer besonders hohen Sterbewahrscheinlichkeit.

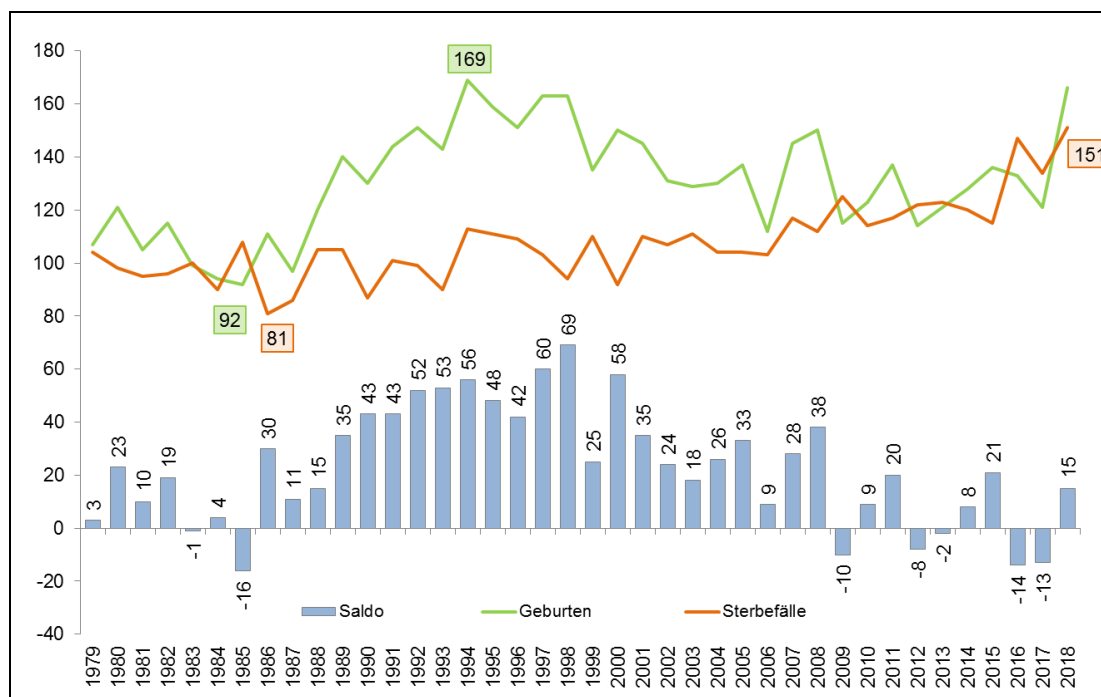


Abb. 20: Geburten und Sterbefälle in Groß-Zimmern 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Messel

In Messel lag im betrachteten Zeitraum der Höchststand der Geburtenzahl von 57 Kindern im Jahr 1986 vor. Die bis Mitte der 1990er Jahre anhaltende Phase mit besonders vielen Geburten, dürfte überwiegend durch die von der großen Generation der Babyboomer zur Welt gebrachten Kinder bedingt gewesen sein. Ende der 1990er Jahre gab es einen deutlichen Rückgang der Geburtenzahlen in Messel. Ab 1997 wurden in den meisten Jahren nur maximal 35 Kinder geboren. Der niedrigste Stand wurde im Jahr 2013 mit nur 19 Geburten erreicht. Dies war nur ein Drittel der Geburtenzahl aus dem Jahr 1986. Seitdem stieg die Anzahl der Geborenen wieder an und lag seit 2016 jährlich bei mindestens 40 Kindern. Die großen Schwankungen der Zahl von Geburten und Sterbefällen liegen in Messel auch mit daran, dass durch die relativ geringe Einwohnerzahl schon kleinere Abweichungen stärker ins Gewicht fallen als bei einwohnerreicheren Kommunen.

Die Anzahl der Sterbefälle war insgesamt etwas stabiler. In den meisten Jahren starben etwa 25 bis 40 der in Messel lebenden Menschen. Ausnahmen waren die Jahre 1987 und 2000 mit jeweils nur 19 Todesfällen. Von 2000 bis 2003 gab es vier Jahre in Folge sehr wenige Sterbefälle in Messel. Seitdem zeigt sich allerdings eine steigende Tendenz. Die meisten Todesfälle innerhalb dieser Zeitreihe ereigneten sich im Jahr 2016, als 45 Personen starben.

Der Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung fiel bis Mitte der 1990er Jahre überwiegend positiv aus. Die wenigen Jahre mit einem Sterbeüberschuss verursachten nur ein geringes Defizit, während es durch die Jahre mit Geburtenüberschuss deutliche Zuwächse gab. Seit 1997 gab es vermehrt Jahre mit weniger Geborenen als Verstorbenen.

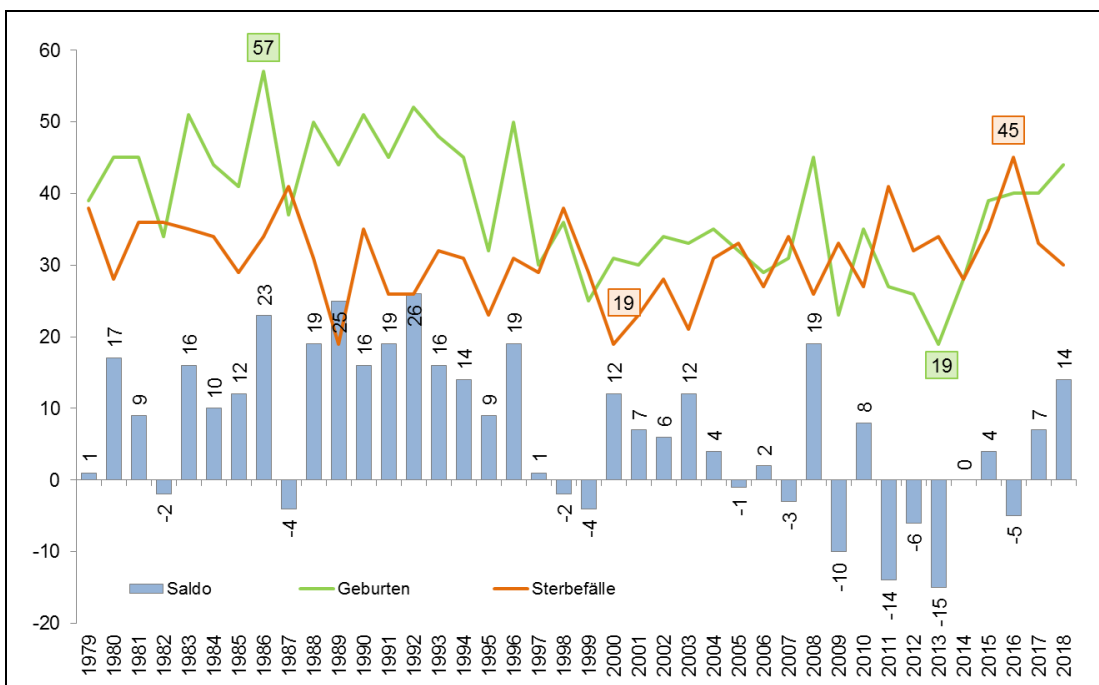


Abb. 21: Geburten und Sterbefälle in Messel 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Modautal

Die Zahl der Geburten in Modautal schwankte im betrachteten Zeitraum erheblich. Das lag auch daran, dass durch die relativ geringe Einwohnerzahl schon kleine Abweichungen stark ins Gewicht fielen. Der Höchststand von 59 Geborenen im Jahr 1992 war fast dreimal so hoch wie der niedrigste Stand von nur 23 Geburten im Jahr 2008. Die geburtenreichste Phase von 1988 bis 1994 ist vermutlich auch in Modautal auf die Geburten durch Mütter aus den personenstarken Babyboomer-Jahrgängen zurückzuführen, auch wenn bereits 1979 mit 55 Geburten eine ähnlich hohe Anzahl erreicht wurde. Bis Ende der 1990er Jahre wurden in den meisten Jahren etwa 40 bis 55 Kinder geboren. Danach sanken die Geburtenzahlen in der Tendenz eher ab. Besonders wenige Geburten gab es von 2008 bis 2010 mit jeweils weniger als 30 Kindern. Seitdem ist jedoch wieder ein Zuwachs zu erkennen. Der seit langem höchste Stand wurde im Jahr 2017 mit 50 Neugeborenen erreicht.

In den meisten der hier betrachteten Jahre gab es in Modautal etwa 45 bis 60 Todesfälle. Anfang der 2000er Jahre verstarben mehrere Jahre in Folge relativ wenige Menschen, ab 2008 stieg die Zahl der Sterbefälle allerdings. Die mit 39 Personen wenigsten Sterbefälle ereigneten sich im Jahr 1987. Mehr als doppelt so hoch fiel der Höchststand von 80 Todesfällen im Jahr 2015 aus. Ähnlich viele waren es kurz darauf im Jahr 2017 mit 74 Verstorbenen. Der Anstieg der Sterbefälle ist in Modautal vermutlich durch den hohen Anteil älterer Menschen bedingt. Ende 2018 waren 6,8 % der Gesamtbevölkerung in Modautal mindestens 80 Jahre alt.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen war in Modautal in fast allen Jahren von einem Sterbeüberschuss gekennzeichnet. Nur in wenigen Jahren gab es geringfügig mehr Geborene als Verstorbene. Das Geburtendefizit fiel dabei in den meisten Jahren ab 2008 durch das zeitgleiche Ansteigen der Sterbezahlen und Absinkenden der Geburtenzahlen besonders hoch aus.

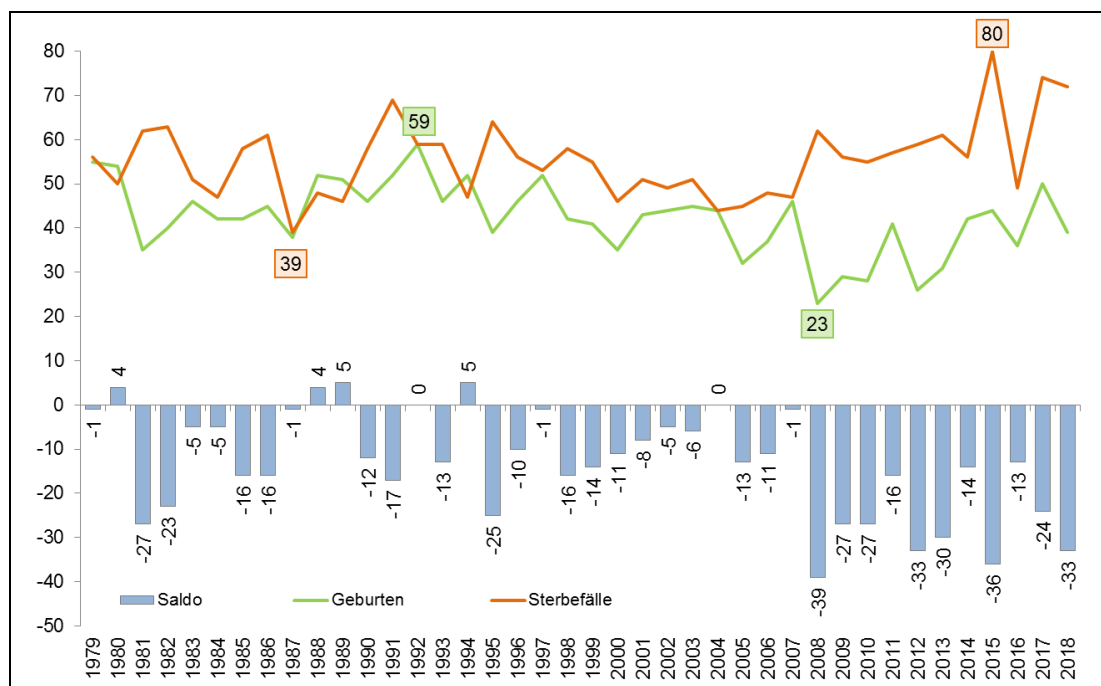


Abb. 22: Geburten und Sterbefälle in Modautal 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Mühlital

Die Entwicklung der Geburtenzahl in Mühlital zeigt eine Phase mit etwas mehr Geborenen von Mitte der 1980er bis Ende der 1990er Jahre. Diese Entwicklung geht auch hier vermutlich vor allem auf die von der großen Babyboomer-Generation geborenen Kinder zurück. Der Höchststand wurde 1995 mit 146 Geborenen erreicht. Anschließend sank die Zahl der Geburten mit einigen Schwankungen immer weiter ab, bis im Jahr 2007 der niedrigste Stand mit nur noch 90 Kindern erreicht wurde. Weniger als 100 Geburten gab es außerdem 2003, 2010, 2011 und 2015. Seit 2016 lag die Zahl der geborenen Kinder wieder etwas höher. 2018 wurde sogar mit 145 Geburten fast der Höchststand aus dem Jahr 1995 erreicht.

Die Zahl der Sterbefälle lag in Mühlital in den meisten Jahren bei etwa 120 bis 140 Personen. Davon abweichend ereigneten sich die meisten Todesfälle im Jahr 1984 mit 179 verstorbenen Personen, welches allerdings auf ein Jahr mit besonders wenigen Sterbefällen folgte. Die wenigsten Menschen aus Mühlital verstarben hingegen im Jahr 2001, als es nur 98 Todesfälle gab. Von 2005 bis 2008 ereigneten sich vier Jahre in Folge nur relativ wenige Sterbefälle. Danach stieg die Anzahl aber deutlich an, 2016 lag mit 154 Verstorbenen der zweithöchste Wert in dieser Zeitreihe vor.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen ergab in den meisten Jahren seit 1979 ein Geburtendefizit. Die negativen Salden waren 1984 und 2011 besonders hoch mit 69 bzw. 57 mehr Verstorbenen als Geborenen. In den Jahren mit einem Geburtenüberschuss war dieser hingegen meist nur sehr gering. In den Jahren von 2009 bis 2017 ereigneten sich in Mühlital jährlich mehr Todesfälle als Geburten. 2018 ergab sich seit vielen Jahren erstmals wieder ein geringfügiger Geburtenüberschuss.

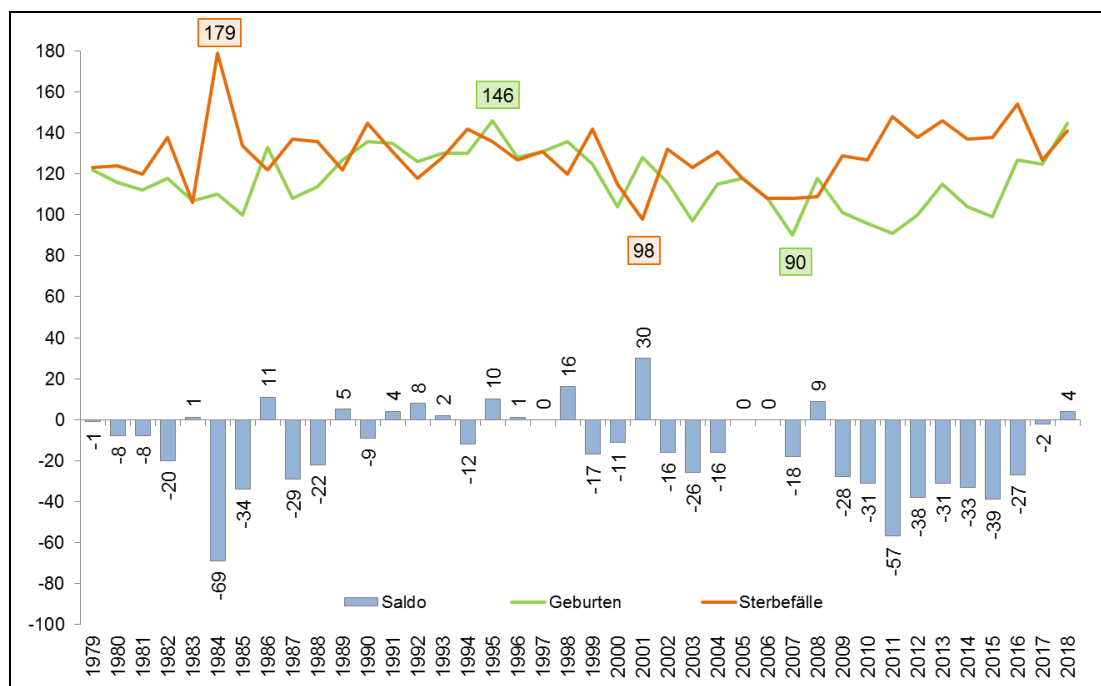


Abb. 23: Geburten und Sterbefälle in Mühlital 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Münster

Die Zahl der Geburten war zu Beginn der hier aufgezeigten Zeitreihe schon mit 143 bzw. 140 Geborenen in den Jahren 1980 und 1981 recht hoch, sank anschließend von 1984 bis 1987 etwas ab und zeigte ab 1988 einen deutlichen Anstieg. Der höchste Stand wurde 1991 mit 155 Geborenen erreicht. Anfang der 2000er Jahre ging die Zahl wieder stark zurück, sodass bis 2013 in der Mehrzahl der Jahre weniger als 120 Kinder geboren wurden. Seit 2014 ist ein erneuter Anstieg der Geburtenzahl festzustellen. 2018 gab es mit 146 Geburten wieder so viele neugeborene Kinder in Münster wie zuletzt im Jahr 2001. Die beiden markanten Anstiege der Geburtenzahlen dürften auch in Münster auf die von der großen Generation der von den Babyboomer geborenen Kinder und Enkel zurückzuführen sein.

Die Anzahl der Todesfälle hatte ihren niedrigsten Stand im betrachteten Zeitraum 1980 mit nur 79 Personen. In den folgenden Jahren starben meist zwischen 90 und 110 Personen. Ausnahmen hiervon waren insbesondere die Jahre 1983 und 2001 mit 117 bzw. 119 Todesfällen sowie die Jahre 1985, 1997 und 1999 mit jeweils nur 83 oder 84 Verstorbenen. Seit 2010 hat sich allerdings die Anzahl erhöht. Die meisten Todesfälle ereigneten sich im Jahr 2018 mit 143 Personen.

Der Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung ergab in Münster sehr lange Zeit einen recht hohen Geburtenüberschuss. Von 1979 bis 2008 war das Ergebnis jedes Jahr positiv und fiel in einigen Jahren mit über 50 mehr Geborenen als Verstorbenen recht hoch aus. In den 2000er Jahren war der Geburtenüberschuss bereits nicht mehr ganz so groß. Von 2009 bis 2013 gab es dann vier Jahre in Folge ein leichtes Geburtendefizit. Seit 2014 lag hingegen wieder jährlich ein leichter Geburtenüberschuss vor.

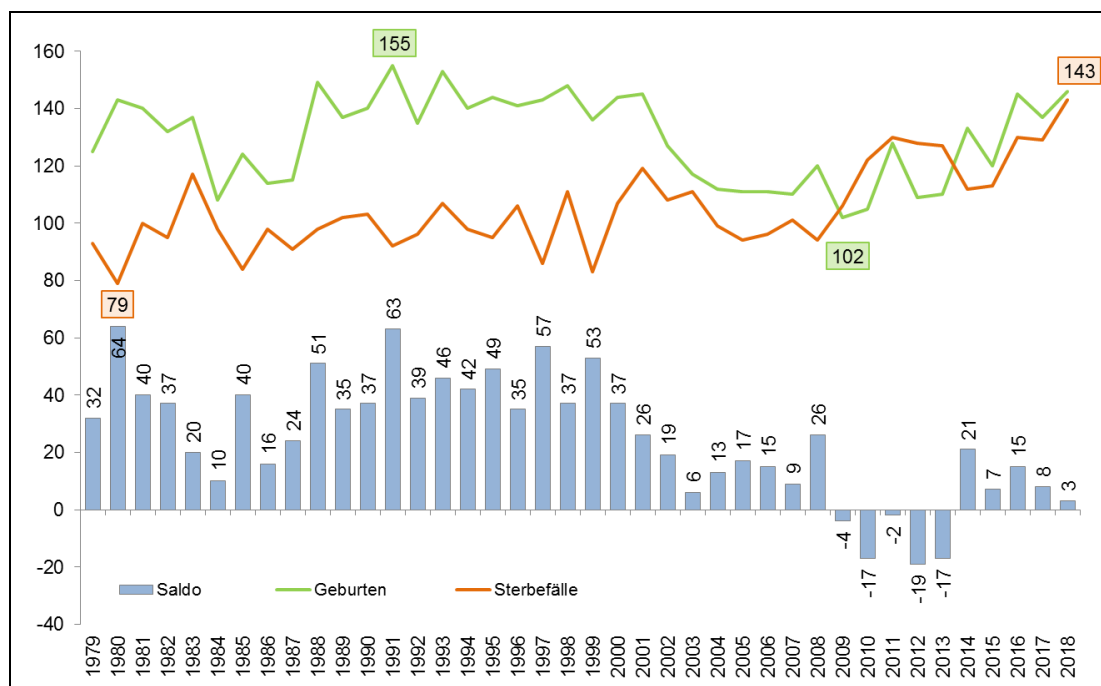


Abb. 24: Geburten und Sterbefälle in Münster 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)



## Ober-Ramstadt

Die Zahl der Geburten zeigte in Ober-Ramstadt eine deutliche Erhöhung in den 1990er Jahren. Dies dürfte zum Teil durch die von der personenreichen Generation der Babyboomer geborenen Kinder zurückzuführen sein. Zusätzlich zogen Anfang der 1990er Jahre besonders viele Menschen nach Ober-Ramstadt zu, sodass sich hierdurch ebenfalls die Anzahl der potenziellen Eltern erhöht haben dürfte. Von 1988 bis 1998 wurden fast jedes Jahr mehr als 160 Kinder geboren. Die höchste Geburtenzahl von 195 Kindern wurde im Jahr 1996 erreicht. Ab 1999 ging die Geburtenzahl langsam zurück. Der bisherige Tiefstand lag 2009 mit nur 119 Geburten vor. Seit einigen Jahren ist jedoch wieder eine leicht steigende Tendenz zu erkennen.

Die Zahl der Todesfälle zeigt, mit einigen Schwankungen, eine in der Tendenz entgegengesetzte Entwicklung. Der niedrigste Stand in dieser Zeitreihe mit 104 Verstorbenen wurde 1987 erreicht. Anschließend stieg die Zahl tendenziell immer weiter an. Seit 1994 gab es in fast allen Jahren mehr als 140 Todesfälle, der bislang höchste Stand wurde 2017 mit 174 Personen erreicht.

Der Saldo von Geburten und Sterbefällen zeigt in Ober-Ramstadt ab dem Jahr 2002 einen klaren Übergang von einem Geburtenüberschuss zu einem Geburtendefizit. Bis zum Jahr 2001 ereigneten sich in den meisten Jahren deutlich mehr Geburten als Todesfälle, nur von 1984 bis 1986 gab es bereits einen Sterbeüberschuss. In einigen Jahren wurden durch den Geburtenüberschuss Zuwächse von 40 bis 60 Personen erreicht. Seit dem Jahr 2002 ist der Saldo jährlich negativ. Das größte Defizit lag 2009 mit 49 weniger Geborenen als Verstorbenen vor.

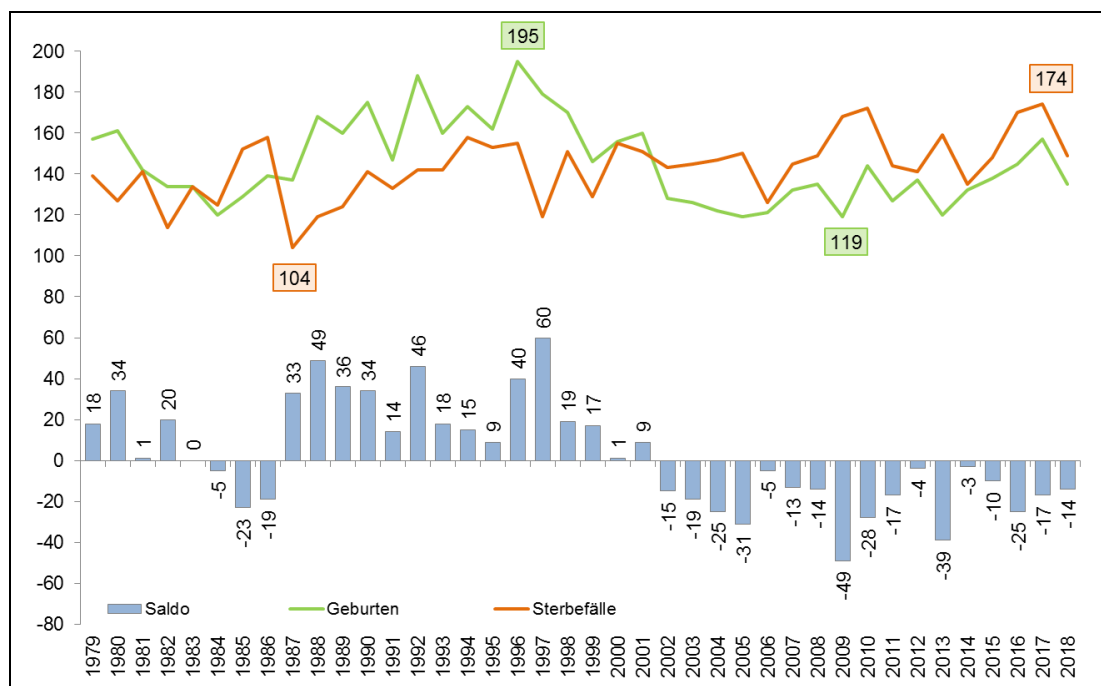


Abb. 25: Geburten und Sterbefälle in Ober-Ramstadt 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Otzberg

Die Geburtenzahlen in Otzberg lagen in den 1980er Jahren in der Regel jährlich bei etwa 50 bis 60 Kindern. Anfang der 1990er Jahre ergab sich ein Anstieg auf bis zu 82 Geburten im Jahr 1992. Dieser Anstieg wurde vermutlich durch die von der großen Babyboomer-Generation zur Welt gebrachten Kinder und auch durch die vermehrten Zuzüge Anfang der 1990er Jahre verursacht. Anschließend sanken die Geburtenzahlen allmählich wieder ab. Seit 1999 wurden in der Mehrzahl der Jahre weniger als 50 Kinder geboren. Die mit 42 Neugeborenen wenigsten Geburten ereignete sich in den Jahren 2008 und 2011. Anders als in vielen anderen Kommunen stieg die Tendenz der Geburtenzahl in Otzberg in den letzten Jahren nur wenig an. Dennoch wurde 2018 mit 61 Geburten der seit vielen Jahren höchste Stand erreicht.

Bei den Sterbefällen lag der niedrigste Stand von nur 49 Personen im Jahr 1981 vor. Anschließend bewegte sich die Zahl der jährlich Verstorbenen bis zum Jahr 1995 etwa zwischen 60 und 75 Personen. Ab 1996 sank die Zahl der Todesfälle etwas ab, sodass bis 2005 pro Jahr etwa 50 bis 60 Personen verstarben. Seit dem Jahr 2006 gab es aber wieder mehr Todesfälle, der höchste Stand lag 2015 mit 78 Verstorbenen vor.

Der Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung in Otzberg ist im betrachteten Zeitraum dadurch gekennzeichnet, dass in vielen Jahren mehr Menschen starben als neu geboren wurden. Der Sterbeüberschuss fiel dabei teilweise recht deutlich aus. Es ereigneten sich zwar auch immer wieder einzelne Jahre mit einem leichten Geburtenüberschuss, diese wurden allerdings im Lauf der Zeitreihe immer seltener und erreichten ab den 2000er Jahren nur noch minimal positive Ergebnisse.

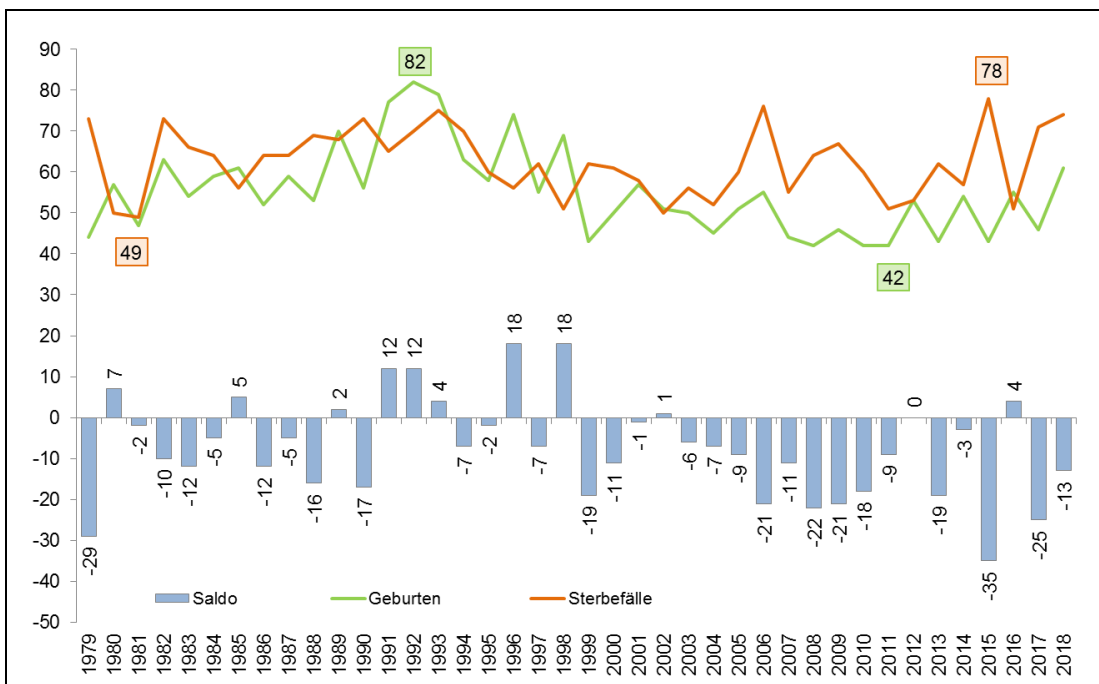


Abb. 26: Geburten und Sterbefälle in Otzberg 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Pfungstadt

In Pfungstadt war im Jahr 1980 die Zahl von 284 Geburten auf einem recht hohen Stand. Anschließend ging sie für einige Jahre etwas zurück. Ab 1987 bis zum Ende der 1990er Jahre lagen die Geburtenzahlen mit in den meisten Jahren mindestens 260 geborenen Kindern wieder deutlich höher. Der höchste Stand wurde dabei 1997 mit 304 Geburten erreicht. Ab dem Jahr 2000 sank die Zahl der Geburten deutlich. Mit nur 183 Kindern fiel sie 2007 besonders gering aus, ähnlich gering war sie auch im Jahr 2009 mit 196 Neugeborenen. Ab 2014 ist ein deutlicher Anstieg der Geburtenzahl festzustellen. 2018 brachten die in Pfungstadt lebenden Frauen 302 Kinder zur Welt, das waren ähnlich viele wie im bislang geburtenreichsten Jahr 1997. Die beiden Anstiege gehen vermutlich auch auf die Geburt der Kinder und Enkel der personenreichen Babyboomer-Generation zurück. Von 1989 bis 1994 gab es außerdem besonders viele Zuzüge nach Pfungstadt, sodass sich dadurch die Anzahl der potenziellen Eltern erhöhte.

Die geringste Zahl von Sterbefällen lag im Jahr 1981 mit 199 Personen vor. Anschließend war die Anzahl in Pfungstadt viele Jahre lang relativ stabil und bewegte sich bis 2012 meistens im Bereich von etwa 210 bis 240 Verstorbenen. Ab 2013 gab es eine deutliche Steigerung der Sterbefälle auf mehr als 250 Personen pro Jahr. 2017 ergab sich der höchste Stand in dieser Zeitreihe von 293 Todesfällen, das waren fast 100 mehr als im Jahr 1981.

In Pfungstadt ergab der Saldo von 1979 bis 2001 durchgängig einen Geburtenüberschuss, welcher allerdings unterschiedlich hoch ausfiel. Ab dem Jahr 2002 ereigneten sich hingegen in den meisten Jahren mehr Sterbefälle als Geburten. Ausnahmen waren die Jahre 2003, 2010 und 2012 mit einem leicht positiven Ergebnis. Das Jahr 2018 sticht durch einen hohen Geburtenüberschuss heraus, der durch weniger Sterbefälle und mehr Geburten als in den Jahren zuvor zustande kam.

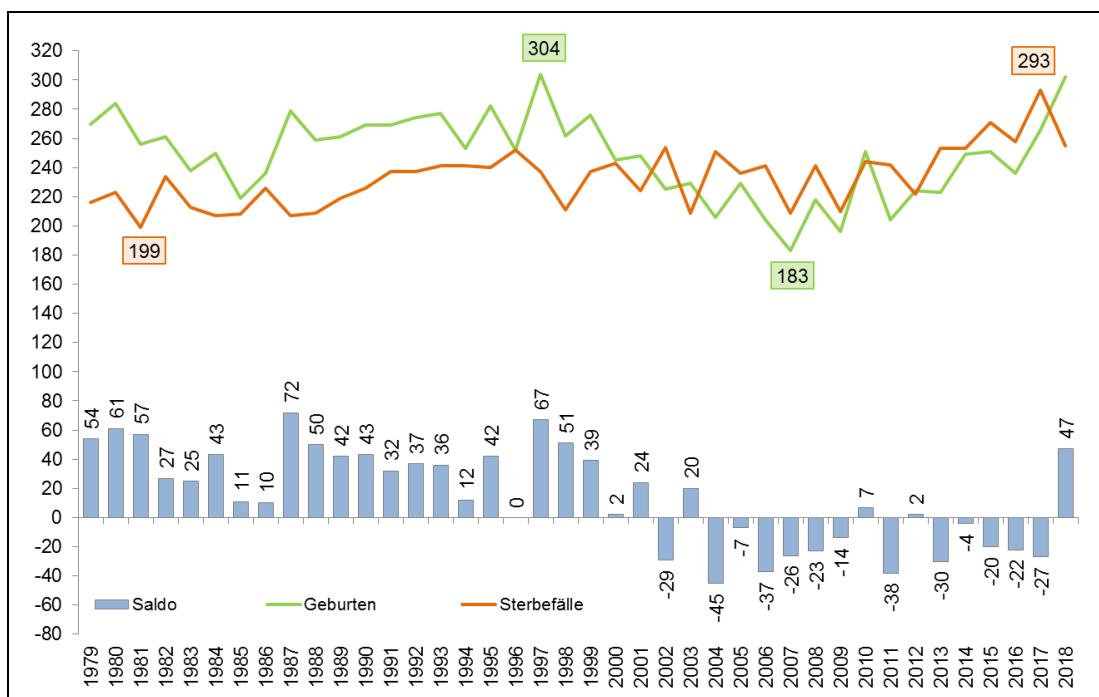


Abb. 27: Geburten und Sterbefälle in Pfungstadt 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Reinheim

Die Zahl der Geburten zeigte in Reinheim trotz der üblichen jährlichen Schwankungen lange Zeit eine relativ konstante Höhe von etwa 170 bis 190 Geborenen, etwas weniger waren es von 1983 bis 1986. Die mit 200 Kindern höchste Geburtenzahl ereignete sich im Jahr 1995. Ab 1999 sank die Zahl der Geborenen allmählich ab. Seit 2003 lag die Zahl der Geborenen in den meisten Jahren bei weniger als 140 Kindern. Der Tiefstand von nur 111 Geburten wurde im Jahr 2012 erreicht. Im Vergleich mit anderen Städten und Gemeinden ist in Reinheim nur ein relativ geringer Anstieg der Geburtenzahl in den letzten Jahren zu erkennen.

Eine entgegengesetzte Entwicklung zeigte die Zahl der Todesfälle, deren niedrigster Stand im betrachteten Zeitraum im Jahr 1979 mit 107 Verstorbenen erreicht wurde. Mit einigen Schwankungen bewegte sich die Zahl der Sterbefälle bis Mitte der 2000er Jahre überwiegend zwischen etwa 120 und 140 jährlich Verstorbenen. Ab 2007 stieg die Anzahl, seither starben in den meisten Jahren mindestens 160 Personen. Eine deutliche Ausnahme hiervon bildete das Jahr 2014 mit nur 124 Todesfällen, während im Jahr zuvor mit 181 Verstorbenen ein besonders hoher Stand vorlag. Die bislang höchste Zahl von 204 Todesfällen gab es im Jahr 2018.

In Reinheim ist bei der Entwicklung des Saldos ein Verlauf mit einem deutlichen Übergang von einem Geburtenüberschuss zu einem Geburtendefizit zu erkennen. Bis zum Jahr 2002 war der Saldo von Geburten und Sterbefällen stets positiv, wenngleich er unterschiedlich hoch ausfiel. In einigen Jahren wurde ein Zuwachs von mehr als 60 Personen durch den Geburtenüberschuss erreicht. Seit dem Jahr 2003 gab es hingegen fast durchweg Sterbeüberschüsse, die teilweise recht große Defizite verursachten. Ausnahmen waren die Jahre 2005 und 2014, in denen es etwas mehr Geburten als Sterbefälle gab.

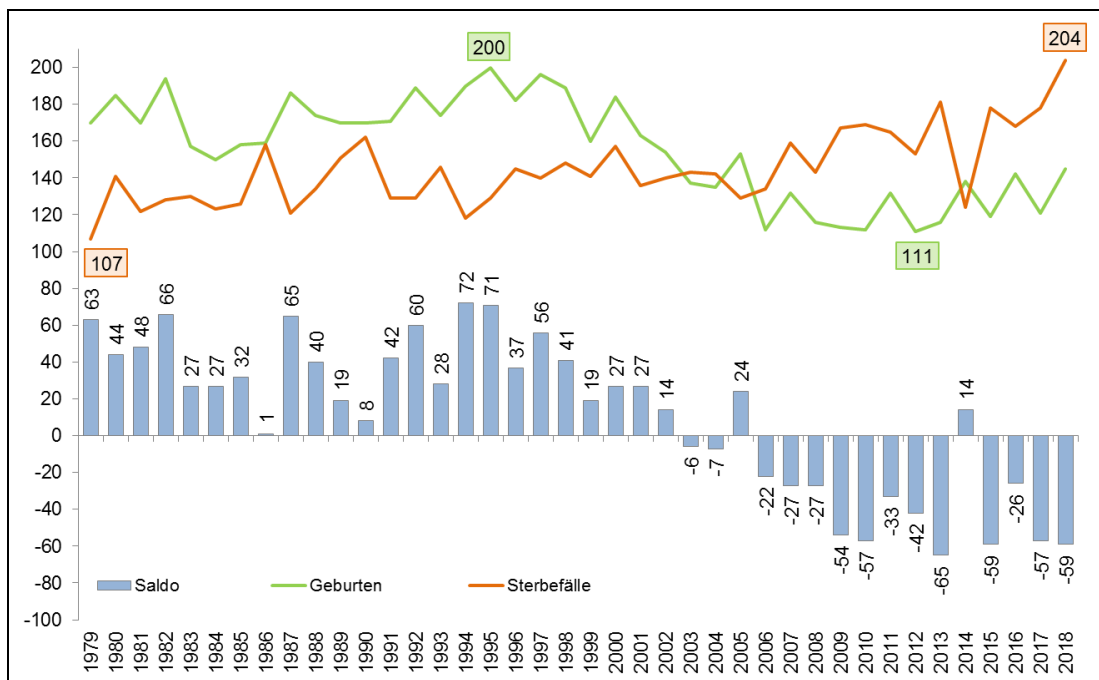


Abb. 28: Geburten und Sterbefälle in Reinheim 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Roßdorf

Bei den Geburten zeigt sich in Roßdorf eine eher ungewöhnliche Entwicklung, da dort bereits im Jahr 1985 die niedrigste Zahl von 91 geborenen Kindern vorlag. Der höchste Stand von 141 Geburten wurde hingegen im Jahr 2016 erreicht. Dennoch ist auch in Roßdorf ein deutlicher Anstieg der Geburtenzahlen ab Ende der 1980er bis Ende der 1990er Jahre zu erkennen, mit einem Höhepunkt von 136 Geburten im Jahr 1998. Auch hier dürfte dieser Anstieg auf die von der personenreichen Babyboomer-Generation geborenen Kinder zurückzuführen sein. Ab den 2000er Jahren pendelte sich die Anzahl etwa bei 100 bis 110 jährlich Geborenen ein. In den Jahren 2015 und 2016 gab es deutlich mehr Geburten, doch schon 2017 lag die Anzahl mit 98 Kindern wieder auf dem Niveau der Jahre zuvor. 2018 gab es aber bereits wieder einen leichten Anstieg auf 121 Geburten.

Die Zahl der Sterbefälle erreichte innerhalb des hier betrachteten Zeitraums schon 1980 mit 84 Personen ihren niedrigsten Stand. In den darauf folgenden Jahren waren es relativ konstant jeweils etwa 90 bis 105 Sterbefälle. Von 1994 bis 1997 ereigneten sich vier Jahre in Folge etwas mehr Todesfälle. Der höchste Stand von 138 Todesfällen wurde im Jahr 1996 erreicht. Seit 1998 lag die Zahl der Sterbefälle mit einigen Schwankungen wieder etwas niedriger, meist zwischen 110 und 130 Personen. In den letzten Jahren ist allerdings eine steigende Tendenz zu erkennen. Die Zahl der 136 im Jahr 2018 verstorbenen Personen war fast ebenso so hoch wie der Höchststand aus dem Jahr 1996.

In Roßdorf gab es im hier betrachteten Zeitraum immer wieder Jahre mit einem negativen Saldo von Geburten und Sterbefällen. Allerdings hat die Häufigkeit der Jahre mit einem Sterbeüberschuss deutlich zugenommen, seit 2004 gab es nur zwei Jahre mit einem positiven Ergebnis. Zudem haben sich die entstandenen Defizite gegenüber früheren Jahren vergrößert.

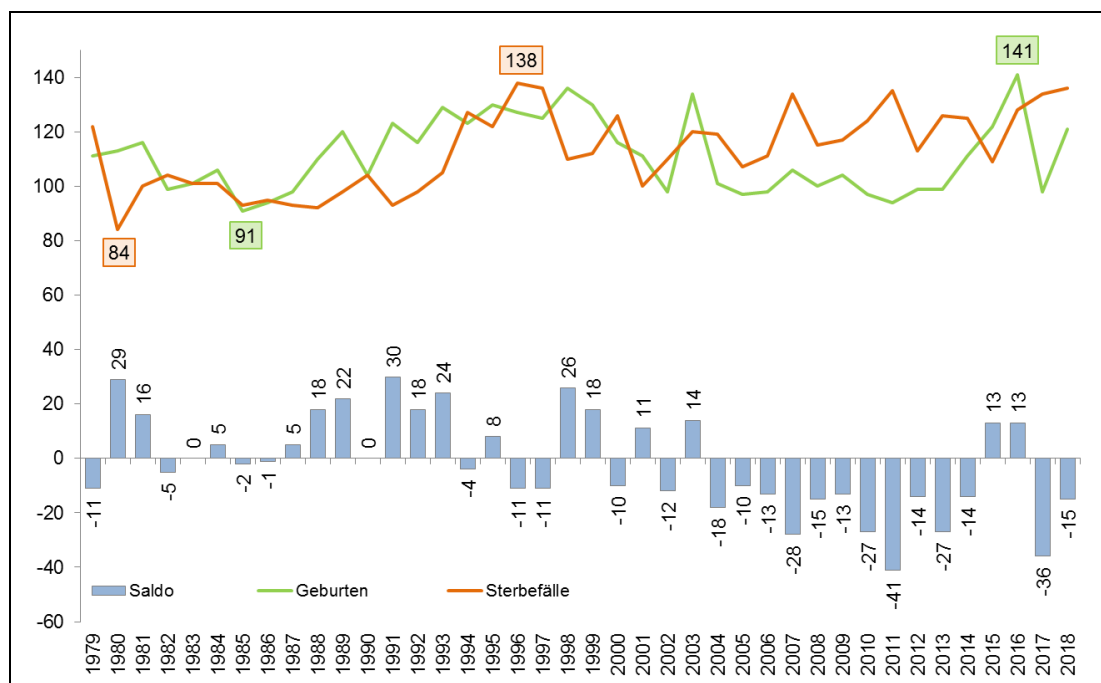


Abb. 29: Geburten und Sterbefälle in Roßdorf 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Schaafheim

Bei den Geburten ist in Schaafheim ein leichter Anstieg in den 1990er Jahren zu erkennen, der vermutlich auf die von der großen Babyboomer-Generation geborenen Kinder zurückzuführen ist. Anfang der 1990er Jahre ereigneten sich außerdem vermehrt Zuzüge, sodass sich vermutlich auch dadurch die Zahl potenzieller Eltern erhöhte. Der Höchststand wurde 1997 mit 111 Geborenen erreicht. Seitdem ging die Geburtenzahl deutlich zurück. Die wenigsten Geburten ereigneten sich 2016 mit nur 50 Kindern, das waren weniger als die Hälfte des Höchststandes von 1997. Im Jahr 2017 und 2018 lag die Zahl der Geburten mit jeweils 73 Kindern aber wieder deutlich höher.

Eine entgegengesetzte Entwicklung nahm die Zahl der Sterbefälle, deren niedrigster Stand im betrachteten Zeitraum im Jahr 1979 mit 58 Verstorbenen vorlag. In der Folgezeit ereigneten sich in den meisten Jahren etwa 65 bis 80 Sterbefälle. Ab dem Jahr 2009 ergab sich eine Erhöhung der Anzahl Verstorbener. Im Jahr 2011 gab es einen Höchststand von 103 Todesfällen. Mehr als 90 Verstorbene waren es auch in den darauf folgenden Jahren 2013, 2015, 2017 und 2018.

Die Entwicklung des Saldos zeigt in Schaafheim einen Verlauf mit einem relativ deutlichen Übergang von einem Geburtenüberschuss zu einem Geburtendefizit. Bis zum Jahr 2004 gab es nur in den Jahren 1984 und 2000 geringfügig mehr Sterbefälle als Geburten. Alle anderen Jahre waren bis dahin durch Zuwächse gekennzeichnet, besonders groß waren sie in den 1990er Jahren. Ab dem Jahr 2009 gab es hingegen durchgängig Sterbeüberschüsse, die teilweise recht hoch ausfielen.

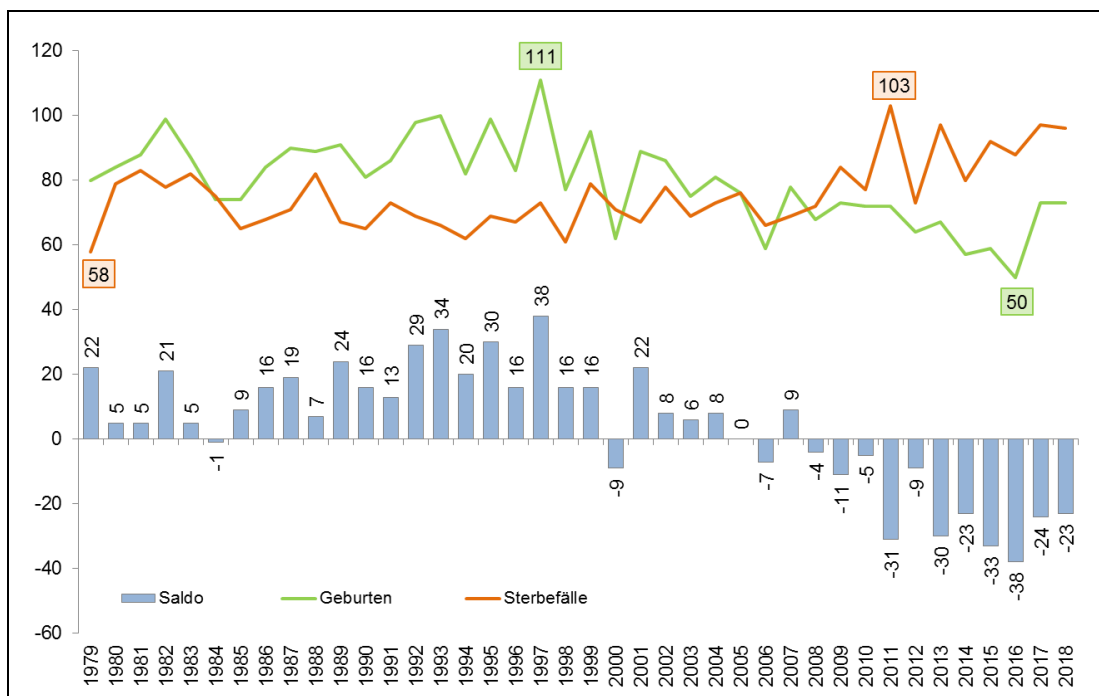


Abb. 30: Geburten und Sterbefälle in Schaafheim 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

## Seeheim-Jugenheim

Die Geburtenzahl war in Seeheim-Jugenheim im Jahr 1990 mit 177 Kindern am höchsten. In den Jahren davor und bis Ende der 1990er Jahre lag die Anzahl der Geborenen in den meisten Jahren zwischen etwa 140 und 160 Kindern. Ab 1999 waren es hingegen meist nur noch zwischen 110 und 125 Geburten. Der Tiefstand der Geburtenzahl wurde 2012 mit nur 86 Neugeborenen erreicht, in den darauf folgenden Jahren stieg die Zahl wieder etwas an bis auf 136 Geburten im Jahr 2017. Der aktuelle Anstieg könnte auch mit dem in den letzten Jahren verstärkten Zuzug nach Seeheim-Jugenheim in Zusammenhang stehen, da hierdurch wahrscheinlich auch die Zahl potenzieller Eltern angestiegen ist.

Die Zahl der Sterbefälle zeigte sich im Seeheim-Jugenheim mit einigen Schwankungen, aber insgesamt ohne erkennbare Tendenz zum Steigen oder Absinken der Kurve. Vermutlich wird dies durch den schon längere Zeit im Vergleich mit den anderen Kommunen sehr hohen Anteil an älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung verursacht. Da diese ältere Bevölkerung einem hohen Sterberisiko unterliegt, befindet sich die Zahl der Sterbefälle konstant in einem hohen Bereich. Ende des Jahres 2018 waren 26,0 % der Bevölkerung von Seeheim-Jugenheim bereits älter als 65 Jahre, 7,7 % hatten sogar schon ein Alter von mindestens 80 Jahren erreicht.

In Seeheim-Jugenheim ergab sich im betrachteten Zeitraum seit 1979 durchweg ein Sterbeüberschuss. Seeheim-Jugenheim ist damit die einzige Kommune im Landkreis Darmstadt-Dieburg, in der in jedem Jahr mehr Menschen verstarben als neu geboren wurden. Der Saldo zeigte dabei immer wieder Jahre, in denen das Defizit bei mindestens 100 Personen lag.

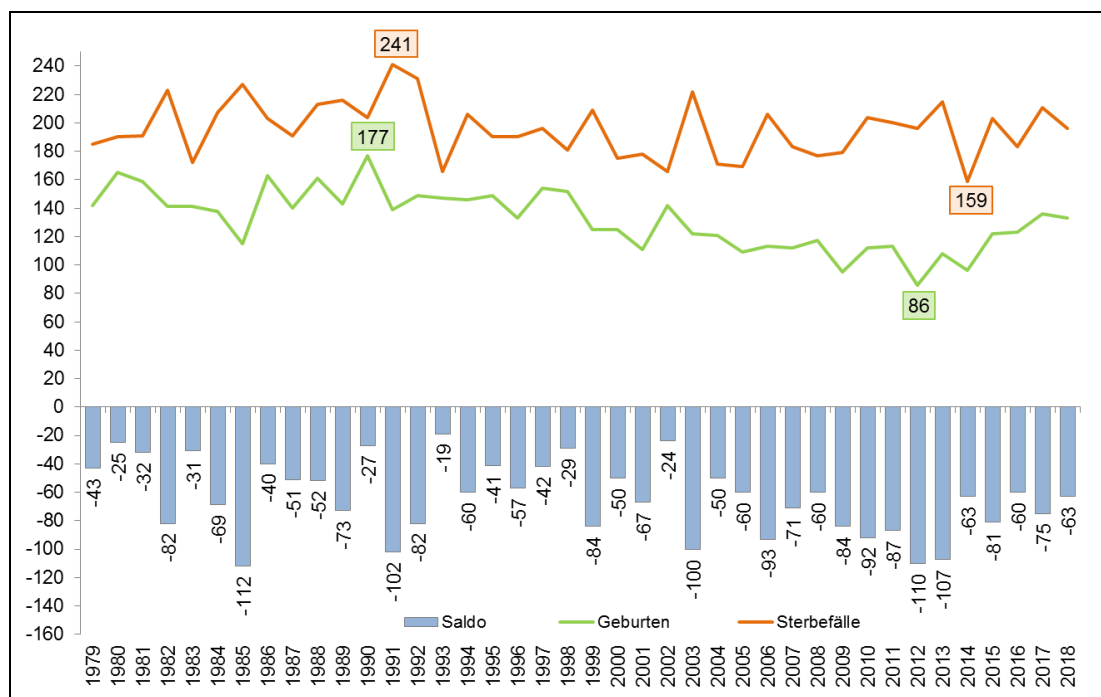


Abb. 31: Geburten und Sterbefälle in Seeheim-Jugenheim 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)



## Weiterstadt

Die Zahl der Geburten zeigte in Weiterstadt nach ihrem Tiefstand von nur 202 Geborenen im Jahr 1984 einen sehr starken Anstieg bis auf 325 neugeborene Kinder im Jahr 1996. Dieser Anstieg fiel mit den Jahren zusammen, in denen die personenreichen Babyboomer-Jahrgänge überwiegend ihre Kinder bekamen. Nach diesem Höchststand sank die Geburtenzahl in Weiterstadt allmählich wieder ab und erreichte im Jahr 2006 mit nur 207 Geburten wieder einen ähnlichen Wert wie 1984. Seit 2010 ereignet sich jedoch ein erneuter Anstieg. In den Jahren 2016 und 2017 wurden jeweils wieder mehr als 300 Kinder von in Weiterstadt lebenden Müttern geboren. Hier zeichnet sich vermutlich die beginnende Welle von Geburten durch Frauen aus den geburtenstarken Jahrgängen ab Mitte der 1980er Jahre ab. Die in den letzten Jahren steigende Zahl von Geburten hängt in Weiterstadt aber auch damit zusammen, dass dort in den letzten Jahren ein deutlicher Bevölkerungszuwachs durch Zuzug stattgefunden hat. Dadurch stieg die Zahl potenzieller Eltern an. 2018 lag die Geburtenzahl mit 276 Kindern aber wieder etwas niedriger.

Bei den Sterbefällen zeigt sich im zeitlichen Verlauf ein deutlicher Anstieg, der allerdings oft annähernd parallel mit dem Anstieg der Geburtenzahlen verlief. Die wenigsten Menschen starben im Jahr 1987, als es nur 146 Todesfälle in Weiterstadt gab. Anschließend stieg die Zahl mit leichten Schwankungen immer weiter an, bis sie im Jahr 2018 ihren bisherigen Höchststand von 243 Verstorbenen erreichte.

Weiterstadt ist die einzige Kommune im Landkreis Darmstadt-Dieburg, die während des betrachteten Zeitraumes ab 1979 in jedem Jahr mehr Geburten als Sterbefälle verzeichnete. Hierdurch ergab sich durchweg ein Geburtenüberschuss, der in den Jahren von 1987 bis 1996 mit einem Zuwachs von teilweise mehr als 100 Personen besonders hoch ausfiel.

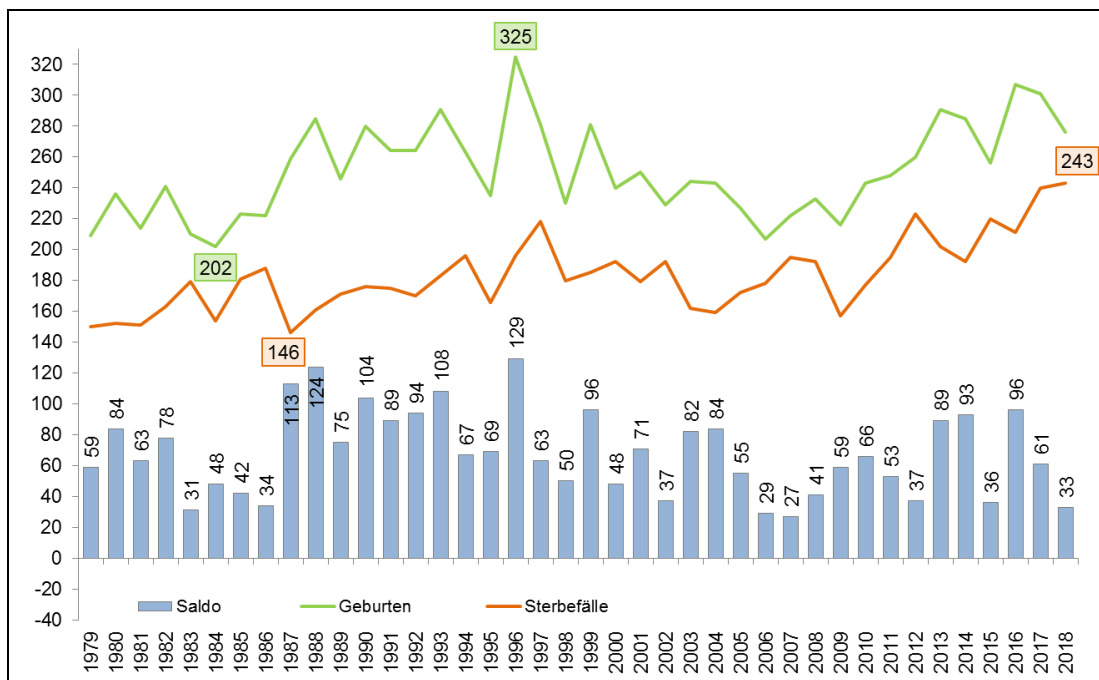


Abb. 32: Geburten und Sterbefälle in Weiterstadt 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

### 3.2 Prognose für die natürliche Bevölkerungsentwicklung

Mit Bevölkerungsprognosen wird versucht, die zukünftigen Trends der Bevölkerungsentwicklung vorauszuberechnen. Hierzu werden üblicherweise Geburten, Sterbefälle und die Wanderungsbeziehungen mit der Altersstruktur der Bevölkerung in Verbindung gebracht. Auch der Landkreis Darmstadt-Dieburg erstellt eigene Vorausberechnungen für die Bevölkerungsentwicklung. Da der Landkreis in den letzten Jahren stark von Zuwanderung profitierte, fallen die Prognosen inklusive Wanderungen für die nächsten Jahre recht positiv aus. Da im Mittelpunkt der vorliegenden Analyse allerdings Geburten und Sterbefälle stehen, wird im Folgenden nur die Prognose auf Basis der natürlichen Bevölkerungsentwicklung verwendet. In diese Berechnungen flossen die Altersstruktur nach Geschlecht auf Gemeindeebene, die Geburtenwahrscheinlichkeit der 15- bis 49-jährigen Frauen nach einzelnen Altersjährgängen auf Landkreisebene und die Sterbewahrscheinlichkeit nach Alter und Geschlecht in Hessen ein.

Da bei diesem Szenario die Zuwanderung nicht berücksichtigt wurde, bietet es nur die Antwort auf die Frage: **Wie würde sich die Bevölkerung entwickeln, wenn niemand über die Gemeindegrenzen zu oder weg zieht?** Nur so lässt sich eine Prognose künftiger Sterbefälle generieren. Da aber auch künftig mit Zuzügen und Wegzügen zu rechnen ist, verändert sich permanent die Besetzung der einzelnen Altersjahrgänge der Bevölkerung. Je nachdem ob sich durch Wanderungen die Altersgruppe mit höherer Sterbewahrscheinlichkeit vergrößert oder verkleinert, würde sich die Zahl der vorausberechneten Sterbefälle erhöhen oder sinken. Das gleiche gilt für die prognostizierte Geburtenzahl. Bei einer starken Zuwanderung von Personen im Familiengründungsalter würde künftig auch die Zahl der Geburten höher ausfallen und bei Abwanderung dieser Altersgruppe läge sie niedriger als hier angenommen.

Es ist recht wahrscheinlich, dass künftig in allen Städten und Gemeinden des Landkreises Darmstadt-Dieburg weitere Frauen zuziehen, die sich im gebärfähigen Alter befinden und eine Familie gründen möchten. Daher dürfte das in der Prognose ziemlich negativ ausfallende Ergebnis des Geburtensaldos in der Realität etwas abgemildert werden. Durch Zuwanderung von älteren Menschen würde allerdings auch die Zahl der Sterbefälle weiter ansteigen. Da sich die Prognose an den Geburtenraten aus vergangenen Jahren orientiert, werden auch künftig mögliche Erhöhungen der Geburtenrate nicht mit in die Berechnung einbezogen. Hinzu kommt, dass die Lebenserwartung weiter steigen dürfte und sich somit auch die altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeit in Zukunft verändern wird.

Die folgende Betrachtung der künftig zu erwartenden Anzahl von Geburten und Sterbefällen entspricht damit nicht den realen Bedingungen. Dennoch ist es wichtig, diese Daten anzuschauen. **Sie zeigen, wie stark auch alle Städte und Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg auf Zuwanderung angewiesen sind.** Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sind für viele Menschen in der Region nicht so präsent, wie beispielsweise in Nordhessen oder in den östlichen Bundesländern. Aber auch im Rhein-Main-Gebiet findet der demografische Wandel statt. Er zeigt sich nur weniger deutlich, da die starke Zuwanderung ihn überprägt. Dennoch verändert sich auch hier die Altersstruktur, die Bevölkerung wird im Durchschnitt immer älter. Dies hat automatisch auch Auswirkungen auf die Zahl von Geburten und Sterbefällen. Die Altersstruktur der bereits vorhandenen

Bevölkerung hat darauf den größten Einfluss. Durch Zuwanderung verändert sich die Altersstruktur nur in geringem Umfang und diese Veränderungen vollziehen sich nur langsam.

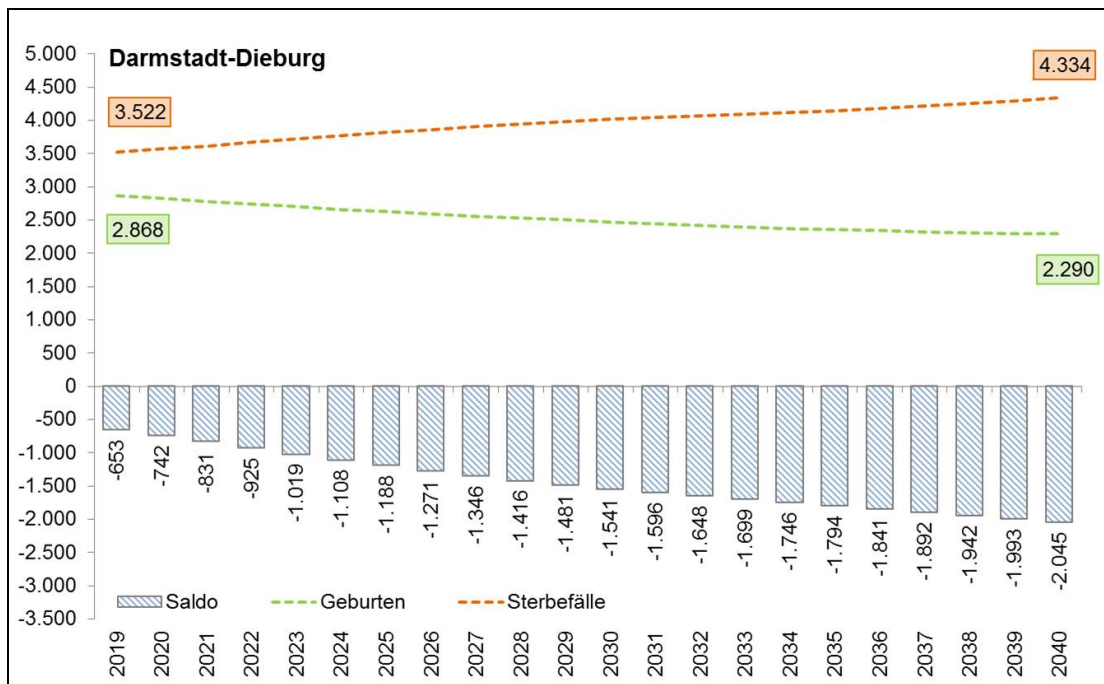


Abb. 33: Prognose der Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg bis 2040 ohne Wanderungsbewegungen (Bevölkerungsmodell Darmstadt Dieburg, Datengrundlage: ekom21)

Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg zeigt sich insgesamt in der Prognose von Geburten und Sterbefällen eine Fortsetzung des seit 2006 durchgängig bestehenden Geburtendefizits. Ohne Zuwanderungen junger Erwachsener und steigende Geburtenraten würde sich dieses allerdings schnell erhöhen und wäre im Jahr 2040 etwa dreimal so hoch wie im Jahr 2019. Die Entwicklung resultiert dabei aus einem Anstieg der Sterbefälle und gleichzeitig sinkenden Geburtenzahlen. Die sinkenden Geburtenzahlen wären die logische Folge der, durch die Altersstruktur bedingten, sinkenden Anzahl von Frauen im potenziellen Elternalter.

Der Echoeffekt durch die stark besetzten Jahrgänge der Babyboomer schwächt sich von Generation zu Generation ab. Die Kindergeneration der Babyboomer war durch Geburtenraten unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus von 2,1 Kindern je Frau bereits kleiner als die Generation der Babyboomer selbst. Die Enkelgeneration fällt nochmals kleiner aus als die Zahl der Kinder der Babyboomer. Diese Enkelgeneration wird auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg zurzeit noch geboren. Sie führte, gemeinsam mit einer erhöhten Geburtenrate und der Zuwanderung von jungen Frauen aus dem Ausland, zu einem Anstieg der Geburtenzahlen in den vergangenen Jahren. In einigen Jahren kommen aber vermehrt weniger stark besetzte Jahrgänge in das gebärfähige Alter.

Die **steigende Zahl der Todesfälle kommt durch das Vorrücken von besonders geburtenstarken Jahrgängen in ein Alter mit höherer Sterbewahrscheinlichkeit** zustande. Ohne Zuwanderung von außerhalb des Landkreises Darmstadt-Dieburg käme es laut dieser Prognose in den nächsten 25 Jahren zu einer Schrumpfung der Einwohnerzahl um fast 40.000 Personen.

Die bisherige Entwicklung der Altersstruktur zeigt diese Zusammenhänge nochmal deutlich und lässt erahnen, in welcher Weise sich die Altersstruktur in Zukunft verändern wird. Vor 25 Jahren lebten im Landkreis rund 8.900 Menschen, die 80 Jahre oder älter waren. Das waren 1993 nur 3,3 % der Bevölkerung. Im Jahr 2018 war die Zahl der ab 80-Jährigen mit knapp 17.000 Personen schon fast doppelt so groß und machte 5,7 % der Bevölkerung aus. Durch die steigende Lebenserwartung ist anzunehmen, dass in den kommenden Jahren immer mehr ab 80-Jährige im Landkreis leben werden. Dies wird vor allem deshalb der Fall sein, weil die Altersgruppe der heute zwischen 60 und 80 Jahre alten Personen mit insgesamt über 64.000 Personen größer ist als je zuvor. 2018 entsprach dies einem Anteil von 21,7 % der gesamten Landkreisbevölkerung. 1993 lebten noch knapp 40.000 Personen im Alter von 60 bis unter 80 Jahren im Landkreis, das waren 14,5 % aller Einwohnenden.



Abb. 34 Veränderung der Altersstruktur von 1993 bis 2018 im Landkreis Darmstadt-Dieburg (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Bei den zu erwartenden Geburten ist die gegenteilige Entwicklung eingetreten. **Die Gruppe der Menschen im Familiengründungsalter wird immer kleiner.** Im Jahr 1993 waren noch fast 90.000 Einwohnende des Landkreises im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Das entsprach damals mit 32,8 % noch fast einem Drittel der Bevölkerung. Im Jahr 2018 waren hingegen nur noch rund 69.000 Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises in diesem Alter, das war mit 23,2 % weniger als ein Viertel der Bevölkerung.

Ein Blick auf die Entwicklung der Zahl potenzieller Mütter zeigt, weshalb sich **voraussichtlich auch bei anhaltend hohen Geburtenraten künftig voraussichtlich eine sinkende Kinderzahl ergeben dürfte.** Die hierfür ursächlichen Auswirkungen der Altersstruktur von im Landkreis lebenden Frauen auf die Geburtenzahlen werden in Kapitel 4 noch eingehender behandelt.

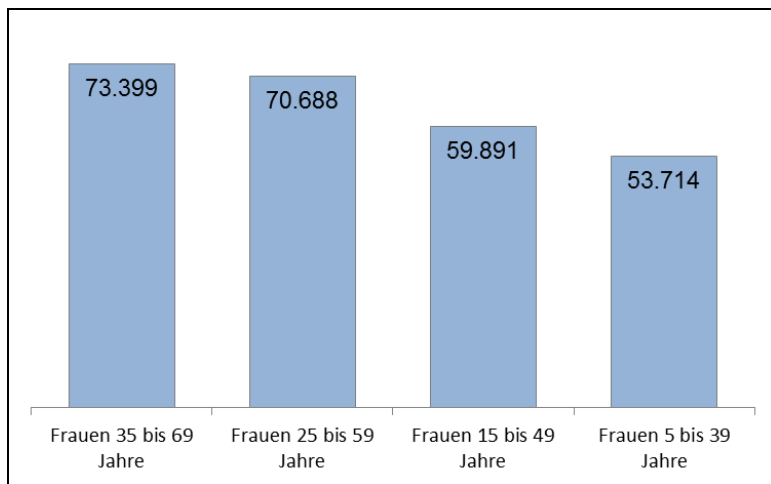


Abb. 35: Alterskohorten der Frauen im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Wie in der Grafik zu erkennen ist, werden die im Abstand von zehn Altersjahren betrachteten Alterskohorten der Frauen immer kleiner. Im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren waren im Jahr 2018 knapp 60.000 im Landkreis lebende Frauen. Die Alterskohorte, die vor zehn Jahren in diesem gebärfähigen Alter war, hatte 2018 ein Alter von 25 bis 59 Jahren und war mit fast 71.000 Frauen um fast 11.000 Frauen stärker besetzt. Die Kohorte der um weitere zehn Jahre älteren Frauen von 35 bis 69 Jahren, die vor 20 Jahren die Gruppe der Frauen im gebärfähigen Alter bildeten, war mit über 73.000 Frauen nochmals etwas größer. Für die nächsten Jahre ist bereits zu erahnen, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzen wird. Die heute 5 bis 39 Jahre alten Mädchen und Frauen bilden in zehn Jahren die Gruppe der gebärfähigen Frauen von 15 bis 49 Jahren. Ihre Jahrgänge waren mit insgesamt 53.714 Frauen im Jahr 2018 deutlich geringer besetzt als die aktuell 15 bis 49 Jahre alten Frauen mit einer Anzahl von 59.891.

Die im Jahr 2018 im Landkreis lebenden 10 bis 29 Jahre alten Mädchen und Frauen bilden in zehn Jahren die Gruppe der Frauen von 20 bis 39 Jahren, auf die die meisten Geburten entfallen werden. In dieser Altersgruppe lebten im Jahr 2018 29.305 Frauen im Landkreis Darmstadt-Dieburg. Ihre Zahl war damit deutlich niedriger als die 20- bis 39-jährigen Frauen, die bei 33.010 Personen lag. Um ähnlich hohe Geburtenzahlen wie zuletzt zu erreichen, müssten demnach in den nächsten Jahren fast 4.000 Frauen dieser Altersgruppe in den Landkreis zuziehen. Alternativ könnte dies bei geringerer Zuwanderung durch einen weiteren Anstieg der derzeit bereits ziemlich hohen Geburtenrate je Frau erreicht werden.

Diese strukturellen Hintergründe bedingen auch die Entwicklungen der Geburten und Sterbefälle in den einzelnen Städten und Gemeinden des Landkreises. Viele der beim Vergleich untereinander auffallenden Unterschiede erklären sich durch die Altersstruktur der bereits vorhandenen Bevölkerung. Zum Vergleich der Prognosen für die einzelnen Städte und Gemeinden werden diese auf den folgenden Seiten in mehrere Gruppen zusammengefasst. Die Gruppen orientieren sich daran, wie groß die Steigerung des negativen Saldos von Geburten und Sterbefällen von 2019 bis zum Jahr 2040 ausfällt. Bei den Kommunen mit als gering eingestuftem Veränderungen ist der Saldo 2040 weniger als doppelt so groß wie im Ausgangsjahr 2019. Bei den mittleren Veränderungen ist der Saldo 2040 mindestens doppelt aber weniger als dreifach so groß wie 2019. Die Gruppe mit großen Veränderungen steigert

ihr Geburtendefizit auf mehr als das Dreifache. Eine Ausnahme bildete die vierte Gruppe mit Groß-Zimmern, Griesheim und Weiterstadt, bei denen ein Übergang von einem Geburtenüberschuss zu einem Geburtendefizit erfolgt. Für alle anderen Kommunen geht die Prognose von dauerhaft mehr Sterbefällen als Geburten aus.

In der Prognose **steigt in nahezu allen Kommunen die Zahl der Sterbefälle stärker an, als die Zahl der Geburten zurückgeht**. Lediglich in Bickenbach und in Seeheim-Jugenheim zeigt die Berechnung einen geringfügig stärkeren Rückgang bei der Geburtenzahl im Vergleich mit dem Zuwachs der Sterbefälle. Der negative Geburtensaldo wird demnach zu einem größeren Anteil von der in Zukunft zu erwartenden großen Zahl älterer Menschen und der damit steigenden Zahl von Menschen mit höherem Sterberisiko getragen. Einen etwas kleineren Anteil am Anstieg des negativen Saldos in den nächsten Jahren haben demnach die sinkenden Geburtenzahlen. In der Realität dürfte das Geburtendefizit voraussichtlich durch Zuwanderung nicht ganz so gravierend ausfallen, wie hier gezeigt. Ein durchgeführter Vergleich dieser Prognosedaten der natürlichen Bevölkerungsentwicklung mit einer Prognosevariante, die Wanderungen berücksichtigt, zeigte allerdings für die Geburtenzahlen bei den meisten Kommunen kaum Veränderungen in der grundlegenden Tendenz der Entwicklungen.

In der ersten **Gruppe, mit vergleichsweise geringen Veränderungen des Geburtensaldos**, ergibt die Prognose maximal eine Verdoppelung des Geburtendefizits bis zum Jahr 2040. Dies war für Alsbach-Hähnlein (x 1,8) Bickenbach (x 1,2), Groß-Bieberau (x 1,9), Modautal (x 1,8), Mühlthal (x 1,8), Otzberg (x 1,7), Reinheim (x 1,9) und Seeheim-Jugenheim (x 1,1) der Fall. Die Linien der Geburten und der Sterbefälle entfernen sich in den Grafiken nur sehr wenig und allmählich voneinander.

Auf den ersten Blick erscheint diese nur geringe Veränderung positiv. Es zeigt sich allerdings, dass dies vor allem jene Kommunen mit einem aktuell bereits sehr hohen Anteil an älteren Menschen sind. Alle acht Städte und Gemeinden hatten einen Anteil an Einwohnenden ab 65 Jahren der oberhalb des Durchschnittswertes von 20,8 % für den gesamten Landkreis lag. Die Alterung der Bevölkerung ist somit dort schon stärker ausgeprägt als in vielen anderen Kommunen. Die Linien von Geburten und Sterbefällen liegen bei diesen Kommunen bereits zu Beginn der Prognose relativ weit auseinander. Der Saldo ist dort schon im Basisjahr deutlich negativ, sodass die weiteren Verschiebungen der Altersstruktur nicht mehr so stark ins Gewicht fallen. Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders deutlich in Seeheim-Jugenheim, wo bei einem Anteil von 26 % an ab 65-Jährigen die Zahl der Sterbefälle und damit auch der bereits relativ hohe Sterbeüberschuss in der Prognose nahezu stabil bleiben. Zum Ende des Prognosezeitraums hin wird in Seeheim-Jugenheim sogar das Geburtendefizit wieder etwas kleiner



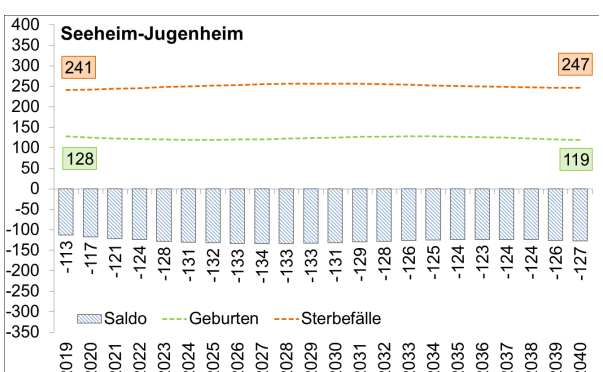
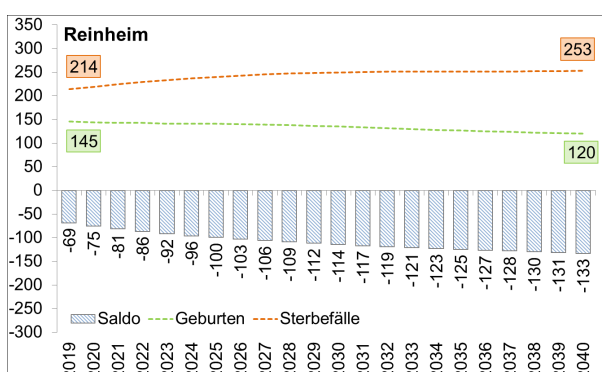
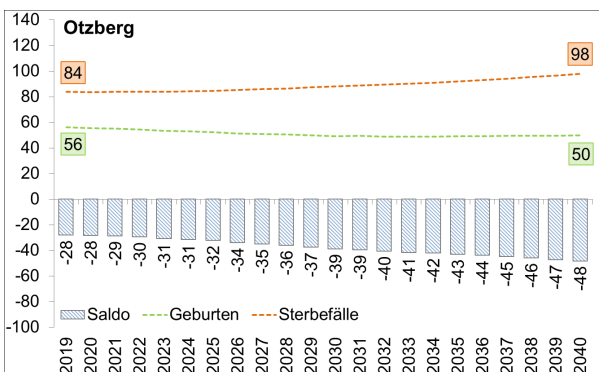
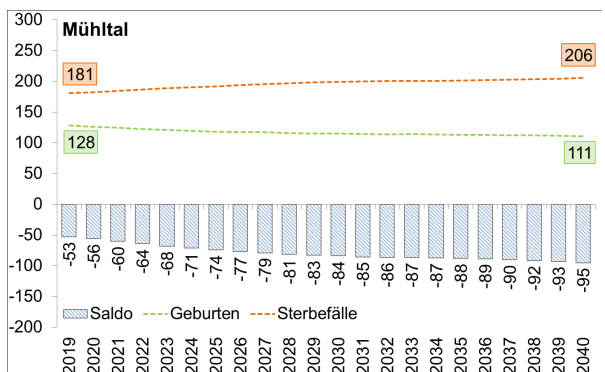
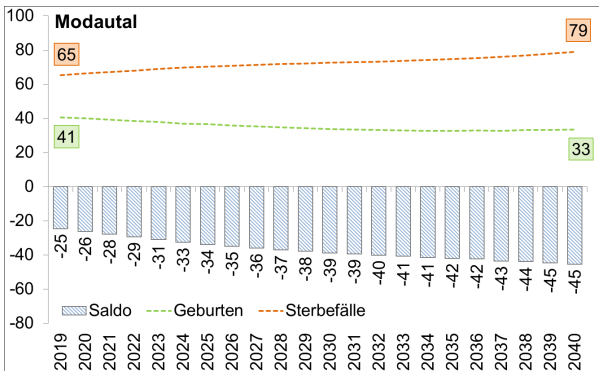
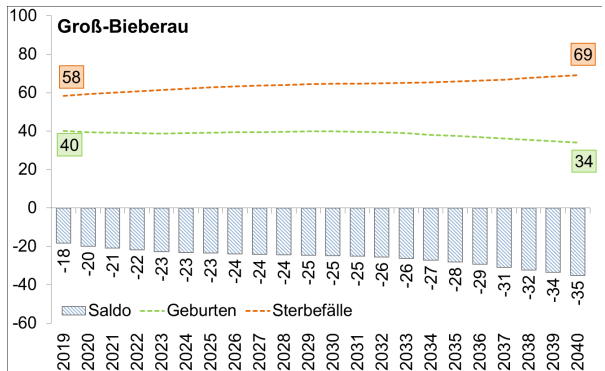
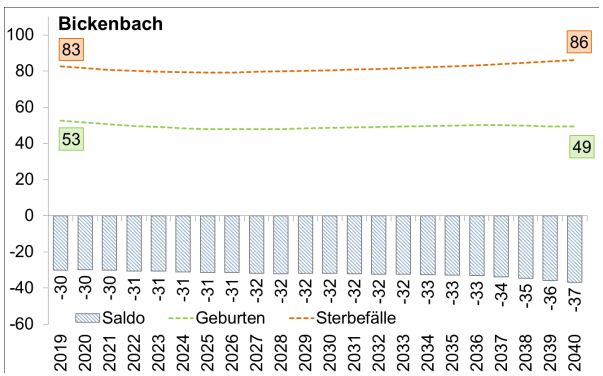
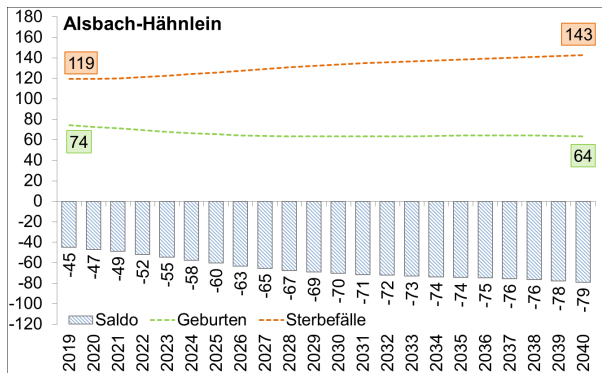


Abb. 36: Kommunen mit geringen prognostizierten Veränderungen des Geburtensaldos (Bevölkerungsmodell Darmstadt Dieburg, Datengrundlage: ekom21)



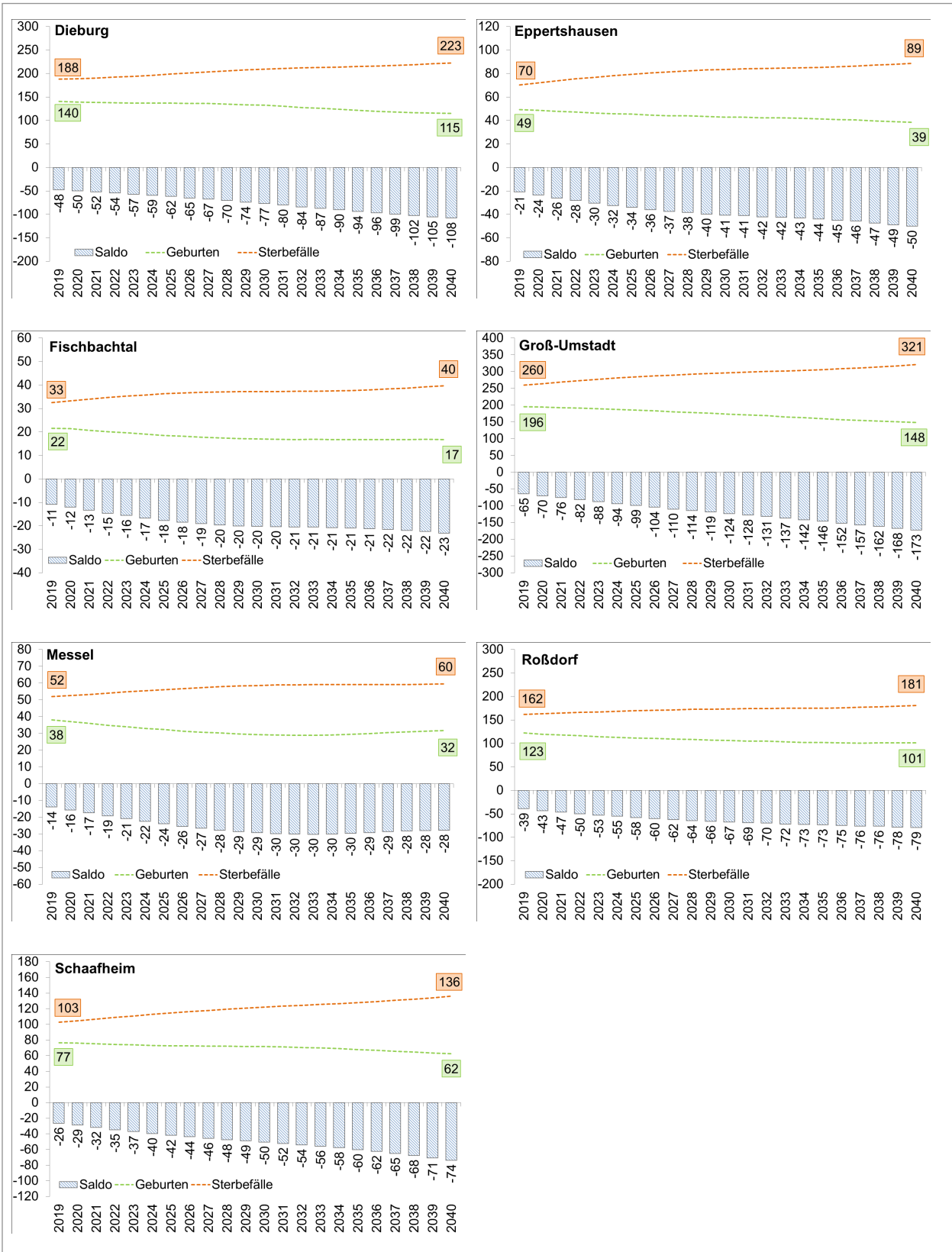


Abb. 37: Kommunen mit mittleren prognostizierten Veränderungen des Geburtensaldos (Bevölkerungsmodell Darmstadt Dieburg, Datengrundlage: ekom21)

In der **Gruppe mit mittleren Veränderungen** wurden jene Kommunen zusammengefasst, deren prognostizierte negative Geburtensalden für das Jahr 2040 mindestens doppelt aber weniger als dreifach so hoch lagen wie im Jahr 2019. Dies traf auf Dieburg (x 2,2), Eppertshausen (x 2,4), Fischbachtal (x 2,1), Groß-Umstadt (x 2,7) Roßdorf (x 2,0) und Schaafheim (x 2,8) zu. Die Linien der Geburten und Sterbefälle laufen in dieser Gruppe etwas stärker auseinander als in der zuerst dargestellten Gruppe. Allerdings werden diese Entwicklungen mit unterschiedlichem Verlauf vorausberechnet. In Dieburg, Groß-Umstadt und Schaafheim zeigt der Verlauf große Ähnlichkeiten, die Prognose errechnet dort einen recht kontinuierlichen Anstieg des Sterbeüberschusses. In Eppertshausen, Fischbachtal und Roßdorf ist der Anstieg des Geburtendefizits in den ersten Jahren der Vorausberechnung recht groß und steigt danach nur noch sehr langsam an. In der Prognose für Messel zeigt sich die Besonderheit, dass der negative Saldo sich ab dem Jahr 2031 stabilisiert und anschließend sogar leicht verringert. Fünf der Städte und Gemeinden dieser Gruppe haben gemeinsam, dass ihr Anteil an ab 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung höher liegt als der Durchschnittswert des Landkreises von 20,8 %. In Eppertshausen liegt der Anteil ebenfalls bei 20,8 %, nur in Schaafheim ist er mit 20,1 % etwas geringer.

Auch bei dieser Gruppe lassen sich die nur mäßig steigenden Geburtendefizite überwiegend dadurch erklären, dass die Zahl der Sterbefälle und damit auch des Geburtendefizits durch den größeren Anteil älterer Menschen schon im Ausgangsjahr bereits recht groß ist. Die weiteren Verschiebungen der Altersstruktur wirken sich daher dort nicht mehr so stark aus wie in Kommunen mit geringeren Anteilen an älteren Menschen.

In der **Gruppe mit größeren prognostizierten Veränderungen** wurden jene Kommunen zusammengefasst, bei denen die negativen Geburtensalden bis zum Prognosehorizont 2040 mindestens dreimal so hoch ausfallen wie im Jahr 2019. Hierzu gehören Babenhausen (x 8,1), Erzhausen (x 3,2), Münster (x 8,0), Ober-Ramstadt (x 3,4) und Pfungstadt (x 6,2). Bei dieser Gruppe fällt auf, dass die Linien von Geburten und Sterbefällen in der Grafik zu Beginn sehr nahe beieinander liegen, hier also zunächst noch gering negative Salden bestehen. Der Abstand der Linien wächst allerdings schnell an und zeigt in Münster und Ober-Ramstadt einen recht kontinuierlichen Verlauf. Bei den anderen drei Kommunen steigt der Sterbeüberschuss in den ersten prognostizierten Jahren etwas stärker an als gegen Ende des Prognosezeitraumes. Am deutlichsten ist dies in Erzhausen zu erkennen, wo bereits ab 2027 das Geburtendefizit langsamer anwächst als in den ersten Jahren der Prognose.

In diesen fünf Kommunen war Ende des Jahres 2018 der Anteil an ab 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohnern geringer als der Durchschnittswert des Landkreises von 20,8 %. Da damit in diesen Kommunen derzeit noch vergleichsweise wenig Menschen einem hohen Sterberisiko unterliegen, wirkt sich die kommende Verschiebung in der Altersstruktur dort deutlicher aus als in Kommunen mit bereits heute hohem Anteil an älteren Menschen. In Münster und Ober-Ramstadt ist besonders deutlich zu erkennen, dass die Entwicklung etwas stärker vom Anstieg der Sterbefälle ausgeht als vom Absinken der Geburtenzahl. Während sich in Ober-Ramstadt die Zahl der prognostizierten Sterbefälle von 2019 bis 2040 um 54 erhöht, sinkt die Zahl der Geburten nur um 18.

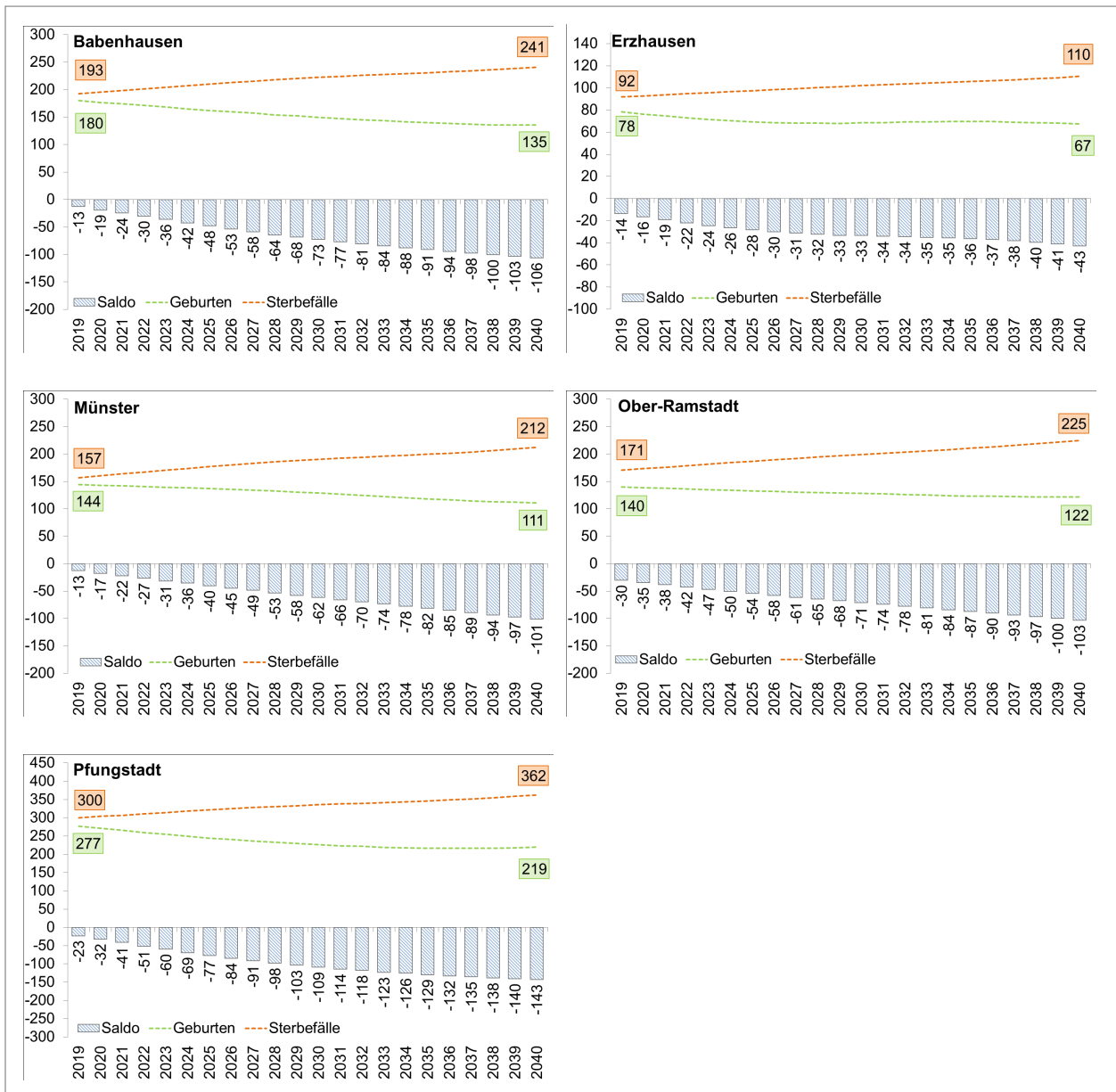


Abb. 38: Kommunen mit großen prognostizierten Veränderungen des Geburtensaldos (Bevölkerungsmodell Darmstadt Dieburg, Datengrundlage: ekom21)

Die vierte Gruppe zeigt einen markanten Unterschied zu den bereits beschriebenen drei Gruppen: **für diese Kommunen wird zunächst noch ein positiver Geburtensaldo berechnet.** In Groß-Zimmern trifft dies nur für das Ausgangsjahr 2019 zu, bereits ab 2020 wird auch dort ein Geburtendefizit berechnet. In Griesheim zeigen die Berechnungen ab dem Jahr 2021 einen leichten Sterbeüberschuss und in Weiterstadt wird dies ab dem Jahr 2022 prognostiziert.

Dies lässt sich durch die besonders junge Altersstruktur der Einwohnerinnen und Einwohner dieser drei Kommunen im Vergleich mit den anderen kreisangehörigen Städten und Gemeinden erklären. Zum Ende des Jahres 2017 waren dort erst zwischen 17,9 % und 18,6 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter. Dies waren die drei niedrigsten Anteile kreisweit, bei einem Durchschnittswert von 20,8 % für den Landkreis insgesamt. Der Anteil der Hochbetagten ab 80 Jahren lag in Weiterstadt nur bei 4,2 %, während im Landkreis insgesamt 5,7 % der Bevölkerung mindestens 80 Jahre alt waren. Dementsprechend leben in diesen drei

Kommunen prozentual vergleichsweise wenige Menschen mit einer hohen Sterbewahrscheinlichkeit. Da die Alterung der Bevölkerung somit dort zeitverzögert eintritt, wirkt sie sich in den kommenden Jahren wesentlich stärker auf den Anstieg der Sterbefälle aus als in Kommunen mit bereits heute hohem Anteil an älteren Menschen. Für Groß-Zimmern wird ein relativ kontinuierlicher Anstieg des Sterbeüberschusses aufgezeigt. In Griesheim und Weiterstadt schwächt sich der anfangs recht starke Anstieg des Geburtendefizits nach einigen Jahren aber wieder etwas ab.

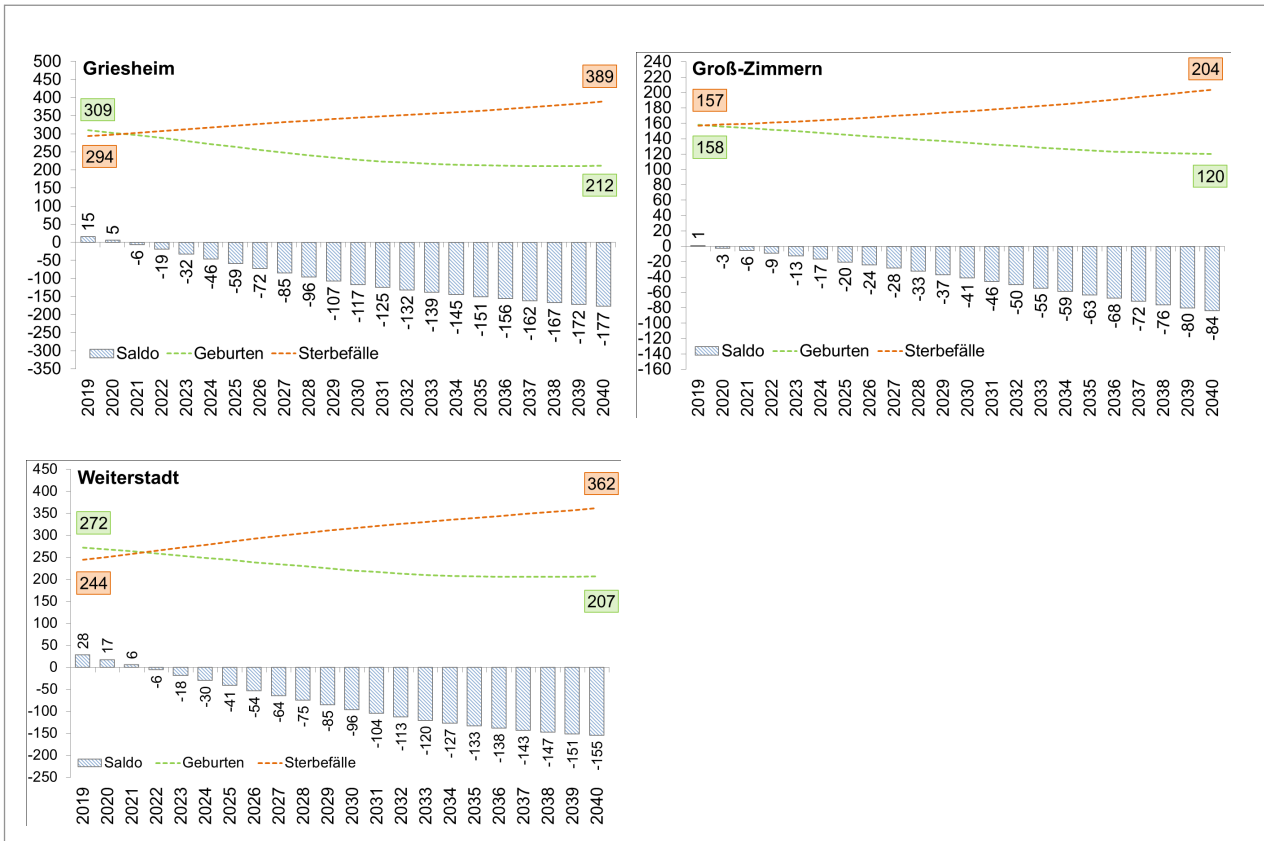


Abb. 39: Kommunen mit Übergang von Geburtenüberschuss zu Geburtendefizit (Bevölkerungsmodell Darmstadt Dieburg, Datengrundlage: ekom21)

Wie eingangs bereits erwähnt, sind in diesen Prognosen keine Zuzüge und Wegzüge enthalten. Da seit dem Jahr 2009 jährlich mehr Menschen in den Landkreis zuzogen als aus dem Landkreis fortgezogen sind, ist auch in den nächsten Jahren von einem positiven Wanderungssaldo auszugehen. Durch die Zuwanderung von potenziellen Eltern erhöht sich dort voraussichtlich die Zahl der Geburten. Dies dürfte das erwartete Geburtendefizit in den Zuzugskommunen abmildern.

## 4. Analyse der Geburten im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Nachdem das vorangegangene Kapitel die Relation der Geburtenzahlen und der Sterbefälle in den letzten Jahren dargestellt hat, sollen die Kapitel 4 und 5 die beiden Aspekte für den Landkreis Darmstadt-Dieburg etwas genauer beleuchten. In diesem vierten Kapitel werden die Geburten der letzten Jahre im Detail betrachtet. Die verwendeten Daten nutzen verschiedene Zeitbezüge. Dies liegt an der unterschiedlichen Verfügbarkeit der verschiedenen Datensätze. Bei einigen Zeitreihen konnte weniger weit in die Vergangenheit zurückgegangen werden als bei anderen. Für alle Daten wurde der jeweils aktuellste verfügbare Stand verwendet. Nicht für alle Daten waren bei der Erstellung Zahlen für das Jahr 2018 verfügbar, sodass teilweise auf Daten für das Jahr 2017 zurückgegriffen werden musste.

### Entwicklung der Geburtenzahlen

Die Entwicklung der Geburtenzahlen insgesamt wurden bereits in Kapitel 3.1 bei der Darstellung des Geburtensaldos grob gezeigt. Die folgende Grafik enthält für alle einzelnen Jahre seit 1979 noch einmal die genauen Geburtenzahlen. Hierbei wird deutlich der wellenförmige Verlauf mit dem vorübergehenden Anstieg Mitte der 1980er bis Ende der 1990er Jahre und der aktuelle erneute Anstieg ab dem Jahr 2013 sichtbar. **Die höchste Geburtenzahl wurde im Jahr 1997 mit 3.129 Kindern erreicht.** Ebenfalls mindestens 3.000 Neugeborene gab es im Landkreis in den Jahren 1992, 1994 und 1996. Die wenigsten Geburten innerhalb dieses Zeitraumes ereigneten sich hingegen im Jahr 2009 mit nur 2.235 Kindern. Dieser Geburtenjahrgang erreichte damit nur 71 % der Größe des Geburtenjahrgangs aus dem Jahr 1997. Weniger als 2.400 Geburten ereigneten sich auch in den Jahren 2006 und 2007 sowie von 2010 bis 2013.

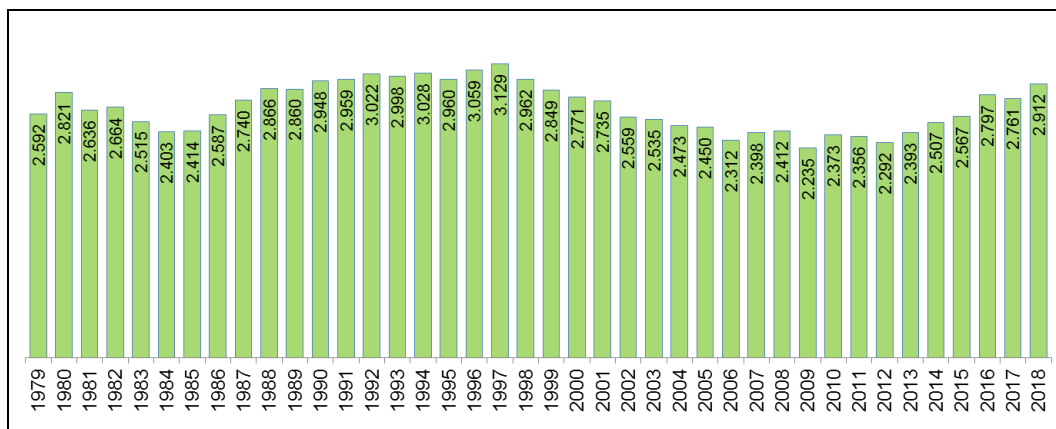


Abb. 40: Geburtenzahlen im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Diese Unterschiede in den Geburtenzahlen der einzelnen Jahre kommen durch die bereits beschriebene Kombination von Schwankungen in der Anzahl von im Landkreis lebenden Frauen im gebärfähigen Alter und die sich im Zeitverlauf verändernde Anzahl der Kinder je Frau zustande. Die Anzahl der geborenen Kinder unterscheidet sich aber nicht nur von Jahr zu Jahr sondern auch von Monat zu Monat. Im Jahresverlauf verteilen sich die Geburten im Landkreis Darmstadt-Dieburg nicht gleichmäßig auf die Monate, sondern es ist eine jahreszeitliche Rhythmik zu erkennen. Im Jahr 2017 kamen im September und im Juli, mit 274 bzw. 272 Geborenen, die meisten Kinder zu Welt. Auch im Juni und im August ereigneten

sich noch vergleichsweise viele Geburten. Besonders wenige Neugeborene gab es 2017 hingegen in den Monaten Februar bis April sowie im Dezember. Obwohl der Februar die wenigsten Tage hat, kamen in den anderen drei zuvor genannten Monaten sogar noch etwas weniger Kinder zur Welt.

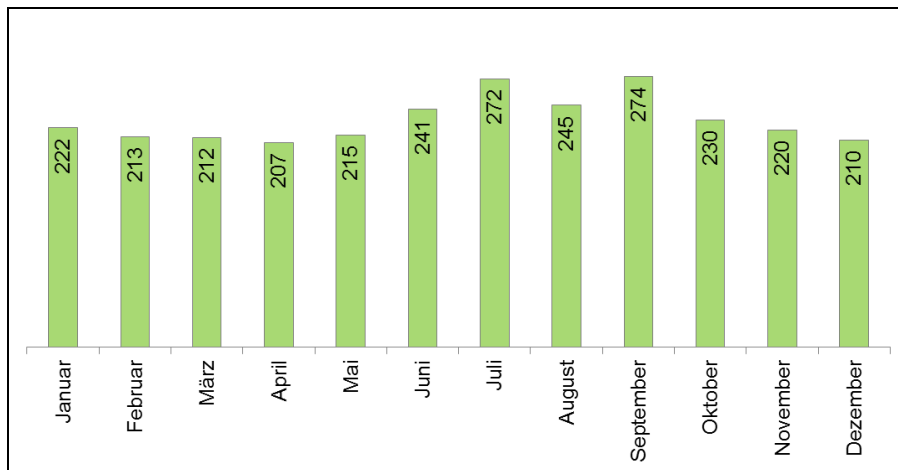


Abb. 41: Lebendgeborene nach Geburtsmonaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Die unterschiedlich hohe Kinderzahl in den einzelnen Monaten ist demnach nicht durch die unterschiedliche Zahl der Tage pro Monat zu erklären. Vielmehr sind über viele Jahre hinweg saisonale Unterschiede in der Anzahl der Geburten zu erkennen. Sie werden auch dann sichtbar, wenn die Zahl der Geburten durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Monats dividiert wird.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt 2011 bis 2017
Januar	6,6	6,1	6,5	5,8	7,0	6,9	7,2	6,6
Februar	5,7	5,8	5,7	6,5	5,8	7,4	7,6	6,4
März	6,1	5,1	6,4	6,3	6,6	7,6	6,8	6,4
April	6,0	6,5	6,5	5,9	6,3	7,1	6,9	6,5
Mai	6,9	6,6	6,5	7,2	7,1	6,6	6,9	6,8
Juni	6,2	6,4	6,3	7,3	7,2	8,0	8,0	7,1
Juli	7,1	7,1	7,2	7,2	7,4	8,7	8,8	7,6
August	6,3	7,3	7,5	7,9	7,6	8,1	7,9	7,5
September	7,4	6,3	7,0	8,0	8,4	8,5	9,1	7,8
Oktober	6,3	6,3	6,3	6,9	7,4	7,9	7,4	6,9
November	6,4	5,4	6,6	6,3	7,0	7,6	7,3	6,7
Dezember	6,2	6,1	6,1	7,0	6,5	7,3	6,8	6,6
Jahr	6,5	6,3	6,6	6,9	7,0	7,7	7,6	6,9

Tab. 12: Durchschnittliche Zahl der Lebendgeborenen pro Tag nach Geburtsmonaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2011 bis 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Für die Jahre 2011 bis 2017 lag der Durchschnittswert der Geburten pro Tag insgesamt bei 6,9 Kindern. Dabei fiel die Zahl der Kinder pro Tag in den einzelnen Jahren durch Schwankungen der absoluten Geburtenzahl recht unterschiedlich aus. Während im Jahr 2012 statistisch gesehen im Schnitt nur 6,3 Kinder pro Tag auf die Welt kamen, waren es im Jahr 2016 mit 7,7 Kindern deutlich mehr.



Im Mittel der sieben Jahre **entfielen besonders wenige Geburten pro Tag auf den Jahresanfang von Januar bis April**, wobei es im Februar und März mit 6,4 Kindern pro Tag besonders wenige waren. In den Sommermonaten von Juni bis September kamen hingegen die meisten Kinder pro Tag zur Welt. Dabei stand der September, mit im Schnitt 7,8 Kindern je Tag, an der Spitze. Ab Oktober sank die Zahl der Geburten je Tag zum Jahresende hin wieder ab. In allen hier betrachteten Jahren ist diese Saisonalität erkennbar. Betrachtet man für jedes einzelne Jahr die drei Monate, in denen die meisten und die wenigsten Kinder geboren wurden, zeigen sich beim Vergleich der Jahre wiederkehrende Muster. Juli und September gehörten dabei jeweils in sechs der sieben Jahre zu den drei Monaten mit besonders vielen Geburten pro Tag. Für den August traf dies in fünf der sieben Jahre zu. Der jeweils höchste Durchschnittswert aller Monate entfiel besonders oft auf den September. Bei den Monaten mit den durchschnittlich wenigsten pro Tag geborenen Kindern war die Varianz etwas höher. Der April gehörte in fünf der sieben Jahre zu den drei Monaten mit den wenigsten Geburten je Tag, auf Februar und März traf dies in vier Jahren zu.

Diese saisonalen Unterschiede der Geburtenhäufigkeit treten nicht nur im Landkreis Darmstadt-Dieburg auf. Die gleichen Trends sind auch in Deutschland insgesamt zu erkennen. Dabei sind die Gründe für die unterschiedliche Verteilung nicht abschließend geklärt. Allerdings gibt es einige Vermutungen der Wissenschaft dafür. Es wird davon ausgegangen, dass die Erklärung eher im Verhalten der Menschen als in ihrer Biologie zu suchen ist. Dies erscheint insbesondere daher als wahrscheinlich, da **vor den 1980er Jahren noch die meisten Kinder im März geboren** und dementsprechend im Sommer des Vorjahres gezeugt wurden. Früher fanden Hochzeiten bevorzugt im Mai und Juni statt. Bald darauf waren die Frauen häufig schwanger. In Zeiten besonders strenger Erziehung gab es zudem für junge Erwachsene häufig nur die Gelegenheit, sich außerhalb des Elternhauses z.B. auf Sommerfesten näher zu kommen. Diese Zusammenhänge haben heute durch die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht weiter Bestand. Seit den 1980er Jahren werden die meisten Kinder offenbar in den Monaten von Oktober bis Dezember gezeugt. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass das Bedürfnis der Menschen nach körperlicher Nähe mit sinkenden Außentemperaturen wieder zunimmt. Zugleich kann durch die heute bessere Planbarkeit von Geburten davon ausgegangen werden, dass Eltern sich teilweise bewusst für Geburtstermine im Sommer entscheiden. Die Kindergeburtstage können so im Freien gefeiert werden und es wird weniger Umstandsbekleidung benötigt als bei einer Geburt im Winter (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016; Standard Verlagsgesellschaft 2012; Ströer Digital Publishing).

Neben den Unterschieden der Geburtenzahlen in zeitlicher Hinsicht sind auch unterschiedliche Geburtenzahlen von Mädchen und Jungen zu beobachten. Im Landkreis Darmstadt-Dieburg werden, wie auch in Deutschland insgesamt, **in jedem Jahr etwas mehr Jungen als Mädchen geboren**. In den Jahren von 1995 bis 2018 machten Mädchen zwischen 46,7 % (1997) und 49,7 % (1999) der Geburten insgesamt aus. Dieser anfängliche Unterschied schwächt sich im Lauf der Lebensjahre durch die etwas höhere Sterbewahrscheinlichkeit von Männern wieder ab und kehrt sich in höherem Alter in einen Frauenüberschuss um.



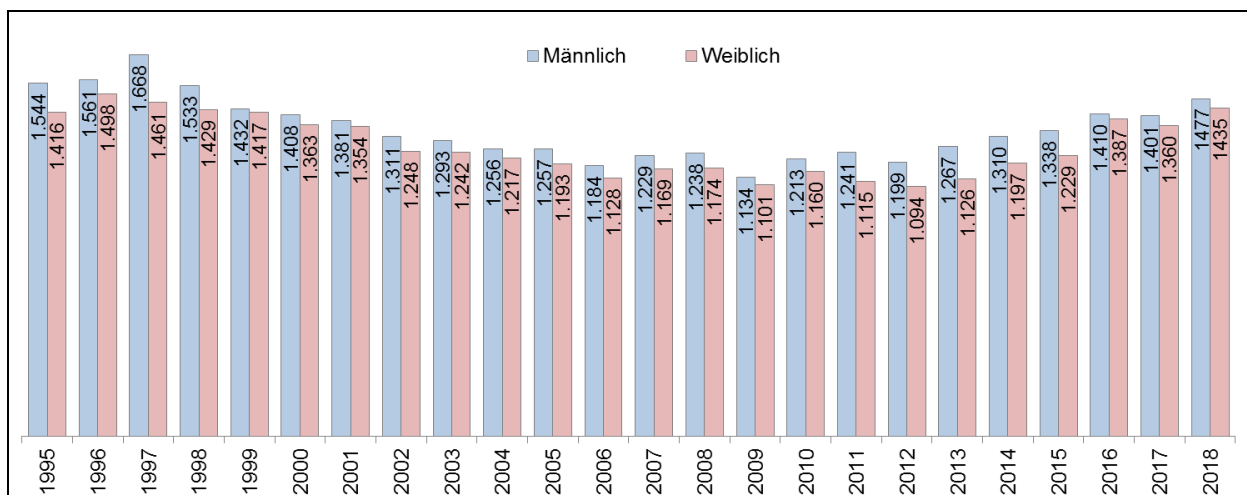


Abb. 42: Geborene im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Geschlecht (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

In einigen Jahren wurden ähnlich viele Kinder beider Geschlechter geboren. So waren es im Jahr 1999 nur 15 mehr Jungen als Mädchen, 2001 waren es 27 mehr Jungen als Mädchen und 2016 belief sich der Unterschied nur auf 23. Einen besonders deutlich ausgeprägten Unterschied in den Geburtenzahlen der Geschlechter gab es hingegen im Jahr 1997 als 207 mehr Jungen als Mädchen zur Welt kamen. Im Jahr 2013 waren es 141 mehr Jungen als Mädchen, 1995 lag die Differenz bei 128 und 2011 bei 126.

### Altersstruktur von Frauen und Müttern

Die variierende Anzahl der Geburten insgesamt im Zeitverlauf hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hierzu gehören vor allem die Anzahl der geborenen Kinder je Frau, der Zeitpunkt der Geburten im Lebenslauf und auch die Anzahl der im Landkreis lebenden Frauen im gebärfähigen Alter.

Beim Zeitpunkt der **Geburten im Lebensverlauf der Mütter lässt sich allgemein eine Verschiebung hin in spätere Lebensjahre erkennen**, wie bereits in Kapitel 2 dargestellt wurde. Dies wird auch bei der Betrachtung der Daten für den Landkreis Darmstadt-Dieburg im Zeitraum von 1995 bis 2017 deutlich sichtbar.

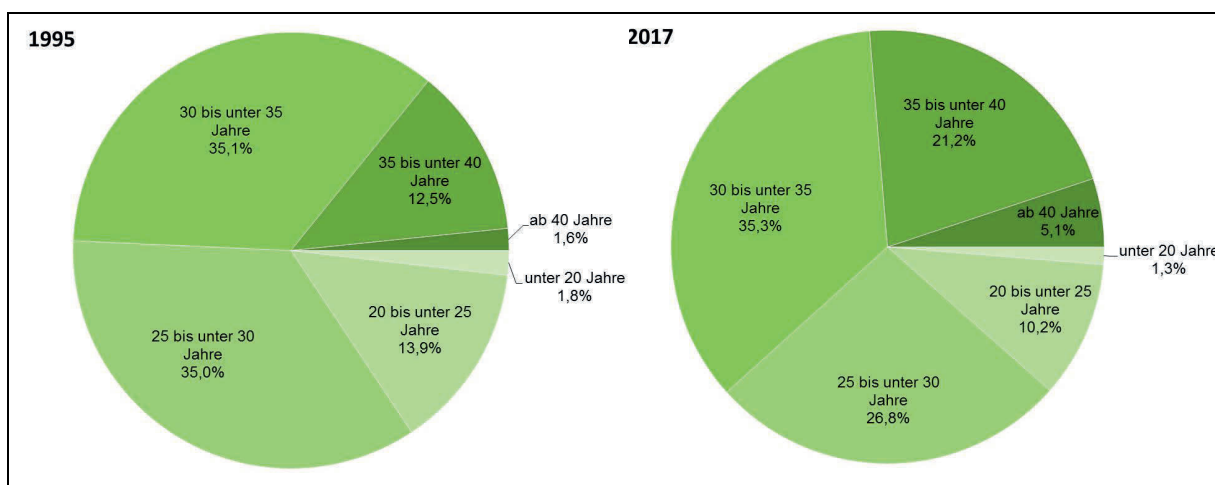


Abb. 43: Geborene Kinder im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach dem Alter ihrer Mütter 1995 und 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Im Jahr 1995 waren noch 15,7 % der Mütter bei Geburt ihrer Kinder unter 25 Jahre alt. Im Jahr 2017 traf dies nur noch auf 11,5 % der Mütter zu. Besonders stark ging aber der Anteil der Mütter in der Altersgruppe von 25 bis unter 30 Jahren zurück. 1995 gehörte dieser Altersgruppe mit 35,0 % noch mehr als jede dritte Mutter bei der Geburt ihres Kindes an. Im Jahr 2017 hatten hingegen nur noch 26,8 % der Geborenen eine Mutter in diesem Alter. Nahezu gleichbleibend groß war der Anteil der 30 bis unter 35 Jahre alten Mütter, der in beiden Jahren bei etwa 35 % lag. Eine weitere große Verschiebung ergab sich bei den Frauen ab 35 Jahren. Die 35 bis unter 40 Jahre alten Mütter hatten 1995 noch einen Anteil von 12,5 % an den Geborenen. Ab 40-jährige Mütter kamen mit nur 1,6 % ziemlich selten vor. Ihr Anteil war damit sogar noch etwas geringer als der Anteil der sehr jungen Mütter im Teenageralter. Im Jahr 2017 lag der Anteil der 35- bis unter 40-jährigen Mütter hingegen mit 21,5 % deutlich höher. Der Anteil der ab 40-jährigen Mütter stieg zudem auf 5,1 % an und lag damit deutlich über dem Anteil der sehr jungen Mütter unter 20 Jahren. Insgesamt hatte damit **mehr als ein Viertel der im Jahr 2017 geborenen Kinder eine Mutter, die mindestens 35 Jahre alt war**. 1995 traf dies nur auf etwa jedes siebte Kind zu.

Die Erhöhung der Kinderzahl je Frau kann nicht zu einer steigenden absoluten Geburtenzahl führen, wenn gleichzeitig die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter erheblich sinkt. Als gebärfähig werden üblicherweise in der Wissenschaft die Jahrgänge der Frauen von 15 bis 49 Jahren betrachtet. Wie schon in Kapitel 3.2 angemerkt, veränderte sich im Zeitverlauf die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter deutlich. Mitte bis Ende der 1990er Jahre gab es im Landkreis Darmstadt-Dieburg besonders viele Frauen im entsprechenden Alter von 15 bis einschließlich 49 Jahren: zu dieser Zeit waren es über 70.000 Frauen dieser Altersspanne. Seit dem Jahr 2004 sank ihre Anzahl jährlich weiter ab, bis auf den Stand von 59.891 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren im Jahr 2018. 1993 machten Frauen von 15 bis 49 Jahren noch 50 % der weiblichen Landkreisbevölkerung aus, 2018 waren dies nur noch 40 %.

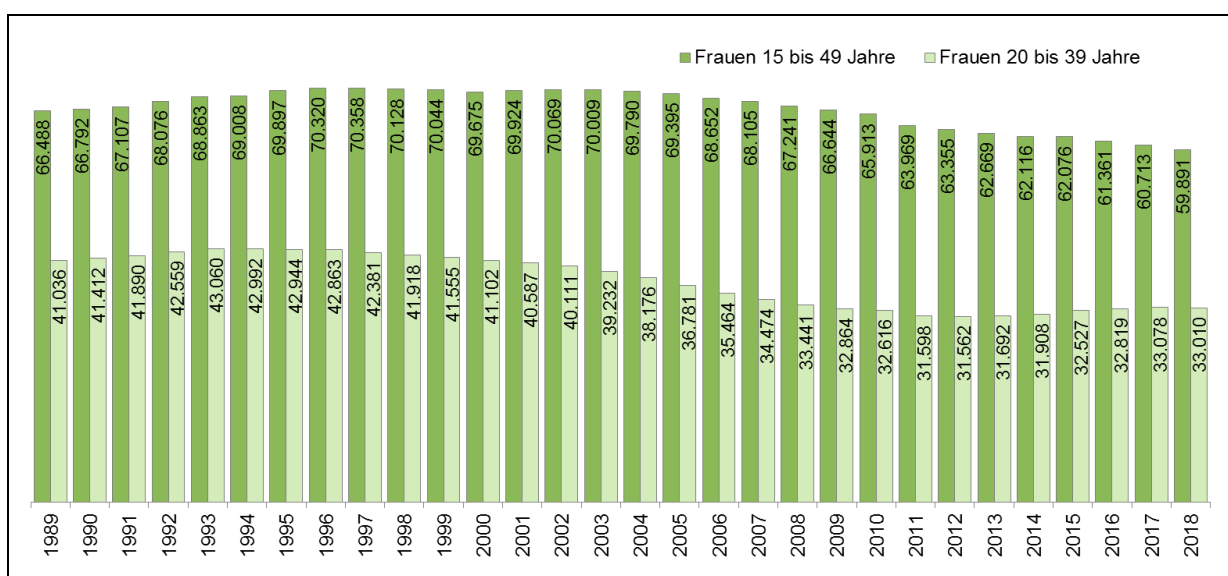


Abb. 44: Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter 1989 bis 2017 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Die meisten Geburten sind bei Frauen in der Altersgruppe von 20 bis 39 Jahren zu erwarten. Genau diese Altersgruppe hat sich allerdings seit Anfang der 2000er Jahre besonders stark reduziert. Die wesentliche Ursache hierfür dürfte sein, dass die geburtenstarken Jahrgänge

aus dieser Altersgruppe herausgewachsen sind. Im Jahr 1993 lebten noch etwa 43.000 Frauen von 20 bis 39 Jahren im Landkreis Darmstadt-Dieburg. Im Jahr 2012 waren es mit nur noch knapp 32.000 Frauen dieses Alters erheblich weniger. Die Zahl der Frauen zwischen 20 und 40 Jahren hat in dieser Zeit um rund 11.500 Personen bzw. 27 % abgenommen. Im Zeitraum von 1993 bis 2012 ging allerdings die gesamte Bevölkerung des Landkreises nicht zurück. Sie verzeichnete sogar einen Zuwachs von knapp 10.000 Einwohnenden, fast 6.400 davon waren Frauen. Es ist also zu einer erheblichen Verschiebung der Altersstruktur gekommen, die eine **Reduzierung der Zahl von Frauen in der besonders geburtenreichen Altersgruppe bewirkte**. Seit dem Jahr 2013 steigt die Zahl der Frauen von 20 bis 39 Jahren wieder langsam an, obwohl gleichzeitig die Zahl der 15- bis 49-jährigen Frauen sinkt. Im Jahr 2018 lebten im Landkreis wieder 33.010 Frauen von 20 bis unter 40 Jahren. Dieser Anstieg ist wahrscheinlich durch die größere Kindergeneration der Babyboomer und deren sich damit bereits überschneidende Enkelgeneration zu erklären. Zudem gab es in den letzten Jahren eine verstärkte Zuwanderung junger Frauen aus dem Ausland. Der Anteil der 20 bis 39 Jahre alten Frauen an den Frauen insgesamt ist dennoch über die Jahre deutlich zurückgegangen. 1993 lag der Anteil der Frauen von 20 bis 39 Jahren an den Frauen im Landkreis insgesamt noch bei 31,3 %, im Jahr 2018 war er mit 21,1 % der weiblichen Landkreisbevölkerung um 10 % geringer.

Die Altersstruktur der Bevölkerung hat einen sehr großen Einfluss auf die zu erwartende Zahl von Geburten. Die steigende Zahl der Geburten in den letzten Jahren dürfte aber durch eine Kombination von diesem Zuwachs an Frauen im besonders geburtenreichen Alter von 20 bis 39 Jahren und die seit einigen Jahren deutschlandweit wieder ansteigende Rate der Kinder je Frau begründet sein.

Die 43.060 im Jahr 1993 im Landkreis lebenden Frauen von 20 bis 39 Jahren hätten rein statistisch betrachtet schon bei einer geringen Geburtenrate von etwa 1,4 Kindern pro Frau während ihres gesamten Lebens zusammen über 60.000 Kinder geboren. Um während ihres Lebens eine ähnlich hohe Zahl von Kindern zur Welt zu bringen, wäre bei den im Jahr 2018 vorhandenen 33.010 Frauen dieses Alters eine Geburtenrate von über 1,8 Kindern notwendig. Der in den letzten Jahren erfolgte **Anstieg der Geburtenrate auf etwa 1,6 Kinder je Frau könnte also dieses strukturelle Defizit nicht aufwiegen**. Im Jahr 2018 erreichte der Landkreis Darmstadt-Dieburg allerdings hessenweit die höchste Geburtenrate von 1,74 Kindern je Frau. In Hessen insgesamt lag die Geburtenrate durchschnittlich bei 1,57. Es ist allerdings eher unwahrscheinlich, dass solch hohe Geburtenraten künftig auf Dauer bestehen werden.

Die folgende Grafik setzt die Geburtenzahlen in Bezug zur Anzahl der vorhandenen Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren. Jahre mit hohen Geburtenzahlen gehen dabei offenbar mit einer größeren Zahl von Geburten je 1.000 Frauen von 15 bis 49 Jahren einher. Somit lässt sich der Geburtenanstieg der letzten Jahre nicht alleine durch eine höhere Anzahl von Frauen im gebärfähigen Alter erklären. Im Jahr 2009 gab es eine sehr geringe Geburtenzahl von 2.235 Kindern. In diesem Jahr wurden je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter nur 33,5 Kinder geboren. Seither stieg die Zahl der Geborenen je 1.000 Frauen von 15 bis 49 Jahren aber deutlich an auf bis zu 48,6 Kinder im Jahr 2018. Damit lag seit 2016 die Zahl der Geburten je 1.000 Frauen dieses Alters sogar höher als im besonders geburtenreichen Jahr 1997 mit 44,5 Kindern je 1.000 Frauen.

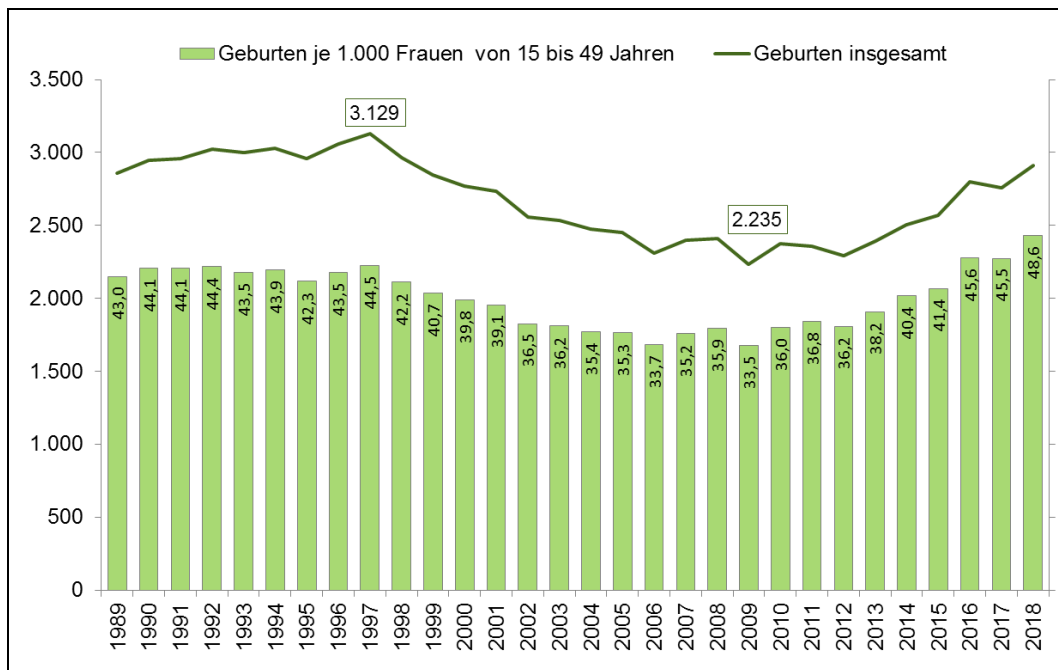


Abb. 45: Geburten je 1.000 Frauen von 15 bis 49 Jahren (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

In den einzelnen Städten und Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg hat sich die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter unterschiedlich entwickelt. Die folgende Tabelle zeigt die Zahl und den Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren und von 20 bis 39 Jahren für die einzelnen Städte und Gemeinden in den Jahren 1989 und 2018 auf. Der Anteil bezieht sich dabei auf die jeweilige weibliche Bevölkerung der Kommune insgesamt. Die Zahl der Geborenen wird außerdem in Relation gesetzt zur Anzahl der Frauen dieser beiden Altersgruppen.

Im Landkreis insgesamt lag die Zahl der Frauen von 15 bis 49 Jahren im Jahr 2018 um rund 6.600 niedriger als im Jahr 1989, was einem Rückgang um knapp 10 % entspricht. In einigen Städten und Gemeinden ging die Zahl der Frauen von 15 bis 49 Jahren prozentual deutlich stärker zurück als im Landkreis insgesamt. In Reinheim sank die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter um 30 %, in Seeheim-Jugenheim um 26 % und in Messel um 24 % ab. Es gab aber auch einige Kommunen, in denen die Zahl der Frauen in dieser Altersgruppe von 1989 bis 2018 angestiegen ist. Am größten war dieser Anstieg in Groß-Zimmern (+17 %) und in Griesheim (+5 %).

Auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren kamen im Jahr 1989 im Landkreis insgesamt 43,0 Geburten. Diese Geburtenquote je 1.000 Frauen von 15 bis 49 unterschied sich in den einzelnen Städten und Gemeinden erheblich, sie lag zwischen 35,2 Geburten in Seeheim-Jugenheim und 55,0 Geburten in Bickenbach.

Im Jahr 2018 lag im Landkreis die Zahl der Geburten je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter mit 48,6 Kindern insgesamt höher. Es kamen sogar trotz der deutlich gesunkenen Frauenanzahl im Jahr 2018 etwas mehr Kinder zur Welt als im Jahr 1989. Dies weist auf die gestiegene Geburtenrate der Kinder je Frau hin. Mit dem Anstieg der Geburtenrate konnte in einigen Kommunen das bestehende strukturelle Defizit durch die dort lebenden Altersjahrgänge der Frauen aufgewogen werden. Die Entwicklung in den einzelnen Kommunen war aber

recht unterschiedlich. In acht Kommunen gab es trotz der gesunkenen Frauenanzahl im gebärfähigen Alter im Jahr 2018 sogar mehr Geburten als im Jahr 1989. Dies war in Babenhausen, Dieburg, Erzhausen, Mühlthal, Münster, Pfungstadt, Roßdorf und Weiterstadt der Fall. Die Zahl der Geborenen je 1.000 Frauen der Altersgruppe von 15 bis 49 Jahren stieg in 16 Kommunen an. In Bickenbach, Eppertshausen, Fischbachtal, Groß-Bieberau, Modautal, Ober-Ramstadt, Otzberg und Schaafheim sank diese Zahl hingegen ab. Im Jahr 2018 lag diese Geburtenquote zwischen 34,4 in Fischbachtal und 58,4 in Pfungstadt. In Fischbachtal hatte es dabei von 1989 bis 2018 den deutlichsten Rückgang von 44,0 auf 34,4 Geborene je 1.000 Frauen gegeben. Den stärksten Anstieg der Geburtenquote hatte Mühlthal, wo die Zahl von 43,6 auf 54,6 anstieg.

	1989				2018			
	Frauen 15 bis 49 Jahre	Anteil an Frauen gesamt	Gebo- rene	Geborene je 1.000 Frauen von 15 bis 49 Jahren	Frauen 15 bis 49 Jahre	Anteil an Frauen gesamt	Gebo- rene	Geborene je 1.000 Frauen von 15 bis 49 Jahren
Alsbach-Hähnlein	2.123	52,1 %	75	35,3	1.703	36,5 %	69	40,5
Babenhausen	3.772	50,8 %	177	46,9	3.496	41,3 %	180	51,5
Bickenbach	1.199	51,5 %	66	55,0	1.203	38,8 %	50	41,6
Dieburg	3.431	50,9 %	128	37,3	3.186	39,9 %	134	42,1
Eppertshausen	1.389	52,4 %	61	43,9	1.231	40,4 %	46	37,4
Erzhausen	1.677	52,2 %	77	45,9	1.660	41,3 %	84	50,6
Fischbachtal	613	48,7 %	27	44,0	523	38,9 %	18	34,4
Griesheim	5.535	52,3 %	245	44,3	5.834	42,5 %	318	54,5
Groß-Bieberau	924	47,6 %	36	39,0	925	39,8 %	36	38,9
Groß-Umstadt	4.744	49,4 %	206	43,4	4.216	39,7 %	191	45,3
Groß-Zimmern	2.671	50,4 %	140	52,4	3.134	43,0 %	166	53,0
Messel	1.029	54,2 %	44	42,8	781	38,6 %	44	56,3
Modautal	1.040	45,6 %	51	49,0	897	35,5 %	39	43,5
Mühlthal	3.254	49,5 %	127	39,0	2.655	37,7 %	145	54,6
Münster	3.115	52,9 %	137	44,0	3.077	41,6 %	146	47,4
Ober-Ramstadt	3.418	49,8 %	160	46,8	3.057	40,0 %	135	44,2
Otzberg	1.424	48,0 %	70	49,2	1.246	38,5 %	61	49,0
Pfungstadt	5.991	50,0 %	261	43,6	5.168	40,5 %	302	58,4
Reinheim	4.401	53,0 %	170	38,6	3.080	37,1 %	145	47,1
Roßdorf	2.612	48,6 %	120	45,9	2.453	39,0 %	121	49,3
Schaafheim	1.954	50,7 %	91	46,6	1.882	41,0 %	73	38,8
Seeheim-Jugenheim	4.064	48,2 %	143	35,2	2.990	35,4 %	133	44,5
Weiterstadt	6.108	57,2 %	246	40,3	5.494	43,0 %	276	50,2
Darmstadt-Dieburg	66.488	51,1 %	2.860	43,0	59.891	40,0 %	2.912	48,6

Tab. 13: Frauen von 15 bis 49 Jahren in den Städten und Gemeinden 1989 und 2018  
(Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Die Zahlen zeigen starke Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen, die das Sinken der Geburtenzahlen in einigen Kommunen gut erklären können. So ist bei einem Rückgang von Frauenanzahl und Geburtenquote (Kinder je 1.000 Frauen der entsprechenden Altersgruppe) eine geringere Geburtenzahl die logische Folge. Dies war für die beiden hier miteinander verglichenen Jahre in Eppertshausen, Fischbachtal, Modautal, Ober-Ramstadt,

Otzberg und Schaafheim der Fall. Steigt nur einer der beiden Parameter, ist möglicherweise ein Ausgleich mit dem zweiten sinkenden Parameter möglich, sodass die Geburtenzahl stabil bleibt oder sogar ansteigt. In insgesamt 13 Kommunen ergab sich eine gesunkene Anzahl der Frauen von 15 bis 49 Jahren bei gleichzeitig gestiegener Geburtenquote je 1.000 dieser Frauen. Dies führte bei acht Städten und Gemeinden 2018 zu einer höheren Geburtenzahl als im Jahr 1989, in Messel blieb die Geburtenzahl gleich. In Alsbach-Hähnlein, Groß-Umstadt, Reinheim und Seeheim-Jugenheim konnte die gesteigerte Geburtenquote hingegen die gesunkene Zahl der Frauen nicht ausgleichen, sodass die Geburtenzahl 2018 dennoch geringer war als 1989. In Bickenbach stieg zwar die Zahl der Frauen in der entsprechenden Altersgruppe leicht an, der deutliche Rückgang bei der Geburtenquote verursachte aber dennoch einen Geburtenrückgang. In Groß-Bieberau war die Geburtenanzahl 1989 und 2018 gleich hoch. Nur in Griesheim und in Groß-Zimmern stiegen sowohl die Zahl der Frauen von 15 bis 49 Jahren als auch die Geburtenquote je 1.000 Frauen dieses Alters an.

Laut Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder lag das **Durchschnittsalter der Mütter der im Jahr 2017 geborenen Kinder im Landkreis unabhängig von der Geburtenreihenfolge bei 31,5 Jahren**. Bei Geburt des ersten Kindes waren Frauen im Schnitt 30,0 Jahre alt und bei Geburt des zweiten Kindes 32,3 Jahre. Verheiratete Frauen waren im Jahr 2017 im Durchschnitt mit 32,1 Jahren bei der Geburt des Kindes etwas älter als unverheiratete Frauen mit einem Altersdurchschnitt von 29,8 Jahren. In diese Durchschnittszahlen flossen die Geburten der erstgeborenen und der weiteren Kinder ein. Der Altersdurchschnitt der unverheirateten Mütter ist vermutlich deshalb niedriger, da unter den jüngeren Frauen ein höherer Anteil noch nicht verheiratet sein dürfte, als bei den Frauen höherer Altersjahrgänge.

### **Einfluss von Nationalität und Migrationshintergrund auf Geburten**

Die Betrachtung der Geborenen nach ihrer Nationalität zeigt vor allem bei der Altersstruktur der Mütter interessante Zusammenhänge auf. Bei der Interpretation von Statistiken zu Geburten von Kindern mit deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist es wichtig, die folgenden Zusammenhänge zu kennen. In Deutschland erwirbt ein Kind bei seiner Geburt automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn mindestens eines der Elternteile die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Dies wird als Abstammungsprinzip bezeichnet. Zusätzlich zu dieser Regelung ist es seit dem 1.1.2000 auch für in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern möglich, die deutsche Staatsangehörigkeit schon bei Geburt zu erhalten, was als Geburtsortprinzip bezeichnet wird. Hierfür muss ein Elternteil mindestens seit acht Jahren rechtmäßig in Deutschland leben und zudem ein unbefristetes Aufenthaltsrecht haben (vgl. Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat 2019; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2019).

Diese Änderungen führten dazu, dass seitdem mehr Kinder schon bei Geburt Deutsche sind, auch wenn Mutter und Vater ausschließlich ausländische Nationalitäten besitzen. In der Grafik der geborenen Kinder im Zeitverlauf nach Staatsangehörigkeiten ist die Novellierung des Staatsangehörigkeitsgesetzes im Jahr 2000 deutlich erkennbar. Die Kurve zeigt dort einen deutlichen Rückgang der Geburten nichtdeutscher Kinder von 478 im Jahr 1999 auf 218 im Jahr 2000. In den Folgejahren ging die Zahl der Neugeborenen mit ausländischer



erster Nationalität noch weiter zurück, bis im Jahr 2006 lediglich 76 der Geborene keine deutsche Staatsangehörigkeit hatten. Seit 2013 ist ein Anstieg der Zahl von Geborenen mit ausländischer erster Nationalität zu erkennen. Dieser dürfte vor allem durch die vermehrte Zuwanderung von Schutzsuchenden aus Kriegs- und Krisenländern seit dem Jahr 2011 bedingt sein. Da diese geflüchteten Menschen nicht seit mindestens acht Jahre in Deutschland leben und kein unbefristetes Aufenthaltsrecht haben, gilt das Geburtsortprinzip nicht für ihre in Deutschland geborenen Kinder. Seit 2016 blieb die Zahl der geborenen Nichtdeutschen in etwa gleich, die Zahl der deutschen Geborenen stieg hingegen weiterhin an.

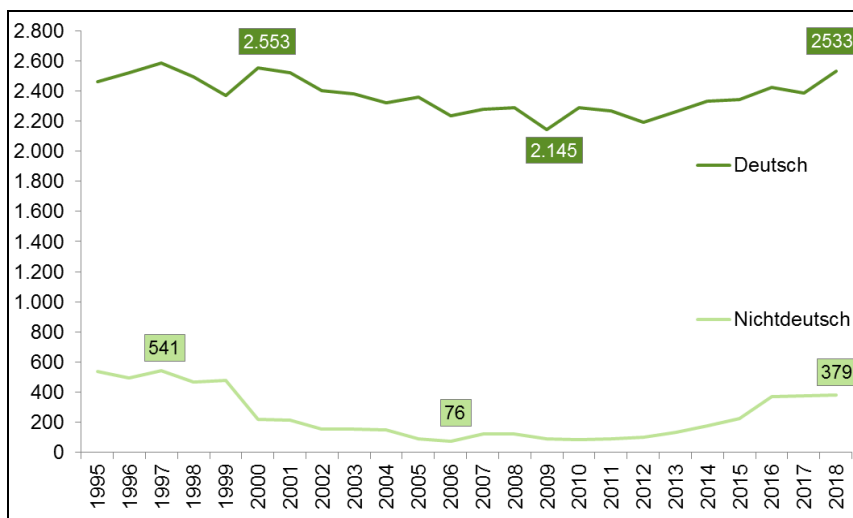


Abb. 46: Geborene im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Staatsangehörigkeit (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Hessisches Statistisches Landesamt)

**Das Alter der Mütter weist deutliche Unterschiede zwischen den geborenen Kindern mit deutscher und mit ausländischer erster Staatsbürgerschaft auf.** Wie bereits angemerkt, ist die Zahl der Geborenen mit ausländischer erster Nationalität nur sehr gering, da viele Kinder ausländischer Eltern bereits bei Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erlangen. Die Kinder mit ausschließlich ausländischer Nationalität dürften daher in der Regel Familien angehören, die noch nicht sehr lange in Deutschland leben. Hierdurch wirkt vermutlich bei ihnen die Ausgangskultur noch besonders stark fort. In vielen Ländern ist eine frühe Mutterschaft üblicher als in Deutschland. Erst vor kurzer Zeit zugewanderte Frauen aus solchen Ländern werden daher voraussichtlich auch in Deutschland früher Mutter.

Bei den nichtdeutschen Kindern war im Jahr 2017 der Anteil der besonders jungen Mütter unter 20 Jahren mit 4,3 % deutlich höher als bei den deutschen Kindern mit nur 0,8 %. Auch der Anteil der Mütter von 20 bis unter 25 Jahren war bei den nichtdeutschen Geborenen mit einem Anteil von 25,1 % erheblich höher als bei den deutschen Kindern mit nur 7,9 %. Bei den geborenen deutschen Kindern waren hingegen ältere Mütter deutlich stärker vertreten. Mütter von 35 bis unter 40 Jahren erreichten bei den deutschen Geborenen einen Anteil von 22,8 %, während dieser bei den nichtdeutschen Kindern bei nur 11,2 % lag. Auch die Gruppe der **ab 40-jährigen Mütter hatte bei den deutschen Geborenen mit 5,5 % einen wesentlich höheren Anteil** als bei den nichtdeutschen mit nur 2,7 %.



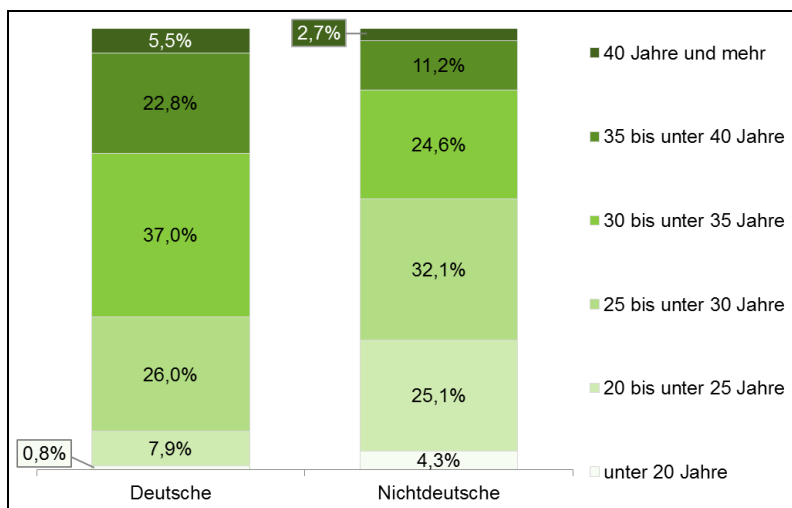


Abb. 47: Alter der Mütter bei Geburt deutscher und nichtdeutscher Kinder im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Allerdings hat sich sowohl bei den Geborenen mit deutscher als auch mit ausländischer erster Nationalität die Tendenz hin zu älteren Müttern bewegt, wie ein Vergleich der Altersstruktur der Mütter in den Jahren 1995 und 2017 zeigt. 1995 waren noch bei 11,2 % der deutschen Geborenen die Mütter jünger als 25 Jahre, im Jahr 2017 waren es nur noch 8,7 %. Älter als 35 Jahre waren im Jahr 1995 nur 14,9 % der Mütter deutscher Geborener, im Jahr 2017 waren es mit 28,3 % schon mehr als ein Viertel. Bei den nichtdeutschen Geborenen sank der Anteil der Mütter unter 25 Jahren von sehr hohen 37,5 % im Jahr 1995 auf 29,4 % ab und der Anteil der Mütter ab 35 Jahren erhöhte sich von 10,5 % im Jahr 1995 leicht auf 13,9 % im Jahr 2017.

	1995		2017	
	deutsche Geborene	nichtdeutsche Geborene	deutsche Geborene	nichtdeutsche Geborene
Mütter unter 20 Jahre	28 1,1 %	26 5,3 %	20 0,8 %	16 4,3 %
Mütter 20 bis unter 25 Jahre	250 10,1 %	160 32,2 %	188 7,9 %	94 25,1 %
Mütter 25 bis unter 30 Jahre	875 35,5 %	162 32,7 %	620 26,0 %	120 32,1 %
Mütter 30 bis unter 35 Jahre	945 38,3 %	95 19,2 %	884 37,0 %	92 24,6 %
Mütter 35 bis unter 40 Jahre	327 13,3 %	44 8,9 %	544 22,8 %	42 11,2 %
Mütter ab 40 Jahre	40 1,6 %	8 1,6 %	131 5,5 %	10 2,7 %

Tab. 14: Alter der Mütter bei deutschen und nichtdeutschen Geborenen im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1995 und 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Dadurch, dass auch viele Kinder ausländischer Eltern schon bei Geburt die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten, ist die Zahl der geborenen Kinder mit mindestens einem ausländischen Elternteil im Landkreis deutlich höher als die Zahl der Geborenen mit ausländischer erster Nationalität. Im Jahr 2017 kamen 906 Kinder zur Welt, deren Mutter und/oder Vater nicht-deutsch war. Dies war mit 32,8 % fast ein Drittel aller Geborenen im Landkreis. Dabei war bei 410 Kindern (14,8 %) nur eines der Elternteile Ausländerin oder Ausländer. Bei 496

Geborenen waren Vater und Mutter nichtdeutsch (18,0 %). Der Anteil der geborenen Kinder mit mindestens einem ausländischen Elternteil hat sich in den vergangenen Jahren etwas erhöht. Im Jahr 2012 lag er noch bei 28,1 % und stieg somit in nur fünf Jahren um fast 5 % auf 32,8 % an.

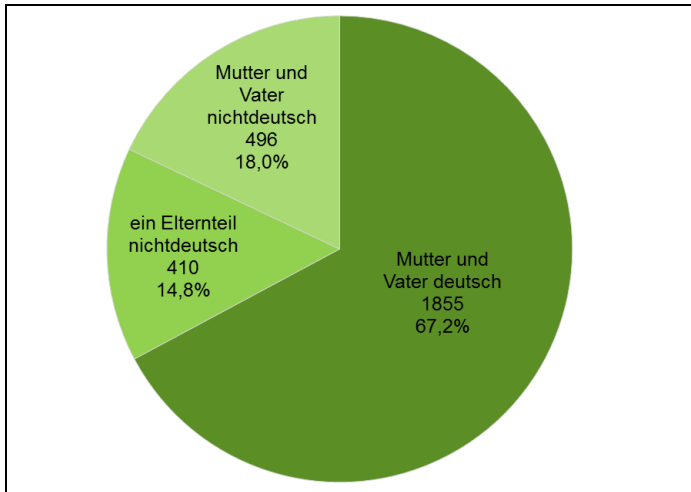


Abb. 48: Geborene 2017 im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Staatsangehörigkeit der Eltern (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Nichtdeutsche Frauen bekommen in der Relation betrachtet deutlich mehr Kinder als deutsche Frauen. Zum Teil ist dies durch den kulturelle Hintergrund bedingt. So sind zum Beispiel die Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund bei der Geburt im Durchschnitt jünger als die Mütter der Kinder ohne feststellbaren Migrationshintergrund. Je früher Frauen Kinder bekommen, desto größer ist, schon alleine biologisch gesehen, die Wahrscheinlichkeit, dass sie weitere Kinder zur Welt bringen werden. Ein wesentlicher Faktor ist aber auch die wesentlich jüngere Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung. Durch die anhaltende Zuwanderung von Nichtdeutschen kommen außerdem immer wieder potenzielle Eltern in den Landkreis hinzu. Künftig werden daher im Landkreis Darmstadt-Dieburg voraussichtlich immer mehr Kinder mit Migrationshintergrund geboren.

	Frauen gesamt/ Anteil an Frauen gesamt	Frauen deutsch/ Anteil an deutschen Frauen	Frauen nichtdeutsch/ Anteil an nichtdeutschen Frauen
15 bis unter 50 Jahre	59.891 40,0 %	47.973 37,1 %	11.918 58,8 %
20 bis unter 40 Jahre	33.010 22,1 %	25.894 20,0 %	7.116 35,1 %
Alle Altersgruppen	149.613	129.336	20.277

Tab. 15: Anteile ausgewählter Altersgruppen bei deutschen und nichtdeutschen Frauen im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt).

Deutsche und nichtdeutsche Frauen haben eine voneinander abweichende Altersstruktur. Von den im Jahr 2018 im Landkreis Darmstadt-Dieburg lebenden ausländischen Frauen waren mit 58,8 % deutlich mehr als die Hälfte im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren. Bei den deutschen Frauen traf dies hingegen nur auf 37,1 % zu. Als besonders geburtenreich gilt die Altersgruppe der 20- bis 39-jährigen Frauen. Von den deutschen Frauen waren nur 20,0 % in diesem Alter. Bei den Ausländerinnen war der Anteil der 20- bis 39-Jährigen

mit 35,1 % erheblich höher. **Bei den deutschen Frauen sind die älteren Jahrgänge außerhalb des gebärfähigen Alters hingegen sehr viel stärker vertreten** als bei den ausländischen Frauen.

Weitergehende Hinweise auf den Migrationshintergrund der geborenen Kinder liefert die Auswertung von einem auf den Melderegistern beruhenden Datensatz. Dieser Datensatz des Gebietsrechenzentrums ekom21 enthält Angaben zu den Einwohnenden aus 22 Kommunen des Landkreises. Die Daten der Stadt Groß-Bieberau wurden vom Einwohnermeldeamt Groß-Bieberau zur Verfügung gestellt. Sehr genau lassen sich mit diesen Daten die Unterschiede bei den Staatsbürgerschaften analysieren. Allerdings betrifft dies nur die Staatsbürgerschaften der Kinder. Die Staatsbürgerschaften der Eltern waren aus den Einträgen der Kinder nicht ersichtlich, somit können auch diese Daten den Migrationshintergrund nur teilweise abbilden.

Von den im Jahr 2018 geborenen Kindern hatten mit 59 % mehr als die Hälfte ausschließlich eine deutsche Staatsangehörigkeit. Nur ausländische Staatsbürgerschaften hatten 12,5 % der Neugeborenen. Über ein Viertel der Neugeborenen (28,6 %) waren Deutsche mit einer zweiten Staatsangehörigkeit. **Insgesamt war so für 41 % aller im Jahr 2018 zur Welt gekommenen Kinder im Landkreis ein Migrationshintergrund festzustellen.** Die tatsächliche Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund dürfte noch höher liegen, da sicherlich auch im Jahr 2018 Kinder mit ausschließlich deutscher Staatsbürgerschaft geboren wurden, die aber dennoch mindestens ein Elternteil mit persönlichem Auslandsbezug haben.

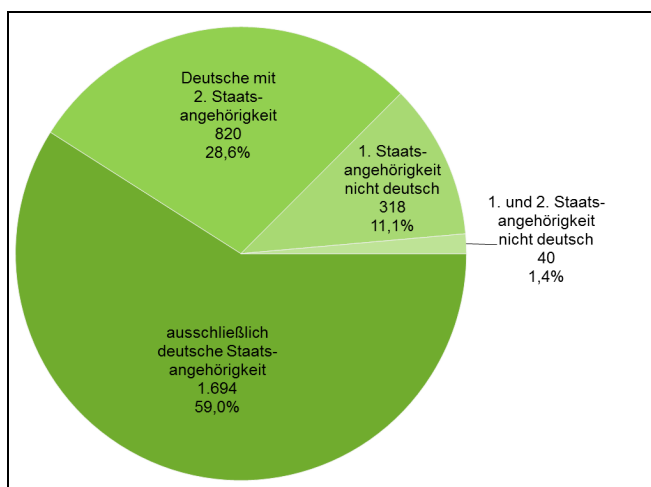


Abb. 49: Geborene 2018 im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Staatsangehörigkeiten (Datengrundlage: ekom21)

## 5. Analyse der Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Dieses fünfte Kapitel betrachtet für den Landkreis Darmstadt-Dieburg die Sterbefälle der letzten Jahre im Detail. Auch hier werden Daten mit verschiedenen Zeitbezügen zusammengestellt, da die unterschiedlichen Datensätze nicht alle für die gleichen Zeiträume verfügbar waren. Daher konnte bei einigen Zeitreihen nicht so weit in die Vergangenheit zurückgegangen werden wie bei anderen. Für alle Daten fand der jeweils aktuellste verfügbare Stand Verwendung, dies war für einige Daten das Jahr 2018, für andere das Jahr 2017.

### Entwicklung der Sterbefallzahlen

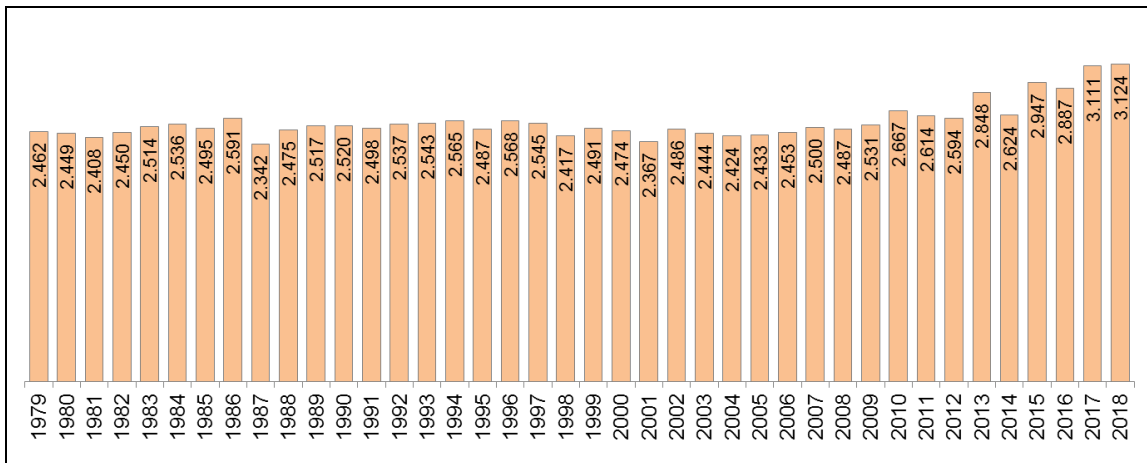


Abb. 50: Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1979 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Die Grafik bildet die jährliche Anzahl der Verstorbenen in den letzten Jahrzehnten ab. Seit einigen Jahren zeigt sich dabei eine steigende Tendenz. Seit dem Beginn der hier betrachteten Zeitreihe 1979 ereigneten sich viele Jahre lang jährlich rund 2.500 Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg. Weniger als 2.400 Menschen verstarben nur in den Jahren 1987 (2.342 Personen) und 2001 (2.367 Personen). **Ab dem Jahr 2010 ist jedoch ein deutlicher Anstieg festzustellen.** Die Zahl von 2.600 Verstorbenen wurde nur im Jahr 2012 nochmals knapp unterschritten, in den anderen Jahren lag sie teilweise deutlich darüber. 2017 und 2018 lag die Zahl der Todesfälle jeweils bei mehr als 3.100 Personen. Die Zahl der Verstorbenen war damit im Jahr 2018 um 27 % höher als im Jahr 1979.

Der starke Anstieg in den letzten Jahren ist darauf zurückzuführen, dass **immer mehr hochbetagte Menschen im Landkreis leben, die alleine durch ihr Alter ein erhöhtes Sterberisiko** haben. Seit einigen Jahren ist ein erheblicher Anstieg des Anteiles der Bevölkerung ab 65 Jahren und auch der Hochbetagten ab 80 Jahren festzustellen. 1989 waren noch 12,9 % der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt, nur 3,0 % hatten ein Alter von mindestens 80 Jahren. Im Jahr 2018 hingegen waren bereits 20,8 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter, 5,7 % aller Einwohnenden des Landkreises hatten dabei mindestens das Alter von 80 Jahren erreicht.

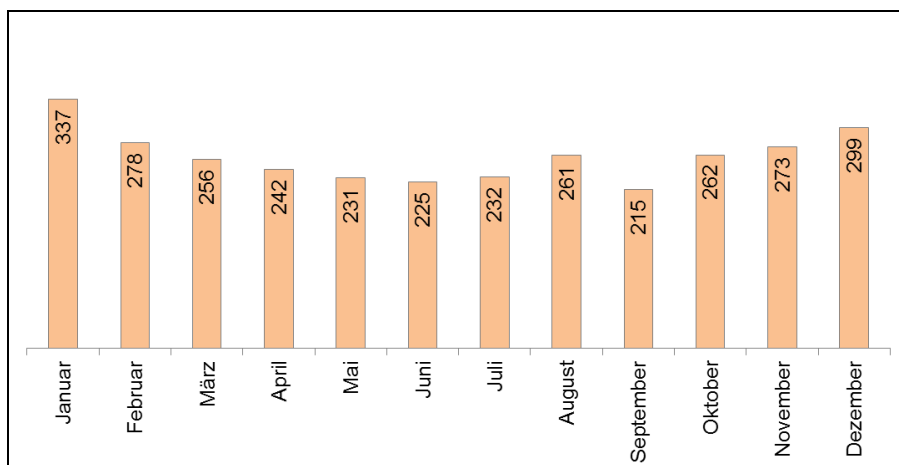


Abb. 51: Verstorbene nach Monaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Wie bei den Geburten ist auch bei den Sterbefällen eine ungleichmäßige Verteilung auf die einzelnen Monate zu erkennen. Im Jahr 2017 verstarben im Januar 337 Einwohnende des Landkreises Darmstadt-Dieburg. Dies waren 13 % mehr Verstorbene als im Dezember, auf den mit 299 Personen die zweithöchste Zahl an Sterbefällen entfiel. An dritter Stelle folgte der Februar mit 278 Todesfällen. Im September starben hingegen nur 215 Menschen. Damit war die Zahl der Todesfälle im September um mehr als ein Drittel niedriger als im Januar des gleichen Jahres. Wie schon an der Beteiligung des 28 Tage kurzen Februars an den Monaten mit den meisten Sterbefällen leicht zu erkennen ist, lassen sich diese starken Abweichungen nicht durch die Zahl der Tage pro Monat erklären. Die saisonalen Unterschiede werden auch dann sichtbar, wenn die Zahl der Verstorbenen durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Monats dividiert wird.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt 2011 - 2017
Januar	8,2	7,6	8,0	8,0	9,1	9,0	10,9	8,7
Februar	7,3	7,0	9,0	7,9	10,7	7,6	9,9	8,5
März	8,2	8,1	8,8	7,3	9,8	9,0	8,3	8,5
April	7,3	6,8	7,7	7,3	7,9	7,9	8,1	7,6
Mai	6,9	6,5	6,5	6,8	7,5	8,0	7,5	7,1
Juni	6,7	6,0	7,2	6,8	7,4	8,2	7,5	7,1
Juli	6,5	6,2	7,9	6,6	8,8	6,9	7,5	7,2
August	6,6	7,7	7,6	6,9	7,0	6,7	8,4	7,3
September	6,7	7,4	6,8	6,4	7,2	8,0	7,2	7,1
Oktober	7,0	7,6	8,1	6,5	7,3	7,2	8,5	7,5
November	7,0	6,7	7,6	7,3	6,6	8,0	9,1	7,5
Dezember	7,6	7,4	8,5	8,5	7,8	8,3	9,6	8,3
Jahr	7,2	7,1	7,8	7,2	8,1	7,9	8,5	7,7

Tab. 16: Durchschnittliche Zahl der Verstorbenen pro Tag nach Monaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2011 bis 2017 (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Im Durchschnitt verstarben in den Jahren von 2011 bis 2017 pro Tag 7,7 Personen, die ihren Wohnsitz im Landkreis Darmstadt-Dieburg hatten. Beim Vergleich dieser sieben Jahre zeigt sich der starke Anstieg der Sterbefälle deutlich. 2011 verstarben noch im Durchschnitt 7,2 Personen pro Tag, bis zum Jahr 2017 stieg diese Zahl auf 8,5 Verstorbene an.

In den hier betrachteten sieben Jahren ereigneten sich pro Tag in den Monaten von Mai bis September die wenigsten Todesfälle. Im Mai, Juni und September lag der Durchschnittswert mit jeweils 7,1 Todesfällen je Tag besonders niedrig. In den Monaten Juli und August war der Mittelwert mit 7,2 bzw. 7,3 Verstorbenen pro Tag nur geringfügig höher. Ab dem Oktober stieg die Zahl der Sterbefälle allmählich an und erreichte den höchsten Durchschnittswert dieser sieben Jahre im Januar mit 8,7 Gestorbenen am Tag.

Betrachtet man für jedes einzelne Jahr die drei Monate, in denen die meisten und die wenigsten Menschen gestorben sind, zeigen sich beim Vergleich der Jahre wiederkehrende Muster. Der Januar gehörte dabei in sechs der sieben Jahre zu den drei Monaten mit besonders vielen Verstorbenen pro Tag. Für den März traf dies in fünf der sieben Jahre zu. Der höchste Durchschnittswert innerhalb des jeweiligen Jahres fiel dabei in jeweils drei Jahren auf den Januar oder auf den März. Der Juli gehörte hingegen in fünf der sieben Jahre zu den drei Monaten mit den wenigsten Verstorbenen. Auf Juni und September traf dies in vier Jahren zu. Der jeweils niedrigste Durchschnittswert bestand dabei in den sieben betrachteten Jahren in sechs unterschiedlichen Monaten.

**Die Sterbefälle zeigen damit eine umgekehrte Saisonalität zu den Geburten.** In den Monaten mit besonders vielen Geburten sterben wenige Menschen, in den Monaten mit vergleichsweise wenigen Geburten ereignen sich hingegen besonders viele Todesfälle. Hierdurch ergibt sich im Jahresverlauf ein Zeitraum im Winter mit einem besonders hohen Sterbeüberschuss und im Sommer teils sogar mit einem Geburtenüberschuss. Im Jahr 2017 wurde, trotz eines für das Jahr insgesamt deutlich negativen Geburtensaldos, in den Monaten Juni, Juli und September ein Geburtenüberschuss erzielt. In den anderen neun Monaten ereigneten sich allerdings mehr Sterbefälle als Geburten.

Diese saisonalen Unterschiede in der Anzahl der Todesfälle sind auch in Deutschland insgesamt zu beobachten. Im Jahr 2017 starben beispielsweise in Deutschland die meisten Menschen im Januar, 2016 im Dezember und 2015 im Februar. Seit vielen Jahren entfallen die meisten Todesfälle auf die Wintermonate von Dezember bis März, wobei besonders häufig der Januar die höchste Anzahl mit sich bringt. Für diese Häufung der Sterbefälle gibt es einige Erklärungsversuche, wobei das Wetter eine wesentliche Rolle bei den Unterschieden spielt. Ältere Menschen sind oft durch Krankheiten bereits vorbelastet und reagieren stärker auf Wetterumschwünge. Starke Temperaturschwankungen sind dabei für den Körper besonders schwierig. Bei Kälte führen sich zusammenziehende Gefäße zu Bluthochdruck und erhöhter Herzfrequenz und damit in der Folge vermehrt zu Herzinfarkten. Dieser Kälte-Effekt auf die Sterblichkeit war früher noch deutlicher zu sehen, da die Menschen durch schlechtere Gebäudeausstattung der Kälte noch mehr ausgesetzt waren als heute. Im Winter kommt außerdem die Grippe als saisonales Risiko gerade für ältere Menschen hinzu. Es scheint zudem so zu sein, dass Menschen unbewusst ihren Todestag selbst mit beeinflussen, indem sie noch bestimmte Tage oder Begegnungen erleben möchten. Dies kann zum Beispiel auch bedeuten, dass jemand Weihnachten noch einmal mit der Familie verbringen möchte oder dass man einen letzten Jahreswechsel erleben will. Dies könnte ein weiterer Grund sein, weshalb sich besonders viele Todesfälle im Januar ereignen, wenngleich es für dieses Phänomen keine wissenschaftliche Erklärung gibt (vgl. Meinert 2014).

	1989				2018			
	Einwoh- nende	Anteil ab 65 Jahre	Gestor- bene	Gestor- bene je 1.000 Einwoh- nende	Einwoh- nende	Anteil 65 Jahre	Gestor- bene	Gestor- bene je 1.000 Einwoh- nende
Alsbach- Hähnlein	7.955	12,5 %	84	10,6	9.146	23,1 %	103	11,3
Babenhausen	14.623	12,0 %	132	9,0	16.834	19,8 %	189	11,2
Bickenbach	4.519	13,2 %	41	9,1	6.014	21,2 %	104	17,3
Dieburg	13.737	12,9 %	142	10,3	15.679	21,1 %	158	10,1
Eppertshausen	5.217	11,3 %	55	10,5	6.198	20,8 %	79	12,7
Erzhausen	6.340	12,1 %	45	7,1	7.996	19,8 %	71	8,9
Fischbachtal	2.467	14,1 %	27	10,9	2.664	20,9 %	24	9,0
Griesheim	20.818	13,5 %	205	9,8	27.435	18,6 %	262	9,5
Groß-Bieberau	3.867	13,3 %	37	9,6	4.665	21,9 %	46	9,9
Groß-Umstadt	18.800	13,7 %	241	12,8	21.162	21,2 %	198	9,4
Groß-Zimmern	10.502	12,8 %	105	10,0	14.564	18,3 %	151	10,4
Messel	3.766	10,0 %	19	5,0	4.090	22,7 %	30	7,3
Modautal	4.491	15,3 %	46	10,2	5.096	22,4 %	72	14,1
Mühltal	12.941	15,9 %	122	9,4	13.908	22,4 %	141	10,1
Münster	11.719	11,2 %	102	8,7	14.672	19,1 %	143	9,7
Ober-Ramstadt	13.628	13,4 %	124	9,1	15.130	19,8 %	149	9,8
Otzberg	5.849	14,6 %	68	11,6	6.424	21,0 %	74	11,5
Pfungstadt	23.567	13,3 %	219	9,3	25.151	20,7 %	255	10,1
Reinheim	16.450	11,1 %	151	9,2	16.346	24,1 %	204	12,5
Roßdorf	10.530	13,9 %	98	9,3	12.612	21,7 %	136	10,8
Schaafheim	7.741	11,7 %	67	8,7	9.227	20,1 %	96	10,4
Seeheim- Jugenheim	16.227	16,1 %	216	13,3	16.411	26,0 %	196	11,9
Weiterstadt	21.367	9,9 %	171	8,0	25.975	17,9 %	243	9,4
Darmstadt- Dieburg	257.121	12,9 %	2.517	9,8	297.399	20,8 %	3.124	10,5

Tab. 17: Sterbefälle je 1.000 Einwohnende in den Städten und Gemeinden 1989 und 2018  
(Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Für eine bessere Vergleichbarkeit der Anzahl der Verstorbenen in verschiedenen Jahren oder Gebietskörperschaften werden diese mit der Einwohnerzahl in Bezug gesetzt. Die Sterbefälle je 1.000 Personen unterschieden sich im Jahr 2018 in den einzelnen kreisangehörigen Städten und Gemeinden deutlich voneinander. Im Landkreis insgesamt starben 10,5 von 1.000 Einwohnenden. Deutlich weniger Gestorbene waren es in Messel (7,3 je 1.000) und in Erzhausen (8,9 je 1.000). Vergleichsweise viele Todesfälle je 1.000 Einwohnerinnen



und Einwohnern waren es hingegen in Modautal (14,1), Eppertshausen (12,7) und Reinheim (12,5). Da die Zahl der Sterbefälle in den Kommunen jährlich stark schwankt, ist dieses Ergebnis lediglich als Momentaufnahme zu verstehen.

Im Jahr 1989 lag die Quote der Sterbefälle je 1.000 Personen für den Landkreis insgesamt mit 9,8 Personen noch etwas niedriger als im Jahr 2018. Auch in den meisten Städten und Gemeinden lag diese Quote 2018 höher als 1989. Besonders deutlich war der Unterschied von 9,1 zu 17,3 Gestorbenen je 1.000 Personen in Bickenbach. Dies wird dort aber vor allem durch die zwischenzeitlich hinzugekommenen Altenwohnanlagen verursacht. In einigen Kommunen waren es im Jahr 2018 aber sogar weniger Verstorbene je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern als im Jahr 1989.

Für den Landkreis insgesamt ist im Zeitverlauf seit 1989 zu erkennen, dass die Zahl der Sterbefälle je 1.000 Personen ausgehend von 9,8 im Jahr 1989 sogar zunächst langsam weiter zurückging bis auf 8,2 Gestorbene je 1.000 Einwohnende im Jahr 2001. Das vorübergehende Absinken der Sterbequote dürfte dadurch zustande gekommen sein, dass die Lebenserwartung stark angestiegen ist und sich zugleich im Landkreis der Anteil der Menschen in einem höheren Lebensalter mit hoher Sterbewahrscheinlichkeit nur langsam erhöhte. Seit diesem Tiefstand stieg die Quote allerdings wieder allmählich an, überschritt 2010 wieder die Grenze zu 9,0 Todesfällen je 1.000 Personen und stieg dann innerhalb nur weniger Jahre deutlich an auf 10,5 in den Jahren 2017 und 2018.

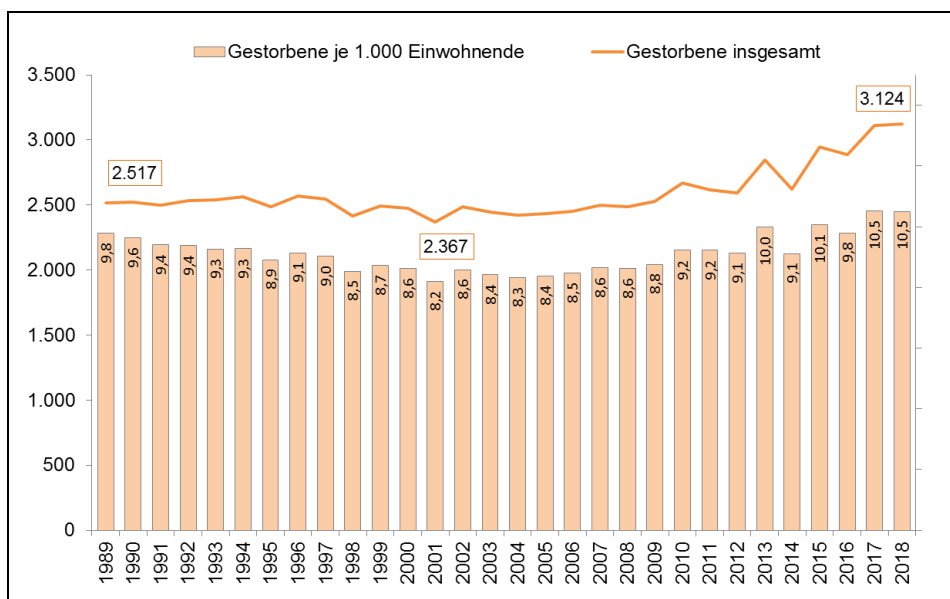


Abb. 52: Sterbefälle je 1.000 Einwohnende im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1989 bis 2018 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

### **Todesursachen und Altersstruktur der Verstorbenen**

Die häufigsten Todesursachen im Landkreis Darmstadt-Dieburg sind den häufigsten Todesursachen in Deutschland insgesamt recht ähnlich. Diese wurden bereits in Kapitel 2 betrachtet, sodass hier nur die Daten des Jahres 2017 kurz dargestellt werden sollen.

Im Jahr 2017 kamen auf 100.000 im Landkreis lebende Menschen 1.053 Todesfälle. Bei den Frauen war die Sterberate mit 1.064 Verstorbenen je 100.000 Frauen geringfügig höher als bei den Männern mit 1.043 Verstorbenen je 100.000 Männer. Von 100.000 im Landkreis

wohnenden Menschen starben 396 an **Krankheiten des Kreislaufsystems**, 270 an bösartigen Neubildungen und 76 an Krankheiten des Atmungssystems. Neben Erkrankungen führten auch äußere Ursachen zu Sterbefällen im Landkreis Darmstadt-Dieburg. Nicht für alle diese Ursachen waren Daten auf Kreisebene verfügbar, daher werden hier nur Transportmittelunfälle, Stürze und vorsätzliche Selbstbeschädigung herausgegriffen. Nur 3,0 Personen je 100.000 Einwohnenden starben im Landkreis Darmstadt-Dieburg in Folge von Verkehrsunfällen. Dies waren insgesamt neun Personen, wovon acht männlich und eine weiblich waren. Auch Suizide waren bei Männern (15,7 je 100.000 Einwohner) häufiger ursächlich für den Tod als bei Frauen (4,7 je 100.000 Einwohnerinnen). Insgesamt führten 23 Männer und sieben Frauen einen Suizid aus. Durch Stürze kamen 15,6 Personen je 100.000 Einwohnenden ums Leben. Hiervon waren Frauen (20,9 je 100.000) stärker betroffen als Männer (10,2 je 100.000). Es starben insgesamt 46 Personen durch einen Sturz, darunter 31 Frauen und 15 Männer.

	Häufigste Todesursachen
Insgesamt	1. Krankheiten des Kreislaufsystems 1.171 Personen, 37,6 % <i>darunter ischämische Herzkrankheiten 382 Personen</i>  2. Bösartige Neubildungen 798 Personen, 25,7 % <i>darunter bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane 267 Personen</i>  3. Krankheiten des Atmungssystems 225 Personen, 7,2 %
Männer	1. Krankheiten des Kreislaufsystems 564 Personen, 36,8 % <i>darunter ischämische Herzkrankheiten 226 Personen</i>  2. Bösartige Neubildungen 419 Personen, 27,4 % <i>darunter bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane 267 Personen</i>  3. Krankheiten des Atmungssystems 118 Personen, 7,7 %
Frauen	1. Krankheiten des Kreislaufsystems 607 Personen, 38,4 % <i>darunter sonstige Formen der Herzkrankheit 179 Personen</i>  2. Bösartige Neubildungen 379 Personen, 24,0 % <i>darunter bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane 110 Personen</i>  3. Krankheiten des Atmungssystems 107 Personen, 6,8 %

Tab. 18 Häufigste Todesursachen im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017 (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Die **Verschiebung der Sterbefälle in ein immer späteres Lebensalter** ist auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg deutlich zu erkennen. Schon beim Vergleich der Altersstruktur der Verstorbenen in den Jahren 1995 und 2017 lassen sich deutliche Unterschiede feststellen, auch wenn nur 22 Jahre dazwischen liegen.

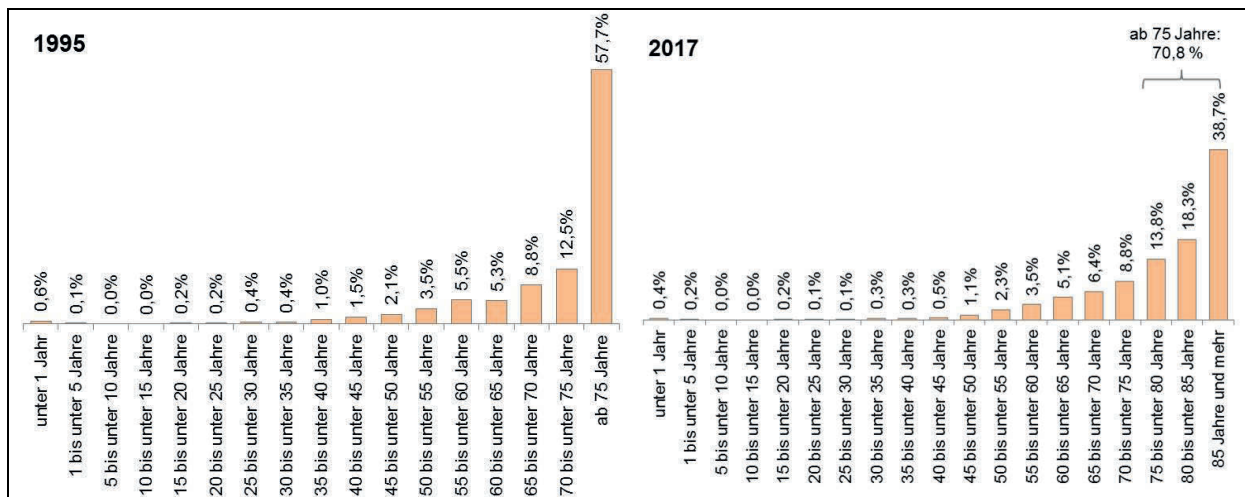


Abb. 53: Verstorbene im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1995 und 2017 nach Altersgruppen (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Im Jahr 1995 waren noch 2,9 % der Verstorbenen jünger als 40 Jahre. Davon machten die innerhalb des ersten Lebensjahres gestorbenen Kinder 0,6 % aus. 2017 lag der Anteil der unter 40 Jahre alten Personen an den Gestorbenen insgesamt nur noch bei 1,6 %. Auf bereits im ersten Lebensjahr verstorbene Kinder entfielen dabei 0,4 %. Personen zwischen 40 und 60 Jahren hatten 1995 einen Anteil von 12,6 % an allen Sterbefällen. 2017 lag der Anteil dieser Altersgruppe mit 7,4 % deutlich niedriger. 60- bis unter 75-Jährige hatten im Jahr 1995 einen Anteil von 26,6 % an allen Todesfällen. Auch der Anteil dieser Altersgruppe fiel im Jahr 2017 mit nur 20,3 % geringer aus. Einen deutlichen Zuwachs gab es hingegen bei den Verstorbenen, die mindestens 75 Jahre alt waren. In der Statistik des Jahres 1995 wurden sie nicht weiter ausdifferenziert. Ab 75-Jährige machten mit 57,7 % schon damals deutlich mehr als die Hälfte aller Sterbefälle aus. 22 Jahre später jedoch waren mit 70,8 % sogar mehr als zwei Drittel der Verstorbenen mindestens 75 Jahre alt.

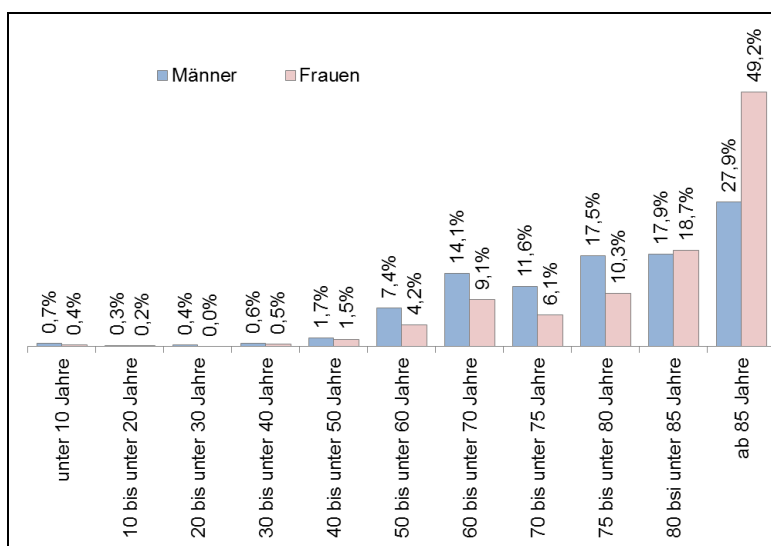


Abb. 54: Verstorbene im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2017 nach Altersgruppen und Geschlecht (Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Für das Jahr 2017 war eine weitere Differenzierung der höheren Altersjahrgänge in der Statistik enthalten. Dabei zeigte sich, dass der größte Anteil der Verstorbenen mit 38,7 % sogar bereits mindestens 85 Jahre alt war. Dieser hohe Anteil kam vor allem durch das sehr

hohe Sterbealter von Frauen zustande. Die Grafik stellt die jeweiligen Anteile der verschiedenen Altersgruppen an allen verstorbenen Frauen bzw. an allen verstorbenen Männern dar. Die bestehenden Unterschiede im Sterbealter von Männern und Frauen werden somit deutlich sichtbar.

Die Unterschiede in den Anteilen der einzelnen Altersgruppen an den gestorbenen Männern und Frauen waren bei den jüngeren Verstorbenen nur relativ gering. Dennoch zeigte sich bereits bei den Kindern und Jugendlichen und auch bei den Erwachsenen bis zu einem Alter von 50 Jahren, dass die Anteile bei den männlichen Verstorbenen in diesen Altersgruppen etwas höher waren als bei den weiblichen. Für die Altersgruppen ab 50 Jahren bestanden größere Unterschiede in ihren jeweiligen Anteilen an den verstorbenen Männern und Frauen. Im Alter zwischen 50 und 80 Jahren starben Männer erheblich häufiger als Frauen. Die Hälfte der im Jahr 2017 im Landkreis verstorbenen Männer (50,6 %) war in diesem Alter. Von den verstorbenen Frauen zählten hingegen nur 29,7 % und damit deutlich weniger als ein Drittel, zu dieser Altersgruppe. Die meisten Menschen beider Geschlechter versterben allerdings erst in einem Alter ab 85 Jahren, am zweithäufigsten sind sie bei ihrem Tod 80 bis unter 85 Jahre alt. Bei den 80- bis unter 85-Jährigen liegen die Anteile bei Männern und Frauen mit 17,9 % und 18,7 % nahezu gleichauf. Bei der Altersgruppe der ab 85-Jährigen zeigt sich jedoch deutlich der Unterschied zwischen dem Sterbealter der Geschlechter. Mit 49,2 % war fast die Hälfte der im Jahr 2017 im Landkreis Darmstadt-Dieburg gestorbenen Frauen bereits mindestens 85 Jahre alt. Bei den Männern traf dies hingegen mit 27,9 % nur auf gut jeden vierten Verstorbenen zu.

Der Vergleich mit der Altersstruktur der im Jahr 1995 Verstorbenen zeigt, dass diese **Unterschiede zwischen dem Sterbealter der Geschlechter** auch damals schon ähnlich ausgeprägt waren. In die Altersgruppe der ab 75-Jährigen fielen damals 70,4 % aller weiblichen und nur 43,5 % der männlichen Gestorbenen. Bei den Männern kam aber die Altersgruppe von 50 bis unter 75 Jahren mit 47,3 % am häufigsten vor.

Detailliertere Hinweise auf das Sterbealter und weitere Informationen zu den verstorbenen Menschen liefert die Auswertung des auf den Melderegistern beruhenden Datensatzes für das Jahr 2018. Dieser Datensatz des Gebietsrechenzentrums ekom21 enthält Einzelangaben zu den Einwohnenden aus 22 Kommunen des Landkreises. Die Daten der Stadt Groß-Bieberau wurden vom Einwohnermeldeamt Groß-Bieberau zur Verfügung gestellt.

Für die im Jahr 2018 gestorbenen Einwohnenden des Landkreises Darmstadt-Dieburg wurde ein Durchschnittsalter von 78,7 Jahren berechnet. Dieses lag bei den Männern mit 76,3 Jahren allerdings um fünf Jahre niedriger als bei den Frauen mit einem durchschnittlichen Sterbealter von 81,3 Jahren. Der Blick auf die aus diesem Datensatz ausgewertete Altersgruppe der ab 90-Jährigen zeigt, dass bei den Frauen mit 27,8 % sogar mehr als ein Viertel zum Todeszeitpunkt bereits mindestens 90 Jahre alt war. Diese Altersgruppe war zwar bei den Männern seltener besetzt, dennoch waren 11,7 % der gestorbenen Männer mindestens 90 Jahre alt. Die insgesamt 14 Personen, die bei ihrem Tod ein Alter von mindestens 100 Jahren erreicht hatten, waren allerdings ausschließlich weiblich. Die Ältteste von ihnen verstarb im Alter von 104,4 Jahren. Der älteste im Jahr 2018 verstorbene Mann im Landkreis Darmstadt-Dieburg erreichte ein Alter von 99,1 Jahren. Die jüngsten Verstorbenen waren nur wenige Tage alt: vier Kinder starben noch innerhalb der ersten Lebenswoche.

In den einzelnen Städten und Gemeinden ergaben sich im Jahr 2018 sehr große Unterschiede beim durchschnittlichen Alter der Verstorbenen. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich nur um eine Momentaufnahme aus einem Jahr handelt und in einem anderen Jahr vielleicht in anderen Kommunen die höchsten und niedrigsten Werte vorliegen würden. Ein besonders hohes durchschnittliches Sterbealter setzt außerdem voraus, dass in der entsprechenden Kommune auch besonders viele Menschen leben, die bereits ein sehr hohes Lebensalter erreicht haben. So fiel beispielsweise das Sterbealter in Bickenbach, mit im Schnitt 82,4 Jahren, sehr hoch aus. Dies dürfte aber vor allem daran liegen, dass dort durch die beiden Altenwohnanlagen sehr viele Menschen erst im hohen Alter hinzukommen. Diese ziehen auch aus anderen Kommunen zu, wodurch vermehrt hochaltrige Menschen in Bickenbach sterben. In der vorherigen Wohngemeinde wird durch diesen Wegzug vor dem Tod hingegen der Altersdurchschnitt der dortigen Sterbefälle gesenkt.

	Gesamt	Männer	Frauen
Alsbach-Hähnlein	79,0 Jahre	75,7 Jahre	82,2 Jahre
Babenhausen	80,0 Jahre	78,3 Jahre	82,2 Jahre
Bickenbach	82,4 Jahre	78,4 Jahre	85,4 Jahre
Dieburg	78,8 Jahre	74,9 Jahre	82,1 Jahre
Eppertshausen	77,0 Jahre	74,3 Jahre	79,8 Jahre
Erzhausen	82,1 Jahre	79,7 Jahre	84,5 Jahre
Fischbachtal	79,6 Jahre	75,4 Jahre	85,1 Jahre
Griesheim	80,0 Jahre	78,0 Jahre	82,0 Jahre
Groß-Bieberau	79,8 Jahre	74,9 Jahre	83,1 Jahre
Groß-Umstadt	78,2 Jahre	73,6 Jahre	83,3 Jahre
Groß-Zimmern	76,1 Jahre	76,1 Jahre	76,1 Jahre
Messel	79,7 Jahre	76,5 Jahre	81,3 Jahre
Modautal	79,3 Jahre	76,9 Jahre	81,3 Jahre
Mühltal	79,9 Jahre	78,1 Jahre	82,0 Jahre
Münster	76,2 Jahre	74,2 Jahre	78,1 Jahre
Ober-Ramstadt	78,5 Jahre	77,8 Jahre	79,3 Jahre
Otzberg	77,6 Jahre	76,1 Jahre	79,6 Jahre
Pfungstadt	78,2 Jahre	75,9 Jahre	81,1 Jahre
Reinheim	78,8 Jahre	77,4 Jahre	80,5 Jahre
Roßdorf	80,2 Jahre	77,3 Jahre	83,0 Jahre
Schaafheim	76,7 Jahre	72,1 Jahre	81,0 Jahre
Seeheim-Jugenheim	79,9 Jahre	76,7 Jahre	82,9 Jahre
Weiterstadt	76,9 Jahre	74,1 Jahre	79,6 Jahre
Darmstadt-Dieburg	78,7 Jahre	76,3 Jahre	81,3 Jahre

Tab. 19: Durchschnittliches Sterbealter im Jahr 2018 nach Geschlecht in den Städten und Gemeinden des Landkreises Darmstadt-Dieburg (Datengrundlage: ekom21)

Das durchschnittliche Sterbealter lag in den einzelnen Städten und Gemeinden zwischen 76,1 Jahren in Groß-Zimmern und 82,4 Jahren in Bickenbach. Nur in Groß-Zimmern hatten Männer und Frauen im Jahr 2018 das gleiche durchschnittliche Sterbealter. In allen anderen Städten und Gemeinden waren Frauen bei ihrem Tod im Schnitt älter als Männer. In einigen Kommunen waren diese Unterschiede besonders groß. In Fischbachtal und in Groß-Umstadt lag das durchschnittliche Sterbealter bei den Frauen um 9,7 Jahre höher als bei den Männern, in Schaafheim gab es einen Unterschied von 8,9 Jahren und in Groß-Bieberau waren es 8,2 Jahre.

Die unterschiedliche Altersstruktur bei den Geschlechtern der Verstorbenen spiegelt sich auch bei der Betrachtung des Familienstandes wider. Das höhere Sterbealter der Frauen zeigt sich daran, dass mit 59 % erheblich mehr als die Hälfte der Männer bei ihrem Tod verheiratet waren. Von den verstorbenen Frauen war hingegen mit 25,4 % nur ein Viertel zum Todeszeitpunkt verheiratet. Bei den Frauen war hingegen der Anteil der Verwitweten mit 59,5 % sehr hoch, während dieser bei den Männern mit 21,9 % nur auf etwa jeden fünften Verstorbenen zutraf. Die Anteile an Ledigen und Geschiedenen bewegten sich hingegen bei beiden Geschlechtern in einem recht ähnlichen Bereich.

	Ledig	Verheiratet	Geschieden	Verwitwet	eingetragene Lebenspartnerschaft	nicht bekannt
Männer	9,8 %	59,0 %	9,1 %	21,9 %	0,1 %	0,2 %
Frauen	7,0 %	25,4 %	7,9 %	59,5 %	0,1 %	0,1 %
Insgesamt	8,4 %	42,6 %	8,5 %	40,2 %	0,1 %	0,2 %

Tab. 20: Familienstand zum Todeszeitpunkt nach Geschlecht im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2018 (Datengrundlage: ekom21 und Stadt Groß-Biebrau)

Unter den im Jahr 2018 gestorbenen 3.126 Einwohnerinnen und Einwohnern des Landkreises Darmstadt-Dieburg waren nur 5,6 % Ausländerinnen und Ausländer. Der Ausländeranteil an der Bevölkerung insgesamt war allerdings mit 14,5 % der Bevölkerung deutlich höher. Hier liegt zunächst der Schluss nahe, dass dies an der wesentlich jüngeren Altersstruktur der im Landkreis lebenden ausländischen Menschen liegen könnte. Durch ihr geringeres Alter unterliegen sie auch einer geringeren Sterbewahrscheinlichkeit als die deutsche Bevölkerung. Ein Blick auf die Altersstruktur der verstorbenen Personen mit ausländischen Staatsangehörigkeiten zeigt allerdings ein anderes Bild. Hierzu wurden die Daten der Verstorbenen Ausländerinnen und Ausländer (1. Staatsbürgerschaft nicht Deutsch) betrachtet. Hierbei ergab sich ein vergleichsweise junges durchschnittliches Sterbealter von nur 67,9 Jahren. Im Vergleich dazu lag das durchschnittliche Sterbealter von Deutschen ohne zweite Nationalität mit 79,5 Jahren erheblich höher. Hierfür sind verschiedene Ursachen denkbar, die vermutlich im Zusammenspiel zu diesem Unterschied führen.

Eine mögliche Erklärung für das geringere durchschnittliche Sterbealter der Menschen mit ausländischen Nationalitäten könnte sein, dass viele Menschen im Alter wieder in ihre Ursprungsländer zurückziehen. Bei ihrem Tod im hohen Alter werden sie dann statistisch nicht mehr in Deutschland erfasst. Menschen, die in jüngerem Alter verstarben, konnten ihren möglicherweise bestehenden Wunsch zur Rückkehr in die frühere Heimat eventuell vor ihrem Tod noch nicht umsetzen. Auch fehlende Erfassungen im Melderegister können zu der jungen Altersstruktur der verstorbenen Nichtdeutschen beitragen. Wenn in Deutschland wohnende ältere Menschen bei einem Aufenthalt im Ausland sterben, werden diese Todesfälle vermutlich nicht immer an die deutsche Wohngemeinde gemeldet.



## 6. Auswirkungen von Geburten und Sterbefällen auf die Bevölkerungsentwicklung des Landkreises

Geburten und Sterbefälle als natürliche Bevölkerungsentwicklung sind nur ein Teil der Einflussfaktoren auf die Bevölkerungsentwicklung. Der zweite Teilbereich, der Einfluss auf die Einwohnerzahl hat, sind die aus Zuzügen und Wegzügen bestehenden Wanderungsbewegungen. Erst im Zusammenspiel der natürlichen Bevölkerungsentwicklung und der Wanderungsbewegungen entscheidet sich, ob die Einwohnerzahl des Landkreises beziehungsweise einzelner Städte und Gemeinden ansteigt oder sich verringert. Dieses sechste Kapitel soll aufzeigen, in welchem Maß Geburten und Sterbefälle an der Bevölkerungsentwicklung insgesamt beteiligt sind.

Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg **zeigt sich bei der Bevölkerungsentwicklung eine starke Abhängigkeit von der Entwicklung der Zuzüge und Wegzüge**. Der Umfang der Wanderungen ist in jedem Jahr erheblich größer als die Summe der Geburten und Sterbefälle. Während sich Geburten und Sterbefälle in etwa im Bereich von 3.000 Ereignissen pro Jahr bewegen, finden jedes Jahr mindestens 13.000 Zu- und Wegzüge statt. Die teils erheblichen Schwankungen von Wanderungen wirken sich daher auch stärker auf die Bevölkerungsentwicklung aus.

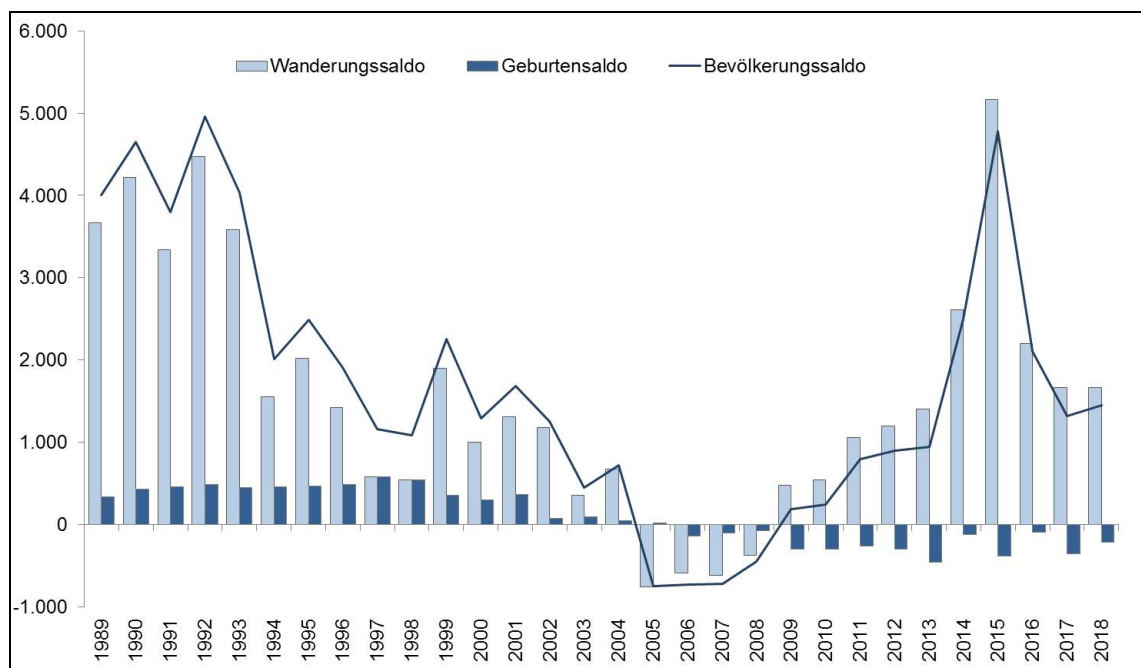


Abb. 55: Auswirkung von Wanderungssaldo und Geburtensaldo auf die Bevölkerungsentwicklung (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Wie die Grafik zeigt, gab es im hier aufgezeigten Zeitraum seit 1989 in allen Jahren mit einem positiven Wanderungssaldo auch insgesamt eine positive Bevölkerungsentwicklung. Bis zum Jahr 2004 ergänzten sich im Landkreis Darmstadt-Dieburg Wanderungsgewinne und positive Geburtensalden zu einer gemeinsamen positiven Bevölkerungsentwicklung. Dabei entfiel in den meisten Jahren der Großteil des Zuwachses auf die Zuwanderung und ein kleinerer Anteil auf den Zugewinn durch Geburten. Nur in den Jahren 1997 und 1998 fiel der Geburtensaldo sogar geringfügig höher aus als der Zuwachs durch Wanderungen.



In den darauf folgenden Jahren waren allerdings die Wanderungen wieder stärker an der Bevölkerungsentwicklung insgesamt beteiligt. In den wenigen Jahren von 2005 bis 2008 mit einem leicht negativen Wanderungssaldo ergab sich dementsprechend auch eine insgesamt negative Bevölkerungsentwicklung. Mit einem positiven Geburtensaldo hätten die geringen Wanderungsverluste in diesen Jahren eventuell aufgefangen werden können. Der sehr geringe positive Geburtensaldo von 17 Personen im Jahr 2005 reichte hierzu allerdings nicht aus.

Ab dem Jahr 2006 war der Geburtensaldo durchweg negativ, sodass er keinen Ausgleich für Wanderungsverluste mehr bieten konnte. Stattdessen ist seitdem eine **fortwährende Zuwanderung notwendig, um den Sterbeüberschuss aufzuwiegen**. Künftig ist von einer steigenden Zahl von Sterbefällen und damit auch perspektivisch von einem höheren negativen Geburtensaldo auszugehen. Dies erschwert den Ausgleich der natürlichen Bevölkerungsentwicklung, da hierfür immer mehr Zuzüge erforderlich sein werden. Ob eine längerfristig anhaltende Zuwanderung in den Landkreis möglich sein wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie z.B. den allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Wohnraumpolitik in der Region ab. Da derzeit viele Menschen in das Rhein-Main-Gebiet zuziehen, profitiert auch der Landkreis Darmstadt-Dieburg von der Zuwanderung. Der Bevölkerungsdruck und die Einwohnerdichte in den Großstädten wachsen stetig an. Damit werden auch Städte und Gemeinden in ländlicheren Bereichen des Landkreises Darmstadt-Dieburg für viele Menschen interessanter. Die aktuell hohe Zuwanderung könnte allerdings auch wieder rückläufig sein, beispielsweise wenn wirtschaftlich schlechtere Bedingungen zu weniger Arbeitsplatzmigration in den Großraum Frankfurt führen, wenn sich die Arbeitsbedingungen in Ursprungsländern von Auslandswandernden verbessern oder wenn viel Wohnraum in oder nahe der Oberzentren neu geschaffen werden sollte.

Die aktuelle positive Entwicklung der Einwohnerzahl durch den starken Zuzug **drängt das Bewusstsein für den demografischen Wandel in der Region in den Hintergrund**. Es blieb aber lediglich die vor einigen Jahren noch prognostizierte Schrumpfung bislang aus. Alle anderen damit zusammenhängenden Aspekte, wie die Alterung der Bevölkerung, der negative Geburtensaldo und auch eine zunehmende Internationalisierung, sind deutlich zu erkennen. Wenn sich in Zukunft der Wanderungssaldo verringern sollte, kann aufgrund der starken Geburtendefizite trotz Zuwanderung die Einwohnerzahl des Landkreises sinken. Sollten die Wegzüge hingegen die Zahl der Zuzüge längerfristig überwiegen, käme es in Kombination mit dem negativen Geburtensaldo zu einer rasanten Verringerung der Einwohnerzahl.

Die Internationalisierung der Bevölkerung ist auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg ein begleitender Aspekt des demografischen Wandels. Während der Geburtensaldo bei der deutschen Bevölkerung seit dem Jahr 2003 bereits negativ ausfällt, ereigneten sich bei der nichtdeutschen Bevölkerung jährlich mehr Geburten als Sterbefälle. Einzige Ausnahme war das Jahr 2012 mit 5 mehr gestorbenen als neu geborenen Nichtdeutschen. Hierdurch ergab sich in nahezu jedem Jahr ein leichter Zuwachs an Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Hierbei sind die Kinder ausländischer Eltern, die bereits bei Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten nicht mitgerechnet.

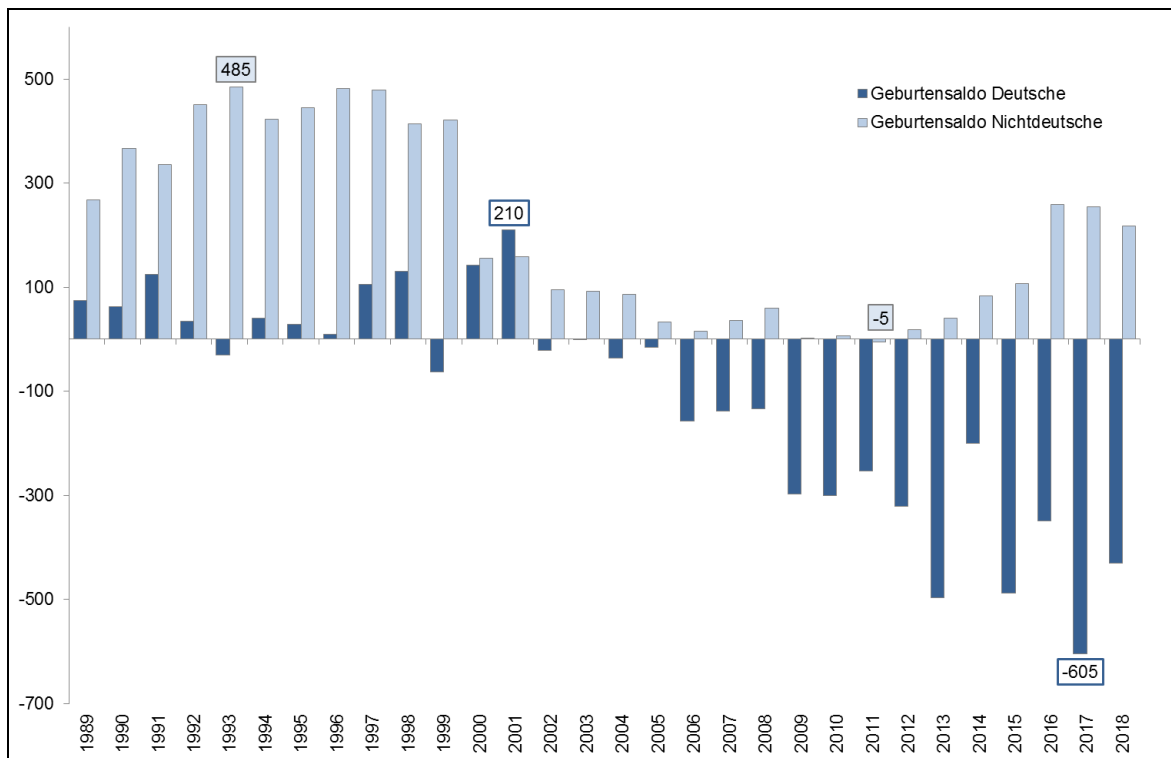


Abb. 56: Geburtensaldo der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerung im Landkreis Darmstadt-Dieburg (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Die Wanderungsbewegungen werden ebenfalls in den letzten Jahren ganz maßgeblich von der nichtdeutschen Bevölkerung getragen. Seit dem Jahr 2005 ereignen sich bei der deutschen Bevölkerung in der Mehrzahl der Jahre mehr Wegzüge als Zuzüge in den Landkreis. Nur 2009, 2014 und 2015 gab es einen leicht positiven Wanderungssaldo bei den Deutschen. Den größten Wanderungsverlust gab es hingegen im Jahr 2006, als 841 Deutsche mehr aus dem Landkreis fortgingen, als neu hinzu zogen. Die Wanderungsgewinne der Nichtdeutschen halten hingegen seit mehr als 30 Jahren fast durchweg an. Ausnahmen waren die Jahre 1997 und 1998 mit einem negativen Wanderungsergebnis Nichtdeutscher. Dies wurde vermutlich durch die Rückwanderung von Geflüchteten aus den Kriegsgebieten im ehemaligen Jugoslawien ausgelöst. Weitere leicht negative Wanderungssalden bei ausländischen Menschen ergaben sich in den Jahren 2000 und 2005. Besonders positiv fielen die Wanderungssalden der Nichtdeutschen erwartungsgemäß in den Phasen verstärkter Fluchtmigration Anfang der 1990er Jahre und von 2014 bis 2016 aus. 2015 wurde bislang der höchste Saldo erreicht: es zogen 4.680 mehr ausländische Menschen in den Landkreis zu als aus dem Landkreis fort.

**Ohne die Zuwanderung ausländischer Menschen würde die Einwohnerzahl des Landkreises Darmstadt-Dieburg schon seit vielen Jahren schrumpfen.** Die Zuwanderung von Geflüchteten aus Kriegs- und Krisenländern spielte dabei vor allem in den Jahren 2014 bis 2016 eine größere Rolle. Allerdings wanderten zusätzlich in den letzten Jahren auch viele ausländische Menschen aus anderen Gründen in den Landkreis Darmstadt-Dieburg zu. Viele der Zugewanderten haben die Staatsangehörigkeiten von EU-Ländern, darunter besonders häufig von Polen, Bulgarien und Rumänien. Die Arbeitsmigration aus diesen Ländern stieg in Hessen deutlich an, seitdem nach dem EU-Beitritt für diese Länder die Freizügigkeit am Arbeitsmarkt gilt. Die Zuzüge von Nichtdeutschen in den Landkreis

erfolgen nur zum Teil direkt aus dem Ausland, viele ausländische Staatsangehörige wandern aus benachbarten Städten und Kreisen oder aus anderen Regionen Deutschlands zu.

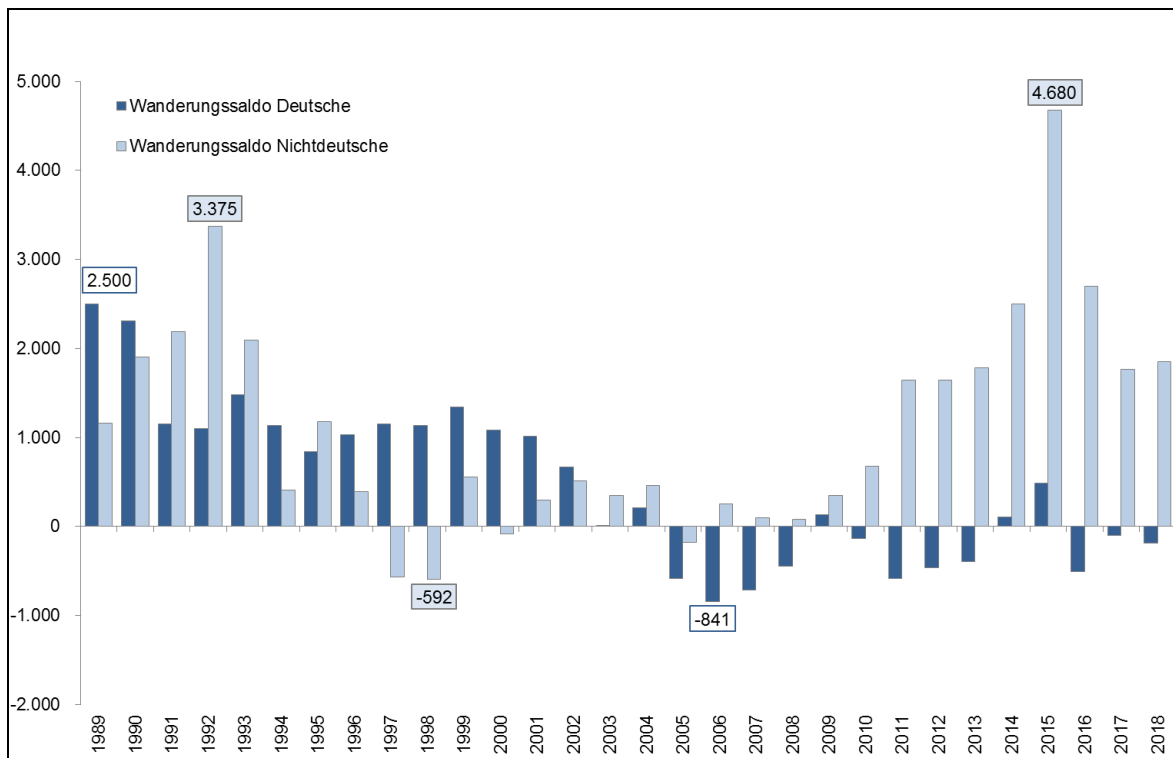


Abb. 57: Wanderungssaldo der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerung im Landkreis Darmstadt-Dieburg (Daten: Hessisches Statistisches Landesamt)

Dass der Anstieg der Einwohnerzahl nur durch den Zuzug von Menschen ausländischer Nationalität ermöglicht wird, zeigt sich auch am schnellen Anstieg des Ausländeranteils in den letzten Jahren. Während die Zahl der deutschen Einwohnenden von 2012 bis 2018 bei rund 255.000 Personen stagnierte, wuchs die Zahl der Nichtdeutschen von knapp 30.000 Personen im Jahr 2012 auf 43.000 Personen im Jahr 2018 an. Der Ausländeranteil stieg in diesem kurzen Zeitraum von 10,5 % auf 14,5 %.

In den einzelnen Städten und Gemeinden ist die Bevölkerungsentwicklung insgesamt unterschiedlich stark von der natürlichen Bevölkerungsentwicklung und den Wanderungsbewegungen geprägt. In den meisten Kommunen schwanken die Zahlen der Zuzüge, Wegzüge, Geburten und Sterbefälle jährlich sehr stark. Hierdurch ergeben sich in fast allen Kommunen Wechsel von Jahren mit Zuwachs und Jahren mit Bevölkerungsrückgang.

In den letzten zehn Jahren von 2009 bis 2018 gab es im Landkreis insgesamt einen positiven Wanderungssaldo (+17.990) und einen negativen Geburtensaldo (-2.754), Dabei war in jedem einzelnen der zehn Jahre der Geburtensaldo negativ, während der Wanderungssaldo positiv ausgefallen ist. Der Zuwachs von insgesamt von 15.236 Einwohnenden in diesem Zeitraum stützte sich also ausschließlich auf Zugewinne durch Wanderungen. In 17 Städten und Gemeinden ergab sich ein ähnliches Muster. Dort ereigneten sich in der Summe von 2009 bis 2018 weniger Geburten als Sterbefälle und mehr Zuzüge als Wegzüge, was zu einem Anstieg der Einwohnerzahl insgesamt führte. Dies war in Alsbach-Hähnlein, Babenhäuser, Bickenbach, Dieburg, Fischbachtal, Groß-Bieberau, Groß-Umstadt, Messel,

Modautal, Mühlthal, Münster, Ober-Ramstadt, Otzberg, Pfungstadt, Roßdorf, Schaafheim und Seeheim-Jugenheim der Fall. Im Gegensatz zum Landkreis insgesamt gab es allerdings bei elf dieser Kommunen auch Jahre in denen sowohl Wanderungssaldo als auch Geburten-saldo positiv ausfielen. In diesen 17 Städten und Gemeinden wurde der hohe Wanderungs-gewinn durch den Sterbeüberschuss teilweise erheblich geschmälert.

In der Summe der Jahre von 2009 bis 2018 ergab sich in fünf Kommunen sowohl ein posi-tiver Wanderungssaldo als auch ein positiver Geburtensaldo. Dies waren Eppertshausen, Erzhausen, Griesheim, Groß-Zimmern und Weiterstadt. In Erzhausen, Griesheim und Weiterstadt waren dabei in jeweils neun der zehn Jahre der Geburtensaldo und der Wande-rungssaldo zugleich positiv. Nur in Reinheim war die Bevölkerungsentwicklung in den letzten zehn Jahren in Summe negativ (-69 Einwohnende). Die Wanderungsbewegungen erreichten dabei in Reinheim sogar einen positiven Saldo (+369), der aber das hohe Geburtendefizit (-438) nicht ganz aufwiegen konnte. Mit den in Zukunft überall zu erwartenden steigenden Sterbeüberschüssen **wird es voraussichtlich für immer mehr Städte und Gemeinden schwieriger, das entstehende Defizit durch Zuwanderung auszugleichen.**

## 7. Herausforderungen durch die Entwicklung der natürlichen Bevölkerungsbewegungen

Die Entwicklung der Zahl von Geburten und Sterbefällen hat Einfluss auf verschiedene Bereiche des öffentlichen Lebens. Einerseits nehmen sie unmittelbar Einfluss durch ihre jeweils aktuell in einem Jahr vorliegende Anzahl. Andererseits haben sie eine langfristige indirekte Auswirkung, da durch die natürliche Bevölkerungsentwicklung die Altersstruktur der Bevölkerung mit bestimmt wird.

Durch die veränderte natürliche Bevölkerungsentwicklung der vergangenen Jahrzehnte hat sich in Deutschland und auch im Landkreis insgesamt eine **erhebliche Veränderung der Altersstruktur** ergeben. Durch Phasen mit mehr oder weniger Geburten ergaben sich größere oder kleinere Altersjahrgänge. Diese bildeten dementsprechend später im Erwach-senenalter selbst größere oder kleinere Jahrgänge potenzieller Eltern. Ist die Altersgruppe der potenziellen Eltern nur gering besetzt, ist mit einer vergleichsweise geringen Zahl an Kindern aus dieser Generation zu rechnen. Bei größer besetzten Jahrgängen der poten-ziellen Eltern sind dementsprechend mehr Kinder zu erwarten. Um eine relativ stabile Geburtenzahl zu erzielen, müssten daher die Frauen eines kleinen Elternjahrgangs pro Person mehr Kinder bekommen als die Frauen eines stärker besetzten Elternjahrgangs. Da dies nicht steuerbar ist, ergeben sich im Zeitverlauf immer wieder Wellen mit entsprechen- den Echoeffekten. So brachten die vielen Babyboomer, trotz gesunkener Zahl der Kinder je Frau, im Vergleich zu anderen Jahrgängen später selbst relativ viele Kinder zu Welt. Derzeit ist die seit einigen Jahren steigende Kinderzahl zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Enkelgeneration der Babyboomer geboren wird.

Die etwa von 1955 bis 1965 geborene große Generation der Babyboomer ist im Jahr 2020 in einem Alter von 55 bis 65 Jahren. Schon in zehn Jahren werden sie überwiegend in den Ruhestand eingetreten sein. Im Jahr 2045 jedoch gehören alle Babyboomer zu den Hoch-

betagten ab 80 Jahren. Dann ist mit einer sehr viel höheren Zahl an alten Menschen zu rechnen als heute, insbesondere da bis dahin die Lebenserwartung noch weiter ansteigen dürfte und immer mehr Menschen dieses hohe Alter auch erreichen werden. Je mehr hochbetagte Menschen im Landkreis leben, desto mehr Menschen werden hilfebedürftig sein und desto höher fällt auch die Zahl der jährlichen Sterbefälle aus.

Der derzeit positive Trend bei den Geburtenzahlen gibt Anlass zur Hoffnung, dass der Sterbeüberschuss in Zukunft vielleicht geringer ausfallen könnte als erwartet. Um auch in den eigenen Gemeinden von diesem Trend zu profitieren, sollte die Familienfreundlichkeit auch direkt vor Ort gefördert werden. Hierzu **gehört zentral die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie**. Behörden und Unternehmen können durch flexible Arbeitszeitmodelle, Kinderbetreuung etc. ihren Beschäftigten die Entscheidung für Kinder erleichtern. Weniger befristete Stellen könnten hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Durch eine feste Anstellung können sich Menschen früher im Lebenslauf für Kinder entscheiden. Zum einen durch ein geregeltes Einkommen und zum anderen, weil eine räumliche Bindung durch ausbleibende Arbeitsplatzwechsel möglich wird. Je früher sich Frauen für ein Kind entscheiden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie tatsächlich ein Kind bekommen und anschließend noch weitere Kinder zur Welt bringen.

Schwankende Geburtenzahlen, mehr Sterbefälle und die veränderte Altersstruktur stellen verschiedene Herausforderungen für die Gesellschaft dar. **Viele der Herausforderungen beziehen sich auf die Infrastrukturplanung und die Gesundheitsversorgung**. Aber auch Organisationen, Vereine oder der Handel werden von diesen Veränderungen beeinflusst. Einige dieser Herausforderungen sollen auf den folgenden Seiten skizziert werden. Diese Herausforderungen wurden zum Teil bereits in Band 1 dieser Schriftenreihe „Die Entwicklung der Altersstruktur“, in Band 3 „Die Entwicklung des Einzelhandels“ oder in Band 4 zum Thema „Wohnen“ beschrieben. Dort wurden einige der hier nur kurz genannten Aspekte ausführlicher dargestellt.

### **Infrastruktur für verschiedene Altersgruppen**

Die unterschiedlich großen Geburtsjahrgänge sind eine Herausforderung für alle Planungen. Dabei fallen Unterschiede in den mittleren Altersgruppen weniger stark auf, da viele Altersjahrgänge gemeinsam ähnliche Bedürfnisse haben. Die Unterschiede kommen aber im jungen und im hohen Alter stärker zum Tragen. Daher betrifft dies insbesondere Infrastrukturplanungen für Kinder, Jugendliche oder ältere Menschen.

Der entstehende Bedarf und die tatsächlich vorhandene Infrastruktur gehen in Wohngebieten oft auseinander. Infrastruktureinrichtungen sind auf längere Zeit angelegt, während sich die Lebensphasen der Bevölkerung in ihrer Umgebung schneller verändern. Vorhandene Jahrgänge geborener Kinder wachsen aus ihrem Bedarf an Kindergartenplätzen, Spielplätzen, Grundschulplätzen und Freizeitangeboten für Jugendliche heraus. Dies trifft insbesondere auf größere monostrukturelle Einfamilienhausgebiete mit einer hohen Eigentumsquote zu. Dort ziehen bei der Entstehung des Baugebietes gleichzeitig viele junge Familien ein. Nach dem Auszug der erwachsen gewordenen Kinder leben die Eltern oft bis zum hohen Alter weiterhin dort, nicht selten verbleibt am Ende eines der Elternteile alleine im viel zu großen Haus. Wenn in den alternden Wohngebieten keine ausreichende Anzahl neuer Familienhaushalte nachrückt, **wird die auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Infrastruktur**

**später nur noch in geringerem Umfang benötigt.** Dafür gewinnen Angebote für ältere Menschen dort mit der Zeit verstärkt an Bedeutung. Während eines Generationswechsels in einem Wohngebiet sind soziale Infrastruktureinrichtungen für Ältere und für Familien mit Kindern zugleich nötig.

Auf Gemeindeebene kann die Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch ein umfassendes Angebot an Kindertagesbetreuung unterstützt werden. Ein familienfreundliches Wohnumfeld wird auch vor dem Hintergrund immer wichtiger, dass in Zukunft die Konkurrenz der Regionen um die weniger werdenden Fachkräfte steigen wird. Je besser die weichen Standortfaktoren und die Lebensbedingungen vor Ort sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen sich für einen Zuzug entscheiden.

Bei den Infrastrukturplanungen für Kinder ist eine besonders kurze Vorlaufzeit gegeben. Die Geburtenzahl eines Jahres lässt sich nie exakt vorhersagen, da sie vor allem von individuellen Entscheidungen der Eltern abhängt. Vor Ort können die jährlichen Schwankungen der Geburtenzahlen daher zur Herausforderung werden, wenn Angebote für einen festgelegten Anteil der Kinder eines Jahrganges bereitgehalten werden sollen. Der Bedarf an Plätzen in Kindertagesstätten wird zudem nicht nur von der Anzahl der vorhandenen Kinder bestimmt, sondern auch vom tatsächlichen Betreuungswunsch ihrer Eltern. Reaktionen auf einen sehr großen Geburtsjahrgang müssen eventuell sehr schnell erfolgen, um den wachsenden Bedarf zu decken. Durch die Zuwanderung von potenziellen Eltern kann sich die Zahl der Kinder zudem besonders schnell verändern. Dies ist häufig der Fall bei der Erschließung neuer Baugebiete, die vor allem von jungen Erwachsenen mit Kindern oder mit Kinderwunsch bezogen werden. Innerhalb kurzer Zeit kommen dort in einem begrenzten Gebiet viele Geburten hinzu. Nach einigen Jahren werden es wieder weniger Geburten in diesem Gebiet sein. Somit wirkt sich die kleinräumige Verteilung der Geburten beispielsweise auf Planungen für die Plätze in Kindertagesstätten, auf die Schulentwicklungsplanung oder die Festlegung von Schuleinzugsbereichen aus. Diese Planungen müssen steigende Kinderzahlen immer berücksichtigen, um genügend Platz zu schaffen. Andererseits sollte auch immer mit bedacht werden, dass es sich bei dem Anstieg möglicherweise nur um ein vorübergehendes Phänomen handelt.

Die Kombination sozialer Infrastrukturen für verschiedene Gruppen an einer Stelle kann hier möglicherweise Abhilfe schaffen. Ideal wäre eine **Kombination von Einrichtungen für Kinder und für ältere Menschen in flexibel nutzbaren Gebäudestrukturen**. Denkbar wären auch die gemeinsame Nutzung von Räumen, die Funktionen für alle vorhandenen Altersgruppen abdecken oder Räume mit tageweise wechselnden Nutzungen für bestimmte Zielgruppen. Beispielsweise könnten in zeitweise nicht benötigten Räumen einer Kindertagesstätte Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche untergebracht werden. Die Räume könnten aber alternativ auch z.B. für Freizeitangebote für Erwachsene, für die Tagespflege älterer Menschen, als Seminarraum oder für andere Nutzungen verwendet werden. Vom dort entstehenden Miteinander verschiedener Generationen können Kinder und ältere Menschen in sozialer Hinsicht gleichermaßen profitieren. Für eine leichtere Anpassung an schwankende Zahlen in der Jahrgangsgröße ist es sinnvoll, bereits beim Bau eine multifunktionale Nutzung von Gebäuden vorzusehen. Diese können dann leichter dem Bedarf angepasst werden, der aktuell in der Kommune besteht. Bei neu geplanten Gebäuden sollten Barrierefreiheit und Multifunktionalität gleich fester Bestandteil der Planungen sein.



Die Daseinsvorsorge für die ältere Bevölkerung orientiert sich überwiegend an ihren gesundheitlichen Bedürfnissen. Das Vorhandensein von Altenwohneinrichtungen, Pflegedienste und eine gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern gehören zur sozialen Infrastruktur, die für Menschen im fortgeschrittenen Alter wichtig sind. Dennoch spielen auch für ältere Menschen weitere Einrichtungen eine große Rolle. Vor Ort vorhandene Angebote für ältere Personen im Bereich Kultur, Sport und Freizeit erhöhen ihre Lebensqualität und die Teilhabe am öffentlichen Leben. Da die Zahl der älteren Menschen im Landkreis Darmstadt-Dieburg wächst, sollten die Bedürfnisse dieser Altersgruppe vermehrt in den gesellschaftlichen und politischen Fokus rücken.

### **Wohnen und Mobilität**

Die verschiedenen Wohngebiete der meisten Städte und Gemeinden dürften schwerpunktmäßig von Menschen bestimmter Altersgruppen bewohnt werden. Dies kommt, wie bereits beschrieben, besonders stark in Einfamilienhausgebieten vor, da die Bindung an Wohneigentum langfristiger erfolgt, als an eine Mietwohnung. Viele Baugebiete wurden monostrukturell mit Einfamilienhäusern bebaut und überwiegend von jungen Familien bezogen. Diese Einwohnerinnen und Einwohner altern in den Baugebieten nun gemeinsam mit ihrer Nachbarschaft und mit ihren Häusern. Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde, wird es künftig immer mehr Sterbefälle geben, da die geburtenreichen Jahrgänge in das hochbetagte Alter vorrücken. In größeren Baugebieten aus früheren Jahrzehnten kann es daher in naher Zukunft passieren, dass **dort in kurzer Zeit sehr viele Häuser zugleich auf den Markt kommen, weil die letzten Bewohnerinnen und Bewohner versterben** oder in Pflegeheime umziehen.

Durch die derzeit vorhandene Zuwanderung in die Region dürften die hierdurch entstehenden Leerstände vermutlich in relativ kurzer Zeit wieder zu belegen sein. Durch den demografischen Wandel ist allerdings längerfristig auch bei weiterer Zuwanderung mit einer sinkenden Einwohnerzahl zu rechnen. Die aktuelle Diskussion um Wohnungsknappheit in Deutschland verdrängt das Bewusstsein darüber, dass die Einwohnerzahl mit großer Wahrscheinlichkeit nicht immer weiter steigen wird. Derzeit ist die Einwohnerzahl des Landkreises Darmstadt-Dieburg so groß wie nie, deshalb werden aktuell mehr Wohnungen benötigt und neue Baugebiete erschlossen. Doch in einigen Jahrzehnten wird die Einwohnerzahl den Prognosen zufolge wieder niedriger als heute sein. Die Folge werden voraussichtlich Leerstände in älteren Wohngebieten sein, da modernere Häuser bevorzugt bewohnt werden dürften. **Dies rückt die große Bedeutung der Innenentwicklung in den Mittelpunkt.**

Durch eine gezielte Entwicklung der innerörtlichen Potenziale für Wohnbebauung kann verhindert werden, dass im Hinblick auf die zu erwartende Einwohnerzahl der Zukunft zu viele Flächen am Siedlungsrand verbraucht werden. In einem Worst-Case-Szenario würden im Fall einer in einigen Jahrzehnten sinkenden Einwohnerzahlen viele Menschen in den Randbereichen der Siedlungen leben, während ältere, wenig moderne oder sanierungsbedürftige Häuser in den Ortsmitten und den sie umgebenden älteren Baugebieten leer stünden. Die Geschäfte in den zentral gelegenen Bereichen würden durch dort fehlende Wohnbevölkerung weniger frequentiert, was zu Schließungen und einem weiteren Attraktivitätsverlust der Ortsmitte führen würde.



Um dies zu verhindern, kann durch die Nutzung von Baulücken, die Verdichtung auf nur locker bebauten großen Grundstücken und die Reaktivierung oder den Abriss bereits jetzt unbewohnter Häuser neuer Wohnraum in integrierter Lage geschaffen werden. Hierdurch würde automatisch auch die wünschenswerte bessere Durchmischung der Generationen innerhalb der Kommune erfolgen, da keine weiteren großen Baugebiete in Monostruktur hinzukämen. Ein konkreter Ansatzpunkt könnte der Bau von altengerechten barrierefreien Wohnungen inmitten eines bestehenden Einfamilienhausgebietes sein. Dies würde für einige Menschen den Umzug in geeignetere Räumlichkeiten innerhalb der Kommune erleichtern. Die innerörtlich vorhandenen Potenziale sind groß und ihre Aktivierung leistet, durch den geringeren Verbrauch von Freiflächen am Rand, zugleich einen Beitrag zum Umwelt- und Klimaschutz.

Doch auch dort, wo trotz der Innenentwicklung neue Baugebiet errichtet werden müssen, sollte bei der konkreten Umsetzung an die späteren Folgen für dieses Wohngebiet gedacht werden. Durch vorausschauende Planungen kann eine dauerhafte Mischung von verschiedenen Altersgruppen erreicht werden. Dies würde die zuvor beschriebenen Bedarfswellen bei der sozialen Infrastruktur abfangen. Hierfür **sollten in Baugebieten verschiedene Wohnformen berücksichtigt** und nicht ausschließlich Einfamilienhäuser errichtet werden. Eine Mischung von Einfamilien- und Mehrfamilienhäusern mit verschiedenen großen, möglichst barrierefreien, Wohneinheiten bietet langfristig eine bessere Planungsgrundlage für die Infrastruktureinrichtungen. Junge und alte Menschen können gemeinsam im Viertel leben. Wenn die Kinder ausgezogen sind, bietet sich eventuell die Möglichkeit, in der vertrauten Umgebung eine kleinere Wohnung zu beziehen. Die meisten älteren Personen haben eine sehr hohe Verbundenheit mit ihrem Wohngebiet. Bei einem notwendigen Umzug besteht daher häufig der Wunsch, innerhalb des gewohnten Umfeldes zu bleiben. Für die älter werdenden Menschen blieben so die wichtigen bestehenden Sozialkontakte innerhalb des Wohngebiets erhalten. Zugleich werden Einfamilienhäuser frei für neue Familien. Somit könnte eine Durchmischung langfristig erhalten bleiben. Die Entscheidung für (weitere) Kinder hängt unter anderem auch vom Angebot an passendem Wohnraum ab. Familien mit mehr als zwei Kindern benötigen große und bezahlbare Wohnungen. Nicht jede Familie hat ein Einkommen, das den Kauf eines Einfamilienhauses ermöglicht. Hier könnten Kommunen die Entscheidung zu einer Mehrkindfamilie unterstützen, indem sie bei der Planung weiterer Bebauung auch an den Bedarf von günstigen Wohnungen mit mindestens fünf Zimmern denken.

Um innere Leerstände, durch nur von einzelnen Personen bewohnte größere Häuser, zu vermeiden und zugleich den weiteren Zuzug von Familien zu ermöglichen, könnte ein kommunales Umzugsmanagement vor Ort etabliert werden. Dieses könnte mögliche Umzüge älterer Menschen in kleinere Wohneinheiten durch Hilfestellung unterstützen. Die im Lauf der Jahre zu groß gewordene Wohnung könnte beispielsweise auch mit einer Familie getauscht werden, der ihre Wohnung zu klein geworden ist. Hier gilt es die nachfragenden Personen zusammenzubringen und kleinräumige Lösungen innerhalb der Kommunen zu finden. Das Ziel sollte dabei der Verbleib der Einwohnerinnen und Einwohner in der Kommune anstelle eines erforderlichen Wegzugs wegen fehlender Angebote sein. Dies hat auch den Vorteil, dass mehr Menschen in der Kommune leben, die sich bereits mit dem Ort identifizieren. Hierdurch wächst wiederum das Potenzial für gesellschaftliches Engagement und ein gutes Miteinander.

Durch den Auszug der Kinder und das Versterben der Partnerin oder des Partners **leben ältere Menschen häufig alleine**. Teilweise können sie auf ein vor Ort bestehendes Familiennetzwerk zurückgreifen. Andere haben entweder keine Kinder oder andere Verwandte oder diese leben in räumlich zu weiter Entfernung, um ihre Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Nachbarschaftliche Hilfe könnte bei einigen der entstehenden alltäglichen Herausforderungen unterstützen. Auch nachbarschaftliche Hilfe ist in einem gut durchmischten Wohngebiet besser möglich als in einem monostrukturellen Bereich. Hilfebedürfnisse, Erfahrungen und körperliche Fähigkeiten unterscheiden sich dabei ebenso in den verschiedenen Altersgruppen, wie die zur Verfügung stehende freie Zeit. Hilfenetzwerke könnten eventuell mit kommunaler Unterstützung aufgebaut werden.

Barrierefreier Wohnraum ist für alle Menschen mit Handicaps wichtig, um in einem eigenen Haushalt selbstbestimmt leben zu können. Dies betrifft alle Personen mit körperlichen Einschränkungen in jedem Lebensabschnitt. Für viele ältere Menschen kommen körperliche Beeinträchtigungen nach und nach hinzu, sodass die langjährige Wohnung immer mehr zum Hindernis wird. Es gibt diverse Anpassungs- und Umbaumöglichkeiten, die das Leben älterer Menschen erleichtern und den Verbleib in der Wohnung ermöglichen. Auch ohne größere Umbauten ist bereits eine Verbesserung der Wohnsituation für körperlich eingeschränkte Menschen erreichbar. Städte und Gemeinden können den **Bau von barrierefreien Wohnungen unterstützen und Impulse für die altersgerechte Sanierung** von bestehenden Gebäuden geben. Durch Information und Hilfestellung bei der Planung einer Sanierung können einige Hemmnisse beseitigt werden.

Für die meisten Menschen wird im hohen Alter der eigene Aktionsradius immer geringer. Wenn das Autofahren nicht mehr möglich ist, **beschränkt sich der Aktionsradius oft auf das direkte Wohnumfeld**, das noch gut zu Fuß erreicht werden kann. Daher ist es wichtig, die Aktivität innerhalb der Wohngebiete möglichst wenig zu beschränken. Die Alltagsorganisation im Alter wird erheblich erschwert, wenn das Wohnumfeld nicht barrierearm gestaltet ist. Soziale Kontakte können dadurch behindert werden. Auch für andere Bevölkerungsgruppen bietet Barrierefreiheit eine Erleichterung im Alltag. Für Städte und Gemeinden sollte es daher selbstverständlich sein, auf Barrierefreiheit im öffentlichen Straßenraum zu achten. Dort können verschiedene Elemente verwendet werden, die zur leichteren Fortbewegung zu Fuß, mit einem Kinderwagen oder mit einem Rollstuhl für verschiedene Zielgruppen dienen können. Hierzu gehören zum Beispiel ausreichende Gehwegbreiten, die auch eine Begegnung zweier Rollatoren ermöglichen. An Übergängen erleichtern abgesenkte Gehwege und Markierungen für Sehbehinderte im Bodenmaterial das Überqueren der Straße. Die ausgewählten Bodenbeläge sollten rutschfest und eben sein, um die Sturzgefahr zu verringern. Statt Treppen sollten, wo möglich, flache Rampen vorhandene Höhenunterschiede ausgleichen. Eine gute Ausleuchtung verbessert die Sichtbarkeit von Unebenheiten und das Sicherheitsgefühl. Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum ermöglichen es, auch bei eingeschränkter Gehfähigkeit draußen zu sein und soziale Kontakte an Treffpunkten zu pflegen.

Durch die steigende Zahl hochbetagter Menschen ist das Thema der Mobilität für die Zukunft unter anderen Gesichtspunkten zu betrachten. Viele sehr alte Menschen nutzen noch das eigene Auto. Dies gibt ihnen Flexibilität und Freiheit trotz möglicher körperlicher Einschränkungen. Problematisch ist es, wenn diese Flexibilität erzwungen ist, weil vor Ort kein Einzel-

handel mehr vorhanden ist und die Busanbindung nicht ausreicht. Dies führt dazu, dass Menschen Auto fahren, die dazu körperlich eigentlich nicht mehr in der Lage sind oder deren Reaktionen nicht ausreichen, um am Straßenverkehr teilzunehmen.

Dies erfordert einerseits ein wohnortnahes Angebot von Arztpraxen, Einzelhandel und benötigten Dienstleistungen, um die Selbstständigkeit von in ihrer Mobilität begrenzten Personen zu erhalten. Andererseits werden **Anpassungen an die älter werdende Gesellschaft auch im öffentlichen Personennahverkehr** (ÖPNV) immer wichtiger. ÖPNV-Linien im dünn besiedelten Raum sollten unbedingt erhalten bleiben, um die Mobilität der Bevölkerung ohne Auto zu ermöglichen. Besondere Bedeutung hat die ÖPNV-Anbindung in den Ortsteilen, die unzureichend oder gar nicht mit Lebensmitteln und sonstigem täglichen Bedarf versorgt sind. Wie die Bestandsanalysen zum Einzelhandel im Landkreis Darmstadt-Dieburg feststellten, gibt es zahlreiche Ortsteile, auf die dies zutrifft. Hierbei wäre eine auf die Einkaufsbedürfnisse abgestimmte Taktung und Haltestellenplanung der Linien von Vorteil. Wenn der Weg von der Haltestelle zu den Lebensmittelversorgern zu weit oder umständlich ist, verliert der ÖPNV für diese Nutzung an Attraktivität. Ungünstig ist es ebenfalls, wenn die Fahrzeiten lediglich auf die Stoßzeiten für Schulkinder und Berufspendelnde ausgelegt sind. Hierdurch entstehen für die Rückfahrt vom Einkauf oder vom Arztbesuch eventuell sehr lange Wartezeiten. Flexible Linienanpassungen, bei denen Haltestellenvarianten nur nach Anmeldung angefahren werden, und zusätzliche Angebote durch Gemeindebusse und Gemeinde-Taxis könnten Lücken im Fahrplan- und Haltestellennetz schließen.

Die für den ÖPNV eingesetzten Busse sollten sich zudem an den älter werdenden Fahrgästen orientieren. Voraussichtlich werden in Zukunft vermehrt Personen mit Rollatoren diese nutzen, hierfür müssen genügend Abstellflächen vorhanden sein. Das Ein- und Aussteigen muss leicht möglich sein, hohe Stufen oder schmale Durchgänge werden schnell zum Hindernis. Die notwendigen Haltezeiten an den einzelnen Stationen könnten sich eventuell dadurch verlängern, dass motorisch eingeschränkte Personen längere Zeit für den Ein- oder Ausstieg benötigen.

### **Handel, Dienstleistungen, Vereine und Ehrenamt**

Die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung bedeutet auch, dass die Kundschaft von Handel und Dienstleistungsbetrieben sich strukturell verändert. Hierdurch erhalten vor allem die Bedürfnisse der älteren Kundinnen und Kunden für die Unternehmen immer mehr Gewicht. **Ältere Menschen werden durch ihre steigende Zahl in Zukunft die wichtigste Kundengruppe** für den Einzelhandel sein. Hinzu kommt die angestiegene Lebenserwartung, die zu einem längeren Konsumzeitraum im hohen Alter führt. Um dem wachsenden Anteil der älteren Kundschaft gerecht zu werden, sollten Anpassungen der Sortimente und der Art der Dienstleistungen und auch Anpassungen in der Gestaltung der Geschäftsräume vorgenommen werden.

Das Konsumverhalten ändert sich je nach Lebenssituation und Gesundheitszustand. Im Alter entstehende körperliche Einschränkungen spielen eine große Rolle für das Einkaufsverhalten älterer Menschen. Diesen kann durch teilweise leicht umzusetzende Maßnahmen in den Geschäften begegnet werden, um den Einkauf für eingeschränkte Personen einfacher und angenehmer zu gestalten. Dabei geht es im Wesentlichen darum, der nachlassenden

optischen Wahrnehmungsfähigkeit und der eingeschränkten motorische Leistungsfähigkeit älterer Menschen entgegenzukommen. Dies kann unter anderem durch große und deutliche Schrift (für Schilder, Preisetiketten etc.), starke Farbkontraste, Leselupen, Vermeiden gemusterter Bodenbeläge, rutschfeste Böden, breite Gänge oder Sitzgelegenheiten erfolgen. Eine alleinige Ausrichtung auf Ältere ist bei diesen Anpassungen nicht erforderlich. Die meisten Veränderungen bieten auch für jüngere Altersgruppen Vorteile und machen den Einkauf angenehmer. Bei der Ausrichtung des angebotenen Sortiments sind kleine Packungsgrößen von Vorteil für die wachsende Zahl von Ein-Personen-Haushalten.

Gute Beratung und zusätzlicher Service spielen eine besonders wichtige Rolle für viele ältere Kundinnen und Kunden und tragen zur Kundenbindung bei. Hilfreich sind auch Lieferdienste, oder mobile Geschäfte, die ihre Waren zu festgelegten Zeiten vom Fahrzeug aus verkaufen. Diese **Dienste sind insbesondere dort notwendig, wo Lebensmittelgeschäfte nicht mehr in fußläufiger Erreichbarkeit** vorhanden sind.

Gerade ältere Menschen nutzen kleine Geschäfte in den Ortsmitten häufiger als die jüngeren Generationen. Wenn die besonders stark besetzten Altersjahrgänge älter werden und vermehrt sterben, bricht dort die Kundschaft weg. Mitunter dürfte dies Schließungen traditionsreicher kleiner Geschäfte zur Folge haben. Doch schon bevor die Babyboomer in ein hochbetagtes Alter mit großer Sterbewahrscheinlichkeit gelangen, könnte es zu einer Welle von Schließungen kommen. Bereits wenn die Babyboomer in den Ruhestand übergehen, werden vermutlich vermehrt inhabergeführte kleine Geschäfte aufgegeben. Viele dieser TraditionsGeschäfte klagen über Probleme mit der Nachfolge. Dies liegt zum einen an veränderten gesellschaftlichen Normen. Kinder ergreifen nicht mehr unbedingt den gleichen Beruf wie ihre Eltern, streben oft einen höheren Bildungsabschluss an und ziehen in andere Regionen Deutschlands. Zum anderen liegt dies aber auch daran, dass die Kindergeneration der Babyboomer kleiner ist als sie selbst. Bei einer größeren Zahl eigener Kinder steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass zumindest eines von ihnen in die Fußstapfen der Eltern treten möchte und das Geschäft übernimmt. Unter den Babyboomern war außerdem die Kinderlosigkeit bereits weiter verbreitet als unter vorherigen Generationen, sodass teilweise gar keine familiäre Nachfolge möglich wäre.

Wenn die Zahl junger Menschen sinkt, gibt es an vielen Stellen Nachwuchsprobleme. Dies ist nicht nur beim Fachkräftemangel in der Arbeitswelt festzustellen. Auch in Vereinen und im Ehrenamt fehlt es oft an jungen Leuten, die anfallende Aufgaben übernehmen können. Der Brandschutz beispielsweise wird im Landkreis Darmstadt-Dieburg von den freiwilligen Feuerwehren sichergestellt. Bei geringer besetzten nachkommenden Generationen wird es immer schwieriger, die Einsatzfähigkeit aufrechtzuerhalten. Nachwuchsprobleme haben unter anderem auch manche Sportvereine. Durch die alternde Bevölkerung verringert sich allmählich die Zahl der tatsächlich sportlich aktiven Mitglieder in den Sportvereinen. Die Freizeit junger Leute müssen sich die Feuerwehren und Vereine zudem mit immer vielfältigeren Angeboten und immer größerem Druck und Zeitaufwand in Schule, Ausbildung, Studium und Beruf teilen.

Eine Schlüsselrolle kommt aufgrund des drohenden Fachkräftemangels künftig vermutlich noch stärker als heute dem ehrenamtlichen Bürgerengagement zu. Für das Ehrenamt könnte die veränderte Altersstruktur auch eine Chance sein. Durch den großen Zuwachs an Perso-

nen im Rentenalter wird voraussichtlich auch ein größeres Potenzial als bisher für freiwillig übernommene Aufgaben freigesetzt. Dies dürfte allerdings nur mit Einschränkungen auf die Übernahme von körperlich anstrengenden Tätigkeiten zutreffen. Zu bedenken ist hierbei auch, dass das Potenzial in dieser Größenordnung eine vorübergehende Erscheinung ist, solange die besonders großen Jahrgänge der Babyboomer im Rentenalter und geistig sowie körperlich in der Lage sind, ehrenamtliche Aufgaben zu übernehmen.

## Gesundheit und Pflege

Die in Zukunft **höhere Zahl an älteren und insbesondere hochbetagten Menschen erfordert auch im Gesundheitsbereich strukturelle Anpassungen**. Ältere Menschen suchen häufiger Haus- und Facharztpraxen auf als jüngere Personen. Durch die rasch ansteigenden Zahlen älterer Einwohnerinnen und Einwohner in den nächsten Jahren, werden die Herausforderungen in diesem Aufgabenfeld besonders groß sein.

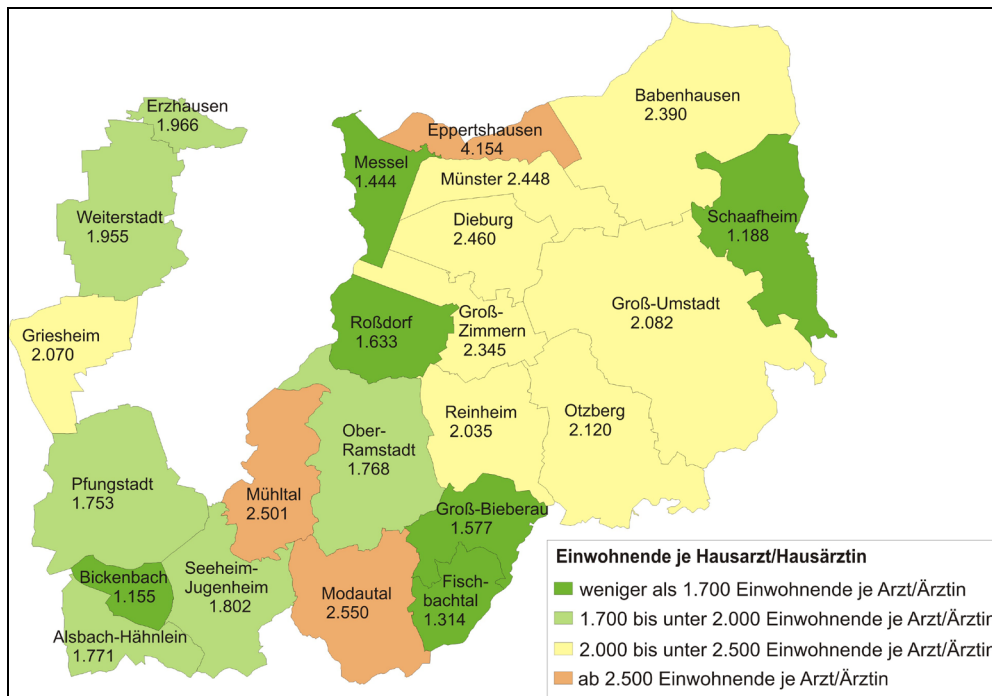


Abb. 58: Einwohnende je Hausärztin bzw. Hausarzt 2015 (Daten: Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2018, S. 16)

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen stellte aufgrund der Daten des Jahres 2015 die Versorgung der Bevölkerung mit Hausarztpraxen fest. Hierbei ergab sich, dass in allen Planungsbereichen des Landkreises schon jetzt neue Niederlassungen von Hausärztinnen und Hausärzten möglich sind und keine Überversorgung festzustellen war. Die Karte zeigt die fiktive Versorgungslage in den Städten und Gemeinden auf. Bei der regulären Bedarfsplanung wird von einem allgemeinen Verhältnis von 1.671 Einwohnenden je Hausärztin oder Hausarzt ausgegangen. Das teilweise wesentlich höhere Verhältnis in den einzelnen Kommunen zeigt auf, dass dort keine vollständige hausärztliche Eigenversorgung der Bevölkerung erfolgen kann. Es ist davon auszugehen, dass die Einwohnenden dieser Städte und Gemeinden teilweise Hausarztpraxen in anderen Kommunen aufsuchen. Würde man die fiktive Versorgungslage ohne eine solche übergemeindliche Mitversorgung betrachten, entstünden sehr unterschiedliche Ergebnisse für die einzelnen Städte und Gemeinden. So



würde Eppertshausen nur auf eine Versorgung rund 41 % der Bevölkerung kommen. In Bickenbach wäre hingegen der Versorgungsgrad mit fast 145 % für die eigene Bevölkerung zu hoch (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2018, S. 6 und 15f).

Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte lag im Jahr 2017 im Landkreis insgesamt bei 55,5 Jahren und damit nur geringfügig über dem Schnitt in Hessen von 55,1 Jahren. Durch diesen bereits recht hohen Altersdurchschnitt ist damit zu rechnen, dass es in den kommenden Jahren einen hohen Bedarf an Nachbesetzungen von Hausarztsitzen geben dürfte. Hier werden die Probleme vor allem darin gesehen, ärztliche Nachfolgen für den ländlich geprägten Bereich zu finden. Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte unterscheidet sich ebenfalls in den einzelnen Städten und Gemeinden. Am niedrigsten fiel es in Messel mit 49,0 Jahren und in Babenhausen mit 49,6 Jahren aus. Das höchste Durchschnittsalter lag hingegen in Eppertshausen mit 63,5 Jahren vor, gefolgt von Alsbach-Hähnlein mit 63,0 Jahren und Erzhausen mit 62,3 Jahren. Es ist wahrscheinlich, dass **bis zum Jahr 2030 im Landkreis Darmstadt-Dieburg rund 63 % der im Jahr 2017 noch praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in den Ruhestand** übergehen. Dabei wird von einer Praxisabgabe im Alter von 65 Jahren ausgegangen. Entsprechend groß ist im Landkreis in den nächsten zehn Jahren der Nachfolgebedarf (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2018, S. 6, 29 und 32).

In den Städten und Gemeinden sollte die Erhaltung der derzeit noch bestehenden Hausarztpraxen unterstützt werden. Dies ist vor allem dort wesentlich, wo aus Altersgründen eine drohende Schließung bereits absehbar ist. Dieser Entwicklung kommt der Landkreis Darmstadt-Dieburg durch die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) da entgegen, wo ein Haus- oder Facharztmangel besteht. Die in diesen Gemeinschaftspraxen tätigen Ärztinnen und Ärzte sind dort angestellt, die Verwaltung wird zentral gesteuert. Das zuerst eingerichtete MVZ in Ober-Ramstadt hat einen hausärztlich-internistischen Schwerpunkt. In Groß-Umstadt und in Seeheim-Jugenheim kamen MVZ für bestimmte gesundheitliche Schwerpunkte mit mehreren Fachrichtungen hinzu. Weitere Standorte für solche Gemeinschaftspraxen befinden sich in Planung. Durch die wachsende Zahl älterer Menschen wird künftig der Bedarf an Konsultationen ansteigen. Da die betroffene Altersgruppe zugleich weniger mobil ist, sind wohnortnahe Arztpraxen von Vorteil.

Mit steigendem Alter erhöht sich außerdem das Risiko pflegebedürftig zu werden. Einhergehend mit der wachsenden Zahl der Hochbetagten, **wird daher künftig auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen**. Wie die Grafik zeigt, ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland insgesamt von 1999 bis 2017 bereits von 2,0 auf 3,4 Millionen Personen angestiegen, was einem Zuwachs um fast 70 % entspricht. Die Prognosen, unter der Annahme unveränderter alters- und geschlechtsspezifischer Pflegequoten, zeigen für die Zukunft einen weiteren deutlichen Anstieg. Für das Jahr 2050 errechnet diese Prognose des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung eine Zahl von fast 5,4 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. Dies liegt vor allem daran, dass ab 2030 die Jahrgänge der Babyboomer die Altersstufen mit erhöhtem Pflegebedarf erreichen. Dabei bildet sich die steigende Lebenserwartung auch in einem steigenden Anteil Hochbetagter an den Pflegebedürftigen ab. 1999 waren 35,5 % von ihnen 80 bis unter 90 Jahre alt und 14,8 % hatten bereits ein Alter von mindestens 90 Jahren erreicht. Die Prognose für das Jahr 2050 geht davon aus, dass mit

26,6 % mehr als ein Viertel aller Pflegebedürftigen mindestens 90 Jahre alt sein wird und 45,2 % ein Alter zwischen 80 und 90 Jahren haben werden (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2019c).

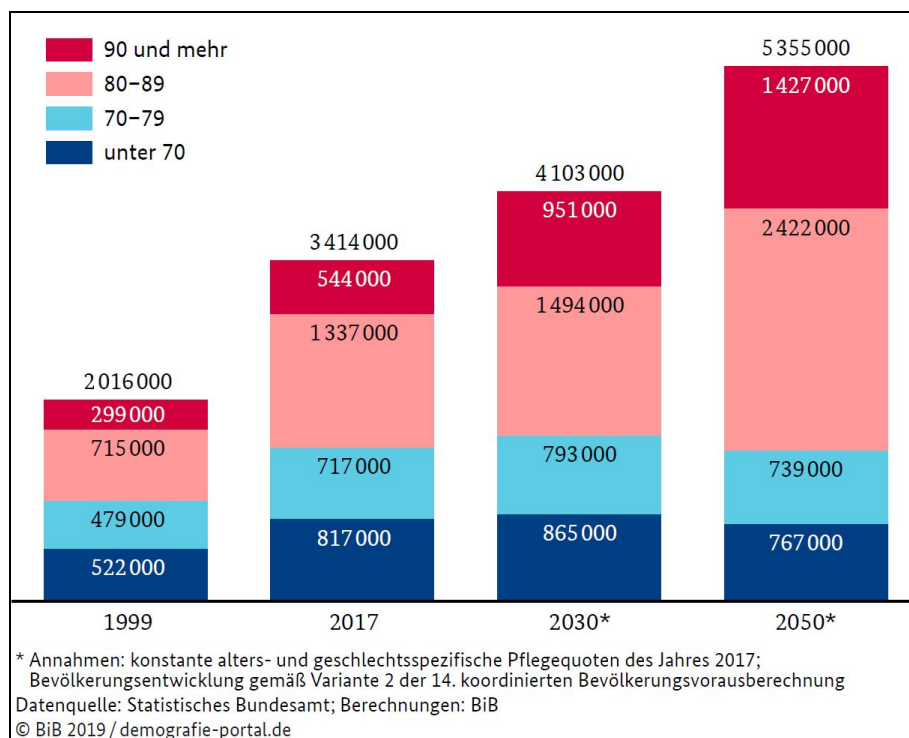


Abb. 59: Pflegebedürftige in Deutschland nach Altersgruppen 1999 bis 2050 (Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2019c)

Im Jahr 2017 kamen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis Darmstadt-Dieburg 325 pflegebedürftige Menschen. Diese Quote der Pflegebedürftigen lag innerhalb Hessens unter den niedrigsten Werten. Eine geringere Anzahl von Pflegebedürftigen lag nur in der Stadt Darmstadt (292) und im Kreis Offenbach (318) vor. In anderen Regionen fiel die Quote bereits erheblich höher aus, im Werra-Meißner-Kreis kamen im Jahr 2017 auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner bereits 690 Pflegebedürftige (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Regionalforschung 2019).

Diese Unterschiede stehen vor allem mit der Altersstruktur der Bevölkerung in Zusammenhang. Wo viele ältere Menschen leben, kommt es vermehrt zu Fällen von Pflegebedürftigkeit. In den meisten anderen hessischen Kreisen liegen die Anteile an ab 65-Jährigen schon höher als im Landkreis Darmstadt-Dieburg, wie die Zahlen des Hessischen Statistischen Landesamts zeigen. In den kommenden Jahren wird aber auch hier die Anzahl Pflegebedürftiger steigen. Dies ergibt sich vor allem durch den abzusehenden starken Anstieg bei der älteren Bevölkerung. Derzeit ist gut jede fünfte im Landkreis Darmstadt-Dieburg lebende Person 65 Jahre oder älter, in nur zehn Jahren wird voraussichtlich jede vierte Person in diesem Alter sein. Bis zum Jahr 2035 ist laut den eigenen Prognoserechnungen des Landkreises Darmstadt-Dieburg in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen mit einem Zuwachs um fast 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf dann mehr als 80.000 Personen zu rechnen, die dann etwa 28 % der Bevölkerung ausmachen werden. Dementsprechend wird voraussichtlich auch die Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Darmstadt-Dieburg in den nächsten 15 Jahren erheblich ansteigen.



Derzeit werden Pflegebedürftige oft privat von ihren Angehörigen Zuhause versorgt. In Hessen wurden von den 262.000 Menschen mit Leistungen aus der Pflegeversicherung 206.000 in privaten Haushalten versorgt. Gut **70 % dieser in Privathaushalten lebenden Personen wurden ausschließlich durch selbst organisierte Pflege versorgt**, nur knapp 30 % wurden durch ambulante Pflegedienste betreut (vgl. Hessisches Statistisches Landesamt 2018b). Für pflegende Angehörige sind Angebote zu ihrer Entlastung hilfreich. Dies könnten beispielsweise Tagesbetreuung für Demenzkranke, Gesprächskreise oder auch nachbarschaftliche Hilfe sein.

Künftig wird sich die Versorgung aber vermutlich zunehmend auf professionelle Pflege konzentrieren. Das ist deshalb wahrscheinlich, da die bald in ein hochbetagtes Alter kommende Generation nicht mehr so viele eigene Kinder hat wie ihre eigene Elterngeneration. Kinderlose Menschen haben eventuell keine Angehörigen, die sich um sie kümmern könnten. Durch die hohe berufliche Mobilität leben viele Erwachsene außerdem heute nicht mehr im direkten Umfeld ihrer Eltern und können somit auch deren Pflege nicht übernehmen. Doch schon heute wird Pflegepersonal dringend gesucht. Hier bedarf es Ideen zur Gewinnung und Unterstützung von Pflegepersonal, um den künftigen Bedarf bei mehr Pflegebedürftigen und zugleich weniger Personen im erwerbstätigen Alter abzudecken.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass ältere Menschen möglichst lange gesund bleiben. Hierzu können Gesundheitsförderung und Präventionsangebote beitragen. Dies können z.B. die Förderung von selbstbestimmter Lebensführung, der Erhalt von Alltagskompetenzen oder das Fördern einer positiven Lebenseinstellung sein. In der Gesundheitsvorsorge geht es vor allem darum, **die aktiven Lebensjahre zu verlängern und die Zeit mit gesundheitlichen Einschränkungen so kurz wie möglich zu halten**. Dazu gehört einerseits auch im fortgeschrittenen Alter die Früherkennung von Erkrankungen, um einen chronischen Status zu vermeiden. Andererseits trägt dazu auch die Verringerung von altersspezifischen Risiken, etwa durch Angebote zur Sturzprävention, bei (vgl. Wiesner 2001, S. 60f).

Beim Angebot von Pflegeleistungen bedarf es auch einer gewissen Sensibilität für die Kultur der betreuten Menschen. Da die Zahl hochbetagter Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland in den nächsten Jahren stark ansteigen wird, ist dies eine wichtige Zukunftsaufgabe. Der zu erwartende Anstieg kommt vor allem daher, dass die bis Anfang der 1970er Jahre als Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter nach Deutschland gekommenen Menschen mittlerweile überwiegend im Rentenalter sind. Eine kulturelle Öffnung im Bereich der Pflege ist notwendig, um eine gute Versorgung aller älteren Menschen zu gewährleisten. **Durch unterschiedliche kulturelle und religiöse Hintergründe entstehen dabei teilweise andere Anforderungen** als bei deutschen Pflegebedürftigen, auch wenn Pflege immer als individuell anzupassende Aufgabe zu betrachten ist. Als Beispiel soll hier kurz auf die kultursensible Pflege muslimischer Menschen eingegangen werden.

In Deutschland lebten Ende 2015 insgesamt etwa 4,4 bis 4,7 Millionen Menschen muslimischen Glaubens, das entsprach 5,4 % bis 5,7 % der gesamten Bevölkerung (vgl. Stichts 2016, S. 5). Muslime bilden damit eine große Gruppe der Bevölkerung Deutschlands, in der es auch zunehmend pflegebedürftige Personen geben dürfte.

Pflegeanbieter sind sich teilweise unsicher über die Bedürfnisse und den Umgang mit gläubigen Muslimen. Eine entsprechende Anleitung der Pflegekräfte in den Einrichtungen und für die ambulante Versorgung könnte hier hilfreich sein. Dies könnte die Akzeptanz und Nachfrage von solchen Angeboten verbessern und damit zu einer besseren Versorgung dieser Patientinnen und Patienten durch gelernte Fachkräfte führen.

Krankheit und Bettlägerigkeit entbinden gläubige Muslime nicht von der Pflicht der täglichen Gebete, die Richtung Mekka ausgerichtet pro Tag fünf Mal durchgeführt werden sollen. Die Gelegenheit hierzu könnte beispielsweise in separaten Gebetsräumen gegeben werden. Wo dies nicht möglich ist, kann eventuell eine Hilfestellung bei der Ausrichtung des Gebetes nach Südosten gegeben werden. Zur islamischen Pflicht gehört ebenfalls, die rituelle Körperhygiene auch im Fall von Krankheit einzuhalten. Darunter fällt unter anderem die kleine rituelle Waschung, die vor jedem der Gebete erfolgt. Für Personen, die das Bett nicht verlassen können, ist daher das Angebot einer Wasserkanne und einer Waschschüssel am Bett wichtig. Wenn erforderlich, wäre die Unterstützung dieser Waschung durch eine Pflegekraft hilfreich. Angefasst werden sollten die Pflegebedürftigen nur von Pflegekräften des gleichen Geschlechts. Menschen muslimischen Glaubens haben oft ein erhöhtes Schamempfinden, und sie dürfen aus religiösen Gründen nicht unbekleidet von Menschen des anderen Geschlechts gesehen werden. Auch das Angebot an Nahrung in Pflegeeinrichtungen könnte durch entsprechende Angebote und Kennzeichnungen besser auf die Bedürfnisse gläubiger Muslime ausgerichtet werden, da für sie einige Nahrungsmittel und Zubereitungsarten als verboten gelten (vgl. Gülal 2017, S. 6ff; Cardinal 2010, S. 239).

## **Bestattungen**

Die besonders großen Altersjahrgänge stellen auch bei ihrem Ableben eine Herausforderung dar. Zwar sterben nicht alle Menschen eines Jahrgangs zur gleichen Zeit, aber **je mehr Menschen in einem sehr hohen Alter sind, desto mehr Sterbefälle sind pro Jahr zu erwarten**. Daher ist perspektivisch von einem weiteren Anstieg der Sterbefälle pro Jahr im Landkreis Darmstadt-Dieburg auszugehen. Die in wenigen Jahren in ein entsprechend hohes Alter kommenden Jahrgänge sind deutlich größer, als jene zuvor. Die vorhandene Infrastruktur der Friedhöfe muss daran angepasst werden. Das Hessische Friedhofs- und Bestattungsgesetz (FBG) verpflichtet die Gemeinden dazu, nach Bedarf Friedhöfe anzulegen und zu erweitern. Diese Aufgabe wird allerdings durch geringe Flächenverfügbarkeit und vielfältigere Erwartungen an die Art der möglichen Bestattungen erschwert.

Kleine Friedhöfe, die überwiegend Gräber mit langen Ruhezeiten haben, können **durch die erhöhten Sterbezahlen Probleme mit der Kapazität** bekommen. Die Ruhezeiten für Erd- und Urnengräber hängen dabei unter anderem von der Bodenbeschaffenheit und den Grundwasserverhältnissen ab. Laut Hessischem Friedhofs- und Bestattungsgesetz muss die Frist, in der eine Grabstätte nicht erneut belegt werden darf, mindestens 15 Jahre betragen (vgl. Hessisches Ministerium der Justiz 2018).

Eine mögliche Lösung für eine bessere Nutzung des zur Verfügung stehenden Platzes könnte es sein, mehr kleinere Grabstätten für Urnenbeisetzungen anzulegen als auf der selben Fläche erheblich weniger größere Gräber für Erdbestattungen vorzusehen. Ausgewiesene Flächen für Baumbestattungen in dafür vorgesehenen Waldstücken bieten eine Alternative, um den zusätzlichen Flächenverbrauch für die meist innerörtlich gelegenen Friedhöfe zu reduzieren.

Die Bevölkerung des Landkreises Darmstadt-Dieburg wird immer internationaler. Deshalb sterben hier mittlerweile mehr Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderem religiösen Glauben als noch vor einigen Jahrzehnten – mit in Zukunft voraussichtlich steigender Tendenz. Dem Tod wird in den verschiedenen Kulturen und Religionen unterschiedlich begegnet. Zudem leben in Deutschland viele Menschen, die sich keiner Religionsgemeinschaft zuordnen und daher keine Bestattung nach christlichem Vorbild wünschen. Damit möglichst viele Menschen nach ihren Vorstellungen und Weltanschauungen bestattet werden können, ist eine **Offenheit gegenüber unterschiedlichen Bestattungsformen** wichtig.

Das Hessische Friedhofs- und Bestattungsgesetz regelt hierzu: *„Den Kirchen, religions- und Weltanschauungsgemeinschaften steht es frei, im Rahmen dieses Gesetzes bei Bestattungen und Totengedenkfeiern entsprechend ihren Ordnungen und Bräuchen zu verfahren“* (Hessisches Ministerium der Justiz 2018, FBG § 2(6)).

Eine wachsende Bedeutung haben muslimische Bestattungen, da viele im Landkreis Darmstadt-Dieburg lebende Menschen aus Ländern stammen, in denen sich der Glaube vorwiegend am Islam orientiert.

Die Bestattung und die Begleitung sterbender Menschen werden im Islam durch traditionelle Rituale und Regeln geprägt. Die letzten Worte, die ein Mensch muslimischen Glaubens im Leben hören sollte, sind das Glaubenszeugnis, das ihm hierzu während des Sterbens ins Ohr geflüstert wird. Nach dem Tod erfolgt eine rituelle Waschung durch eine Person des gleichen Geschlechts. Daher ist es hilfreich, wenn Familienmitglieder oder eine professionelle muslimische Sterbebegleitung zum Todeszeitpunkt anwesend sind. Verstorbene Muslime dürfen nur von anderen Muslimen berührt werden. Wenn dies aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist, sollten Einmalhandschuhe getragen werden, um den Glauben der verstorbenen Person zu achten (vgl. Cardinal 2010, S. 240ff).

Feuerbestattungen sind im Islam nicht gestattet. Traditionell findet eine Erdbestattung ohne Sarg statt, bei der der Körper in einem weißen Leinentuch beigesetzt wird. Dabei werden die Verstorbenen seitlich liegend so im Grab positioniert, dass ihr Blick nach Mekka ausgerichtet ist. Lange Zeit war dies in Deutschland nicht möglich, da die Gesetze eine Sargpflicht für Bestattungen vorsahen. Daher wurden viele Verstorbene muslimischen Glaubens von den Angehörigen in deren Heimatländern traditionell bestattet. Immer mehr Menschen muslimischen Glaubens sind aber bereits in Deutschland geboren, sodass sie wesentlich weniger Bezug zum Herkunftsland ihrer Eltern oder Großeltern haben als zu Deutschland. Die Möglichkeit für traditionelle muslimische Bestattungen in Deutschland wird daher immer wichtiger. Ab Ende der 1990er Jahre kam Bewegung in die Gesetzgebung, sodass die Sargpflicht mittlerweile in fast allen Bundesländern aufgehoben ist. Die in Deutschland übliche Ruhezeit des Grabes mit anschließender Auflösung der Grabstätten entspricht allerdings nicht den Vorgaben des Islams, der eine ewige Ruhe vorsieht. Eine Bestattung nach den Vorgaben des Islams sollte zudem idealerweise noch am Tag des Todes erfolgen. Allerdings ist in Deutschland eigentlich eine Mindestwartezeit von 48 Stunden nach dem Eintritt des Todes vorgeschrieben (Funus Online Service 2019; Gesellschaft für Bestattungen und Vorsorge 2019).

Seit dem Jahr 2013 ist auch in Hessen die Bestattung ohne Sarg durch eine Gesetzesänderung möglich. Das Friedhofs- und Bestattungsgesetz (FBG) sieht hierzu in §18

(Bestattungsfeierlichkeiten) vor, dass der Gemeindevorstand nach Anhörung des Gesundheitsamtes aus religiösen Gründen eine Bestattung ohne Sarg gestatten kann. Diese ist allerdings nicht zulässig, wenn als Schutzmaßnahme wegen einer Infektionskrankheit eine Bestattung im Sarg erforderlich ist. Die vorgesehene Bestattungsfrist kann laut §16 (Bestattungsfristen) verkürzt werden, wenn Glaubensfragen dies verlangen (vgl. Hessisches Ministerium der Justiz 2018).

In vielen Ländern ist es üblich, dass die Asche der Verstorbenen an die Angehörigen ausgehändigt wird. Die Urne darf dort auch auf Dauer zuhause aufbewahrt oder auf dem eigenen Grundstück beigesetzt werden. In Deutschland ist dies noch nicht möglich, da Bestattungen ausschließlich auf dafür vorgesehenen Friedhöfen stattfinden müssen. Allerdings gibt es bereits Diskussionen zu einer Änderung dieser Vorgabe (vgl. Gesellschaft für Bestattungen und Vorsorge 2019).

Der Gedanke der Integration sollte auch am Lebensende nicht aufhören. Durch die Ermöglichung verschiedener Bestattungsarten, können alle Einwohnerinnen und Einwohner gleich welcher Herkunft oder Glaubensrichtung auch im Tod mit ihrer Wohngemeinde verbunden bleiben. **Für die vor Ort lebenden Angehörigen wird somit ein wichtiger Identifikationspol geschaffen**, indem in unmittelbarer Nähe ein Ort der Trauer für sie geschaffen wird.

Die hier vorgestellten Aspekte bilden nur einen Teil der Herausforderungen ab, die durch die variable Entwicklung der Zahl von Geburten und Sterbefällen im Lauf der Zeit entstehen. Die natürliche Bevölkerungsentwicklung hat Einfluss auf fast alle Lebensbereiche, insbesondere auf die öffentliche Daseinsvorsorge. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass die natürliche Bevölkerungsentwicklung immer in einem engen Zusammenspiel mit der Entwicklung von Zuzügen und Wegzügen steht.

Sollte es in den nächsten Jahrzehnten durch geringere Zuzüge bei steigendem Sterbeüberschuss zu einem Absinken der Einwohnerzahl kommen, hätte dies große Auswirkungen auf viele Kommunen und deren kleinere Ortsteile. Leerstehende Gebäude und Geschäfte würden insbesondere den Charakter und die Funktion der Ortsmitten verändern. Bei weniger Einwohnerinnen und Einwohnern wäre es in einigen kleinen Ortsteilen schwierig, den ÖPNV aufrecht zu erhalten. Für die technische Infrastruktur, wie beispielsweise die Wasserversorgung, würden weiterhin hohe Fixkosten anfallen. Bei einer geringeren Zahl von Personen, die Gebühren zahlen, würden die Kosten je Einwohnerin und Einwohner deutlich steigen. Möglicherweise könnten durch die sinkende Personenzahl in einigen kleineren Ortsteilen nicht alle Freizeitangebote und sozialen Infrastruktureinrichtungen aufrechterhalten werden.

## 8. Zusammenfassung

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Entwicklungen der Zahlen von Geborenen und Verstorbenen genau analysiert und miteinander in Bezug gesetzt. Dabei wurde auch deutlich, dass die Zusammensetzung der heutigen Bevölkerung und die aktuellen Geburten- und Sterbezahlen durch schon lange zurückliegende Veränderungen von Trends mit bedingt sind. Künftig werden sich Herausforderungen durch die Fortsetzung der bestehenden Ent-

wicklungen ergeben. Die heute entstehenden Herausforderungen für die Gesellschaft ergeben sich insbesondere durch die unterschiedlich starke Besetzung verschiedener Altersjahrgänge mit einem rasch steigenden Anteil älterer Menschen an der gesamten Bevölkerung.

In der Einleitung wurden einige Fragenstellungen aufgeworfen. Im Detail wurden sie in den einzelnen Kapiteln durch die Analyse der vorliegenden Daten behandelt. Zusammenfassend können folgende Antworten gegeben werden:

- *Wie haben sich die Geburtenzahlen entwickelt und worin liegen die möglichen Gründe dafür?*

Ab 1965 sank in Deutschland die Geburtenziffer in sehr kurzer Zeit stark ab. Hierfür waren mehrere parallel verlaufende Trends die Ursache: Das steigende Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ihres ersten Kindes, der Rückgang von Mehrkindfamilien und gewollte oder ungewollte dauerhafte Kinderlosigkeit. Die neuen Kindergenerationen waren damit nur noch etwa zwei Drittel so groß wie die Generation ihrer Eltern. Dies führt auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg zu dauerhaft niedrigen Geburtenzahlen. Je nachdem wie viele Frauen im gebärfähigen Alter waren zeigten sich hierbei allerdings einige Schwankungen. Deutlich erkennbar ist ein wellenförmiger Verlauf mit einem vorübergehenden Anstieg Mitte der 1980er bis Ende der 1990er Jahre, einem folgenden Tief in den 2000er Jahren und dem aktuellen erneuten Anstieg ab dem Jahr 2013. Die höchste Geburtenzahl innerhalb der letzten 40 Jahre wurde im Jahr 1997 mit 3.129 Kindern erreicht. Die wenigsten Geburten ereigneten sich hingegen im Jahr 2009 mit nur 2.235 Kindern. Der aktuelle Anstieg der Geburtenzahlen dürfte zum Teil auf einen Echoeffekt durch die personenreichen Jahrgänge der Babyboomer zurückzuführen sein. Die von ihnen hervorgebrachte große Kindergeneration bringt nun ebenfalls wieder eine vergleichsweise große Enkelgeneration zur Welt. Zudem sind durch die Zuwanderung von Schutzsuchenden seit 2014 besonders viele junge Menschen zugezogen, die im entsprechenden Alter sind, um eine Familie zu gründen. Durch diese beiden Aspekte hat sich die Zahl potenzieller Eltern deutlich erhöht. Zugleich ist in Deutschland die Geburtenrate der Kinder je Frau vor allem durch das Nachholen von Geburten in späterem Lebensalter angestiegen.

- *Wie alt sind die Mütter der Neugeborenen zum Zeitpunkt der Geburt?*

Beim Zeitpunkt der Geburten im Lebensverlauf der Mütter lässt sich in Deutschland und auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg eine Verschiebung in spätere Lebensjahre erkennen. Von 1995 bis 2017 verringerte sich im Landkreis bei den Neugeborenen der Anteil der Mütter unter 30 Jahren deutlich. Der Anteil von Müttern ab 35 Jahren hat sich hingegen erheblich erhöht. 1995 hatte nur etwa jedes siebte geborene Kind eine Mutter, die mindestens 35 Jahre alt war. Im Jahr 2017 traf dies hingegen auf mehr als ein Viertel der Neugeborenen zu.

Das Durchschnittsalter der Mütter der im Jahr 2017 geborenen Kinder im Landkreis lag unabhängig von der Geburtenreihenfolge bei 31,5 Jahren. Das Alter der Mütter weist deutliche Unterschiede zwischen den geborenen Kindern mit deutscher und mit ausländischer erster Staatsbürgerschaft auf. Bei den nichtdeutschen Kindern war 2017 der Anteil junger Mütter unter 25 Jahren deutlich höher als bei den deutschen Kindern. Bei den geborenen deutschen Kindern waren hingegen ältere Mütter ab 35 Jahren deutlich

stärker vertreten. Allerdings hat sich sowohl bei den Geborenen mit deutscher als auch mit ausländischer erster Nationalität die Tendenz hin zu älteren Müttern bewegt.

- *Wie hat sich die Zahl der Sterbefälle entwickelt?*

Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg ist seit dem Jahr 2010 bei den Sterbefällen ein deutlich steigender Trend zu sehen. Im Jahr 2018 wurde mit 3.124 Verstorbenen ein besonders hoher Stand erreicht. Zuvor lag die Anzahl der Verstorbenen viele Jahre auf einem recht konstanten Niveau. Die Zahl der Sterbefälle je 1.000 Einwohnenden ging, ausgehend von 9,8 im Jahr 1989, zunächst langsam weiter zurück bis auf 8,2 Gestorbene je 1.000 Einwohnende im Jahr 2001. Seit diesem Tiefstand stieg die Quote allmählich an, überschritt 2010 wieder die Grenze zu 9,0 Todesfällen je 1.000 Personen und stieg dann innerhalb nur weniger Jahre deutlich an auf 10,5 in den Jahren 2017 und 2018.

Das vorübergehende Absinken der Sterbequote dürfte dadurch zustande gekommen sein, dass die Lebenserwartung stark angestiegen ist und sich zugleich im Landkreis der Anteil der Menschen in einem höheren Lebensalter mit hoher Sterbewahrscheinlichkeit nur langsam erhöhte.

Der starke Anstieg in den letzten Jahren ist darauf zurückzuführen, dass immer mehr hochbetagte Menschen im Landkreis leben, die alleine durch ihr Alter ein erhöhtes Sterberisiko haben. 1989 waren noch 12,9 % der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt, nur 3,0 % hatten ein Alter von mindestens 80 Jahren. Im Jahr 2018 hingegen waren bereits 20,8 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter, 5,7 % aller Einwohnenden des Landkreises hatten mindestens das Alter von 80 Jahren erreicht. Da die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer mit steigendem Alter einer immer höheren Sterbewahrscheinlichkeit unterliegen, ist künftig mit einem weiteren Anstieg der Sterbefälle zu rechnen.

- *Welche Aussagen können über das Sterbealter und die Todesursachen getroffen werden?*

Seit der Industrialisierung hat sich in Deutschland die Lebenserwartung der Menschen durch die Verringerung der Säuglingssterblichkeit und der Erhöhung der weiteren Lebenszeit älterer Menschen deutlich erhöht. Seuchen, Hunger, chronische Mangelernährung, Naturkatastrophen und Kriege wurden als früher häufigste Todesursachen abgelöst von lebensstilbedingten Erkrankungen. Im Jahr 2017 waren Krankheiten des Kreislaufsystems, bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Atmungssystems die häufigsten Todesursachen im Landkreis Darmstadt-Dieburg.

Die Verschiebung der Sterbefälle in ein immer späteres Lebensalter ist auch im Landkreis Darmstadt-Dieburg deutlich zu erkennen. Von 1995 bis 2017 haben alle Altersgruppen unter 75 Jahren ihre Anteile an den Verstorbenen im Landkreis verringert. Einen deutlichen Zuwachs gab es hingegen bei den Verstorbenen, die mindestens 75 Jahre alt waren. Ab 75-Jährige machten mit 57,7 % schon im Jahr 1995 deutlich mehr als die Hälfte aller Sterbefälle aus. Im Jahr 2017 jedoch waren mit 70,8 % sogar mehr als zwei Drittel der Verstorbenen mindestens 75 Jahre alt.

Für die im Jahr 2018 gestorbenen Einwohnenden des Landkreises Darmstadt-Dieburg wurde ein Durchschnittsalter von 78,7 Jahren berechnet. Dieses lag bei den Männern mit 76,3 Jahren allerdings um fünf Jahre niedriger als bei den Frauen mit einem durchschnittlichen Sterbealter von 81,3 Jahren.

- *Wie ist die Prognose für die künftige natürliche Bevölkerungsentwicklung?*

Die in dieser Publikation betrachtete Prognose der natürlichen Bevölkerungsentwicklung lässt die Wanderungen außen vor. Diese haben selbstverständlich einen Einfluss auf die Geburten durch den Zuzug junger Frauen und auf die Sterbefälle durch den Zuzug älterer Menschen. Die Altersstruktur insgesamt verändert sich durch die Zuzüge und Wegzüge allerdings nur langsam und in recht geringem Ausmaß. Sie ändern nichts am sich generell ergebenden Trend zu steigenden Sterbeüberschüssen.

Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg zeigt sich insgesamt in der Prognose von Geburten und Sterbefällen eine Fortsetzung des seit 2006 durchgängig bestehenden Geburtendefizits. Ohne Zuwanderungen und steigende Geburtenraten würde in den nächsten 25 Jahren die Einwohnerzahl um fast 40.000 Personen sinken. Das Geburtendefizit wäre im Jahr 2040 etwa dreimal so hoch wie im Jahr 2019. Die sinkenden Geburtenzahlen wären die logische Folge der durch die Altersstruktur bedingten sinkenden Anzahl von Frauen im potenziellen Elternalter. Die steigende Zahl der Todesfälle kommt durch das Vorrücken von besonders geburtenstarken Jahrgängen in ein Alter mit höherer Sterbewahrscheinlichkeit zustande.

- *Wie wirken sich die Geburten und Sterbefälle auf die Bevölkerungsentwicklung insgesamt aus?*

Für den Landkreis Darmstadt-Dieburg zeigt sich bei der Bevölkerungsentwicklung eine starke Abhängigkeit von der Entwicklung der Zuzüge und Wegzüge. Der Umfang der Wanderungen insgesamt ist in jedem Jahr erheblich größer als die Summe der Geburten und Sterbefälle. In den letzten zehn Jahren von 2009 bis 2018 gab es im Landkreis insgesamt einen positiven Wanderungssaldo (+17.990) und einen negativen Geburtensaldo (-2.754). Dabei war in jedem einzelnen der zehn Jahre der Geburtensaldo negativ, während der Wanderungssaldo positiv ausgefallen ist. Der Zuwachs von insgesamt 15.236 Einwohnenden in diesem Zeitraum stützte sich also ausschließlich auf Zugewinne durch Wanderungen. Die Zuwanderung wurde in den letzten Jahren ganz maßgeblich von der nichtdeutschen Bevölkerung getragen. Ohne die ausländische Bevölkerung würde die Einwohnerzahl des Landkreises Darmstadt-Dieburg schon seit vielen Jahren schrumpfen. Dies trifft umso mehr zu, da die nichtdeutsche Bevölkerung zugleich auch mehr Geburten als Sterbefälle verzeichnet.

Seit dem Jahr 2006 ist der Geburtensaldo im Landkreis durchweg negativ, sodass kein Ausgleich möglicher Wanderungsverluste mehr möglich wäre. Stattdessen ist seitdem eine fortwährende Zuwanderung notwendig, um den Sterbeüberschuss aufzuwiegen. Bei künftig voraussichtlich steigenden Sterbeüberschüssen wird es voraussichtlich für immer mehr Städte und Gemeinden schwieriger, das entstehende Defizit durch Zuwanderung jedes Jahr auszugleichen.

- *Welche Herausforderungen ergeben sich durch die Veränderungen bei Geburten und Sterbefällen?*

Die Entwicklung der Zahl von Geburten und Sterbefällen hat Einfluss auf verschiedene Bereiche des öffentlichen Lebens. Einerseits nehmen sie unmittelbar Einfluss durch ihre jeweils aktuell in einem Jahr vorliegende Anzahl. Andererseits haben sie eine langfristige indirekte Auswirkung, da durch die natürliche Bevölkerungsentwicklung die Altersstruktur



der Bevölkerung mit bestimmt wird. Dabei sind unterschiedlich große Geburtsjahrgänge vor allem eine Herausforderung für Infrastrukturplanungen für Kinder, Jugendliche oder ältere Menschen. Die im Zuge der demografischen Entwicklung wachsende Internationalisierung erfordert außerdem eine kulturelle Öffnung.

Aus diesen Entwicklungen ergibt sich Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen. Das Spektrum reicht dabei von der bedarfsgerechten Planung von Kindergartenplätzen über die Innenentwicklung von Kommunen und eine funktionierende Gesundheitsversorgung bis hin zu kulturellen Besonderheiten bei der Bestattung.

In Kapitel 7 wurden diese und weitere entstehende Herausforderungen dargestellt. Die natürliche Bevölkerungsentwicklung hat allerdings Einfluss auf nahezu alle Lebensbereiche. Aus diesem Grund konnte hier nur eine Auswahl möglicher sich ergebender Herausforderungen vorgestellt werden, die als Impuls für die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik dienen sollen. Daher ist es zielführend vor Ort für möglichst viele Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge die konkreten Auswirkungen und Handlungserfordernisse von schwankenden Geburtenzahlen, einer steigenden Zahl von Sterbefällen und der Internationalisierung in allen Altersgruppen zu durchdenken. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die natürliche Bevölkerungsentwicklung immer in einem engen Zusammenspiel mit der Entwicklung von Zuzügen und Wegzügen steht. Sollte es durch geringere Zuwanderung in den nächsten Jahrzehnten zu dauerhaft sinkenden Einwohnerzahlen kommen, würden sich für die Kommunen und insbesondere für deren kleinere Ortsteile sehr viele weitere Herausforderungen ergeben.

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Mikrozensus 2016: Frauen der Geburtsjahrgänge 1967 bis 1971 nach Kinderzahl und beruflichem Ausbildungsabschluss in Deutschland	14
Tab. 2	Durchschnittliche Kinderzahl der 1962 bis 1971 geborenen Frauen nach Geburtsland, Staatsangehörigkeit und Bildungsabschluss, Ergebnisse des Mikrozensus 2016	21
Tab. 3	Mütter der Jahrgänge 1933 bis 1992 (16- bis 75-Jährige) nach Migrationserfahrung und Zahl der Kinder, Ergebnisse des Mikrozensus 2008	21
Tab. 4	Entwicklung der Altersstruktur der Verstorbenen in Deutschland	24
Tab. 5	Anzahl der Gestorbenen in Deutschland 2015 nach Kapiteln der ICD-10	26
Tab. 6	Häufigste Todesursachen in Deutschland 2015 nach Geschlecht	27
Tab. 7	Häufigste Todesursachen zusammengefasster Altersgruppen	28
Tab. 8	Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland seit 1950	32
Tab. 9	Frauen von 45 bis 49 Jahren in den Bundesländern nach Kinderlosen, Müttern und Kinderzahl je Mutter, Ergebnisse des Mikrozensus 2016	35
Tab. 10	Lebenserwartung nach Geschlecht und Bundesländern in den Jahren 2015 bis 2017 im Vergleich mit Deutschland insgesamt	36
Tab. 11	Anteile von Geburten und Sterbefällen an der Gesamtbevölkerung der Städte und Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2018	40
Tab. 12	Durchschnittliche Zahl der Lebendgeborenen pro Tag nach Geburtsmonaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2011 bis 2017	75
Tab. 13	Frauen von 15 bis 49 Jahren in den Städten und Gemeinden 1989 und 2018	81
Tab. 14	Alter der Mütter bei deutschen und nichtdeutschen Geborenen im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1995 und 2017	84
Tab. 15	Anteile ausgewählter Altersgruppen bei deutschen und nichtdeutschen Frauen im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2018	85
Tab. 16	Durchschnittliche Zahl der Verstorbenen pro Tag nach Monaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2011 bis 2017	88
Tab. 17	Sterbefälle je 1.000 Einwohnende in den Städten und Gemeinden 1989 und 2018	90
Tab. 18	Häufigste Todesursachen im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017	92
Tab. 19	Durchschnittliches Sterbealter im Jahr 2018 nach Geschlecht in den Städten und Gemeinden des Landkreises Darmstadt-Dieburg	95
Tab. 20	Familienstand zum Todeszeitpunkt nach Geschlecht im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2018	96

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Entwicklung der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau (zusammengefasste Geburtenziffer) in Deutschland	10
Abb. 2	Entwicklung der Kohortenfertilität und der Kinderzahl bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1935 bis 1970	12
Abb. 3	Anteile der endgültig kinderlose Frauen der Jahrgänge 1941 bis 1971 in Hessen nach ihrem Bildungsstand	18
Abb. 4	Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland von 1960 bis 2015/2017	23
Abb. 5	Im Jahr 2017 in Deutschland verstorbene Personen nach Alter	24

Abb. 6	Anteile der Todesursachen nach Geschlecht in Hessen im Jahr 2015	29
Abb. 7	Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland seit 1950	32
Abb. 8	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland nach demografischen Ereignissen zum 31.12.2016	33
Abb. 9	Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1979 bis 2018	38
Abb. 10	Geburten und Sterbefälle in Alsbach-Hähnlein 1979 bis 2018	41
Abb. 11	Geburten und Sterbefälle in Babenhausen 1979 bis 2018	42
Abb. 12	Geburten und Sterbefälle in Bickenbach 1979 bis 2018	43
Abb. 13	Geburten und Sterbefälle in Dieburg 1979 bis 2018	44
Abb. 14	Geburten und Sterbefälle in Eppertshausen 1979 bis 2018	45
Abb. 15	Geburten und Sterbefälle in Erzhausen 1979 bis 2018	46
Abb. 16	Geburten und Sterbefälle in Fischbachtal 1979 bis 2018	47
Abb. 17	Geburten und Sterbefälle in Griesheim 1979 bis 2018	48
Abb. 18	Geburten und Sterbefälle in Groß-Bieberau 1979 bis 2018	49
Abb. 19	Geburten und Sterbefälle in Groß-Umstadt 1979 bis 2018	50
Abb. 20	Geburten und Sterbefälle in Groß-Zimmern 1979 bis 2018	51
Abb. 21	Geburten und Sterbefälle in Messel 1979 bis 2018	52
Abb. 22	Geburten und Sterbefälle in Modautal 1979 bis 2018	53
Abb. 23	Geburten und Sterbefälle in Mühlthal 1979 bis 2018	54
Abb. 24	Geburten und Sterbefälle in Münster 1979 bis 2018	55
Abb. 25	Geburten und Sterbefälle in Ober-Ramstadt 1979 bis 2018	56
Abb. 26	Geburten und Sterbefälle in Otzberg 1979 bis 2018	57
Abb. 27	Geburten und Sterbefälle in Pfungstadt 1979 bis 2018	58
Abb. 28	Geburten und Sterbefälle in Reinheim 1979 bis 2018	59
Abb. 29	Geburten und Sterbefälle in Roßdorf 1979 bis 2018	60
Abb. 30	Geburten und Sterbefälle in Schaafheim 1979 bis 2018	61
Abb. 31	Geburten und Sterbefälle in Seeheim-Jugenheim 1979 bis 2018	62
Abb. 32	Geburten und Sterbefälle in Weiterstadt 1979 bis 2018	63
Abb. 33	Prognose der Geburten und Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg bis 2040 ohne Wanderungsbewegungen	65
Abb. 34	Veränderung der Altersstruktur von 1993 bis 2018 im Landkreis Darmstadt-Dieburg	66
Abb. 35	Alterskohorten der Frauen im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2018	67
Abb. 36	Kommunen mit geringen prognostizierten Veränderungen des Geburtensaldos	69
Abb. 37	Kommunen mit mittleren prognostizierten Veränderungen des Geburtensaldos	70
Abb. 38	Kommunen mit großen prognostizierten Veränderungen des Geburtensaldos	72
Abb. 39	Kommunen mit Übergang von Geburtenüberschuss zu Geburtendefizit	73
Abb. 40	Geburtenzahlen im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1979 bis 2018	74
Abb. 41	Lebendgeborene nach Geburtsmonaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017	75
Abb. 42	Geborene im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Geschlecht	77
Abb. 43	Geborene Kinder im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach dem Alter ihrer Mütter 1995 und 2017	77

Abb. 44	Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter 1989 bis 2017	78
Abb. 45	Geburten je 1.000 Frauen von 15 bis 49 Jahren	80
Abb. 46	Geborene im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Staatsangehörigkeit	83
Abb. 47	Alter der Mütter bei Geburt deutscher und nichtdeutscher Kinder im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017	84
Abb. 48	Geborene 2017 im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Staatsangehörigkeit der Eltern	85
Abb. 49	Geborene 2018 im Landkreis Darmstadt-Dieburg nach Staatsangehörigkeiten	86
Abb. 50	Sterbefälle im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1979 bis 2018	87
Abb. 51	Verstorbene nach Monaten im Landkreis Darmstadt-Dieburg 2017	88
Abb. 52	Sterbefälle je 1.000 Einwohnende im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1989 bis 2018	91
Abb. 53	Verstorbene im Landkreis Darmstadt-Dieburg 1995 und 2017 nach Altersgruppen	93
Abb. 54	Verstorbene im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2017 nach Altersgruppen und Geschlecht	93
Abb. 55	Auswirkung von Wanderungssaldo und Geburtensaldo auf die Bevölkerungsentwicklung	97
Abb. 56	Geburtensaldo der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerung im Landkreis Darmstadt-Dieburg	99
Abb. 57	Wanderungssaldo der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerung im Landkreis Darmstadt-Dieburg	100
Abb. 58	Einwohnende je Hausärztin bzw. Hausarzt 2015	109
Abb. 59	Pflegebedürftige in Deutschland nach Altersgruppen 1999 bis 2050	111

## Literaturverzeichnis

- Bujard, Martin (2017): Großer regionale Unterschiede bei der Geburtenrate  
In: Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hrsg.) (2017): Demografische Forschung aus erster Hand Nr. 3/2017, S. 4, Rostock
- Bujard, Martin und Lück, Detlev (2015): Kinderlosigkeit und Kinderreichtum: Zwei Phänomene und ihre unterschiedlichen theoretischen Erklärungen  
Ist: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2015): BiB Working Paper 1/2015, Wiesbaden
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Regionalforschung (2019): INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung, Bonn  
Unter: [www.inkar.de](http://www.inkar.de) (abgerufen am 8.10.2019)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019a): Sterblichkeit, Wiesbaden  
<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Sterblichkeit/Sterblichkeit.html> (abgerufen am 4.1.2019)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019b): Glossar, Wiesbaden  
Unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/Glossar.html> (abgerufen am 2.1.2019)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019c): Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten, Wiesbaden  
Unter: [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige\\_Anzahl.html](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html) (abgerufen am 27.9.2019)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018): Altersaufbau der Bevölkerung nach demografischen Ereignissen 31.12.2016, Wiesbaden  
Unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B07-Altersaufbau-Bevoelkerung-Ereignisse.html> (abgerufen am 12.2.2019)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2012): (Keine) Lust auf Kinder? Geburtenentwicklung in Deutschland, Wiesbaden
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2019): Staatsangehörigkeitsrecht, Berlin  
Unter: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/verfassung/staatsangehoerigkeit/staatsangehoerigkeitsrecht/staatsangehoerigkeitsrecht-node.html> (abgerufen am 21.6.2019)
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019): Staatsangehörigkeitsgesetz, Berlin  
Unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/stag/index.html> (abgerufen am 21.6.2019)
- Cardinal, Claudia (2010): Sterbe- und Trauerbegleitung, Mannheim
- Dobritz, Jürgen; Panova, Ralina und Passet-Wittig, Jasmin (2015): Gewollt oder ungewollt? Der Forschungsstand zu Kinderlosigkeit  
Ist: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2015): BiB Working Paper 2/2015, Wiesbaden
- Dobritz, Jürgen (2011a): Dimensionen der Kinderlosigkeit in Deutschland  
In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2011): Bevölkerungsforschung aktuell Heft 3/2011, S. 2-6, Wiesbaden

Dobritz, Jürgen (2011b): Kinderzahlen bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Kontext von Lebensformen und Bildung  
In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2011): Bevölkerungsforschung aktuell Heft 1/2011, S. 7-12, Wiesbaden

Dobritz, Jürgen, Lengerer, Andrea und Ruckdeschel, Kerstin (2005): Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken  
Ist: Sonderheft Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

Fiedler, Christian; Grünheid, Evelyn und Sulak, Harun (2017): Bevölkerung in Deutschland, Wiesbaden (Herausgeber: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung)

Funus Online Service GmbH (2019): Islamische Bestattung – Ablauf und Kosten im Überblick, Berlin  
Unter: <https://www.bestattungsvergleich.de/ratgeber/bestattungsarten/islamische-bestattung/>  
(abgerufen am 25.9.2019)

Gaber, Elisabeth und Wildner, Manfred (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede  
Ist: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52, Berlin

Gesellschaft für Bestattungen und Vorsorge mbH (2019): Muslimische Bestattung, Hamburg  
Unter: <https://www.bestattungsplanung.de/bestattung/bestattungsarten/muslimische-bestattung.html>  
(abgerufen am 14.8.2019)

Grünheid, Evelyn und Sulak, Harun (2016): Bevölkerungsentwicklung – Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel, Wiesbaden (Herausgeber: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung)

Grünheid, Evelyn (2016): Kojhortenfertilität  
In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2016): Bevölkerungsforschung aktuell Heft 1/2016, S. 21, Wiesbaden

Gülal, Filiz (2017) Kultursensible Pflege und Betreuung von muslimischen Menschen, Heilbronn (Hrsg: Stadt Heilbronn Stabsstelle Partizipation und Integration)

Hessisches Ministerium der Justiz (2018): Friedhofs- und Bestattungsgesetz (FBG)  
Unter: <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de> (abgerufen am 14.8.2019)

Hessisches Statistisches Landesamt (verschiedene Jahre): diverse Statistiken  
Unter: <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten>

Hessisches Statistisches Landesamt (2018b): Pressemitteilung 265/2018 vom 30.11.2018: Zahl der Pflegebedürftigen in Hessen stark gestiegen — In den meisten Fällen Pflege durch selbst organisierte Pflegehilfen, Wiesbaden  
Unter: [https://statistik.hessen.de/pressemitteilungen/pm\\_1988.html](https://statistik.hessen.de/pressemitteilungen/pm_1988.html) (abgerufen am 4.10.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2018): Fokus Gesundheit 2018: Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung – Landkreis Darmstadt-Dieburg, Frankfurt

Körper-Stiftung (Hrsg.) (2018): Die Babyboomer gehen in Rente. Was das für die Kommunen bedeutet, Hamburg



- Kreyenfeld, Michaela und Luy, Marc (2012): weißt du, wieviel Kinder kommen?  
 In: Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hrsg.) (2012): Demografische Forschung aus erster Hand Nr. 1/2012, S. 1-2, Rostock
- Lampert, Thomas und Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, Berlin  
 Ist: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): GBE kompakt, Ausgabe 2/2014
- Lück, Detlev; Panova, Ralina; Nederi, Robert und Bujard, Martin (2016): Kinderlosigkeit und Kinderreichtum – Ein differenzierter Blick auf das Geburtengeschehen in Deutschland,  
 In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2016): Bevölkerungsforschung aktuell, Heft 1/2016, S. 2-10, Wiesbaden
- Lück, Detlev; Scharein, Manfred; Lux Linda; Dreschmitt, Kai und Dobritz, Jürgen (2015): Nur wenn alle Voraussetzungen passen. Der Forschungsstand zu Kinderreichtum  
 Ist: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2015): BiB Working Paper 3/2015, Wiesbaden
- Meinert, Julika (14.9.2014): Wann der Tod Saison hat, Berlin  
 Unter: <https://www.welt.de/print/wams/wissen/article132224320/Wann-der-Tod-Saison-hat.html>  
 (abgerufen am 24.7.2019)
- Nowossadeck, Sonja und Nowossadeck, Enno (2011): Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter, Berlin  
 Ist: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2011): Report Altersdaten Heft 1-2/2011
- Passet, Jasmin (2011): Kinderlosigkeit im Lebensverlauf: Wie wichtig ist das Lebensziel, Kinder zu bekommen, im Vergleich mit anderen Lebenszielen?  
 In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2011): Bevölkerungsforschung aktuell Heft 3/2011, S. 7-12, Wiesbaden
- Pötzsch, Olga (2012): Geburten in Deutschland, Wiesbaden (Herausgeber: Statistisches Bundesamt)
- Schneider, Norbert F. und Dobritz, Jürgen (2011): Wo bleiben die Kinder? Der niedrigen Geburtenrate auf der Spur  
 In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011): Aus Politik und Zeitgeschichte Heft 10-11/2011: Demografischer Wandel, S. 26-34, Bonn
- Slupina, Manuel (2018): Einflussfaktoren des demographischen Wandels, Expertise der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Sobotka, Tomáš (2012): Kein Kindersegen für Europa  
 In: Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hrsg.) (2012): Demografische Forschung aus erster Hand Nr. 2/2012, S. 3, Rostock
- Standard Verlagsgesellschaft (9.8.2012): Babyboom zur Ferienzeit, Wien  
 Unter <https://www.derstandard.at/story/1343744434683/babyboom-zur-ferienzeit> (abgerufen am 5.7.2019)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (verschiedene Jahre): diverse Statistiken  
 Unter: [www.regionalstatistik.de](http://www.regionalstatistik.de)

Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahre): diverse Statistiken  
Unter: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) und [www-genesis.destatis.de/genesis/online](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online)

Statistisches Bundesamt (2017a): Gesundheit – Todesursachen in Deutschland 2015, Fachserie 12 Reihe 4, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2017b): Kinderlosigkeit, Geburten und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2016, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009): Mikrozensus 2008 - neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland, Wiesbaden (Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 29. Juli 2009 in Berlin)

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (27.7.2016): Pressemitteilung 211/2016: Die meisten Kinder kommen im Sommer zur Welt, Stuttgart  
Unter: <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2016211> (abgerufen am 5.7.2019,

Stichs, Anja (2016): Wie viele Muslime leben in Deutschland?  
Ist: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Working Paper 71 des Forschungszentrums, Nürnberg

Ströer Digital Publishing GmbH (Erscheinungsdatum unbekannt): Zeugungsboom im Herbst, Frankfurt  
Unter: [https://www.t-online.de/leben/familie/schwangerschaft/id\\_19836220/geburtenrate-im-juli-und-august-am-hoechsten.html](https://www.t-online.de/leben/familie/schwangerschaft/id_19836220/geburtenrate-im-juli-und-august-am-hoechsten.html) (abgerufen am 5.7.2019)

Sütterlin, Sabine (2017): Hohes Alter, aber nicht für alle – Wie sich die soziale Spaltung auf die Lebenserwartung auswirkt, Berlin (Herausgeber: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung)

Wiesner, Gerd (2001): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland  
Ist: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2001): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

Wolf, Isabel (2018): Kinderlosigkeit in Hessen 2016  
In: Hessisches Statistisches Landesamt (Hrsg.) (2018): Staat und Wirtschaft in Hessen, Heft 1/2018, S. 5-12, Wiesbaden



Bisher erschienen

Band 01  
Die Entwicklung der Altersstruktur

Band 02  
Wanderungsbewegungen

Band 03  
Die Entwicklung des Einzelhandels

Band 04  
Wohnen

Band 05  
Menschen aus Einwandererfamilien

Die höchste Geburtenzahl wurde im Jahr  
mindestens 3.000 Neugeborene gab es im L  
Die wenigsten Geburten innerhalb dieses Z  
2009 mit nur 2.235 Kindern. Dieser Geburtenja  
Geburtenjahrgangs aus dem Jahr 1997. Wenig  
in den Jahren 2006 und 2007 sowie von 2010  
tenzahlen der einzelnen Jahre kommen durch  
Anzahl von im Landkreis lebenden Frauen im