

Beiträge zur historischen Sozialkunde

3/2000



Bevölkerung und Industrialisierung: Zur Frage des demographischen Übergangs

VGS

Verein für Geschichte und Sozialkunde
30. Jg./Nr. 3 Juli–September 2000

– ERSCHEINT DEMNÄCHST –

QUERSCHNITTE Bd. 6

Vom Mittelmeer zum Atlantik

Die mittelalterlichen Anfänge der europäischen Expansion

Peter Feldbauer/Gottfried Liedl/John Morrissey (Hg.)

Peter Feldbauer/Gottfried Liedl/John Morrissey: Einleitung – *Janet Lippmann Abu-Lughod:* Das Weltsystem im dreizehnten Jahrhundert: Sackgasse oder Wegbereitend? – *Ingolf Ahlers:* Die Kreuzzüge. Feudale Kolonialexpansion als kriegerische Pilgerschaft – *John Morrissey:* Die italienischen Seerepubliken – *Peter Feldbauer/John Morrissey:* Italiens Kolonialexpansion – östlicher Mittelmeerraum und die Küsten des schwarzen Meeres – *Gottfried Liedl:* Die andere Seite der Reconquista: Islamisch Spanien im Wirtschaftsraum des Spätmittelalters – *Peter Feldbauer:* Die islamische Welt seit der Jahrtausendwende – *Jean-Paul Lehnert:* Die Anfänge der portugiesischen Expansion – *Ferdinand Gschwendtner:* Reconquista und Conquista: Kastilien und der Ausgriff nach Amerika – *Manfred Pittioni:* Kaproute und Osmanisches Reich – Ein Welthandelskrieg der Neuzeit – *Peter Feldbauer:* Portugal in Asien – *Bernd Hausberger:* Die Eroberung Amerikas durch die Spanier (1492–1572) – *Herbert Frey:* Die Europäisierung Europas und die Okzidentalisation der Welt

S 280,–

BESTELLUNGEN:

VGS–Verein für Geschichte und Sozialkunde c/o Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Universität Wien,
A-1010 Wien, Dr. Karl Lueger-Ring 1

Tel: +43/1/4277/41305, Fax: +43/1/4277/9413, e-mail: vgs.wirtschaftsgeschichte@univie.ac.at

Titelbild: Säuglingsstation im Jahr 1928, Brigittaspital, Wien 20.
Der Hospitalisierungsgrad im „Roten Wien“ stieg deutlich an.

Die wissenschaftliche Redaktion der „Beiträge zur historischen Sozialkunde“
wird auch im Jahr 2000 durch eine Förderung der Magistratsabteilung 18,
Gruppe Wissenschaft, unterstützt


STADTPLANUNG WIEN

Inhaltsverzeichnis

- Thomas Sokoll*
90 Der demographische Übergang: Beiträge zu einer kritischen Bilanz
- Georg Fertig*
93 Demographische Autoregulation in vorindustriellen Bevölkerungen
Das Stellenprinzip – Wie funktioniert der „Stellenmechanismus“? – Was soll erreicht werden? – Innere Stimmigkeit – Kontexte und Quellen – Ergebnistendenzen und Methoden
- Thomas Sokoll*
99 Der Musterfall gegen das Modell: Die Bevölkerungsentwicklung Englands im Zeitalter der Industrialisierung
Grundlinien der langfristigen Fertilitäts- und Mortalitätsentwicklung – Die ausschlaggebenden Faktoren: Fertilität und Nuptialität – Arbeitsmarkt, Reallöhne und Heiratsverhalten – Der Mortalitätsrückgang und die Rolle der Medizin – Ausblick
- Rolf Gehrman*
105 Der Sterblichkeitsrückgang um 1800 als Herausforderung an die Theorie der demographischen Transition
Die Sterblichkeitsentwicklung im 18. und 19. Jahrhundert – Das Konzept der kurzen und das Konzept der langen demographischen Transition – Plädoyer für eine Neubewertung des frühen Sterblichkeitsrückgangs
- Jörg Vögele*
110 Der Epidemiologische Übergang: Modell und empirische Befunde
Das Modell des Epidemiologischen Übergangs – Entwicklung der Sterblichkeit – Alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungen – Wandel des Todesursachenpanoramas – Mechanismen des Sterblichkeitswandels – Schluss
- Andreas Weigl*
117 Demographischer Wandel in europäischen Metropolen
Der Mythos der „kranken“ Stadt – Der Epidemiologische Übergang in den Großstädten – Trinkwasserversorgung und Kanalisation – Bakteriologie – Städtische Gesundheitspolitik – Der Geburtenrückgang in den Großstädten – Die Großstädte als „Laboratorium“ demographischen Wandels
- Fachdidaktik**
- 123 *Klaus Edel/Thomas Sokoll*
Quellensammlung
- 126 *Klaus Edel, Eduard Fuchs*
Rezensionen
- 127 Glossar

Der demographische Übergang: Beiträge zu einer kritischen Bilanz Thomas Sokoll

Gegenüber dem landläufigen Modell des „demographischen Übergangs“ häufen sich im Bereich der historisch-demographischen Forschung seit etwa zwei Jahrzehnten Ergebnisse, die sich kaum noch mit diesem Erklärungsmodell vereinbaren lassen. Vereinfacht gesagt, zeichnen sich an folgenden Punkten deutliche Bruchstellen ab:

Kaum ein bevölkerungswissenschaftliches Modell ist so weit verbreitet wie das Modell des „demographischen Übergangs“. Es gilt als universales Erklärungsmuster für die Bevölkerungsentwicklung im Zeitalter der Industrialisierung und wird namentlich von Wirtschafts- und Sozialhistorikern, Demographen und Geographen verwendet. Auch in vielen Schulbüchern für Geschichte, Sozialkunde (bzw. Sozialwissenschaft) und Geographie ist es zu finden. Nach diesem Modell vollzog sich, wie es z.B. in einem neuen Überblick zur industriellen Revolution heißt, „in allen heutigen Industrieländern“ eine „Entwicklung von der vorindustriellen Zeit mit hoher Geburten- und Sterberate und mittlerem Bevölkerungswachstum zur Bevölkerungsweise nach der industriellen Revolution mit niedriger Geburten- und Sterberate und geringem Bevölkerungswachstum“. Bessere Ernährung, Fortschritte in der Hygiene und medizinische Errungenschaften hätten zunächst zu einem Rückgang der Sterblichkeit geführt, dem mit einer charakteristischen Verzögerung von etwa einer Generation („es dauerte jedoch eine gewisse Zeit, bis sich die Erkenntnis, daß die Überlebenswahrscheinlichkeit ihrer Kinder angestiegen war, bei den Menschen durchsetzte“) dann auch der Rückgang der Fruchtbarkeit gefolgt sei (Buchheim 1994:28).

1. Der Ausgangspunkt des Modells: die Annahme, dass sich die vortransitorischen Bevölkerungen gleichsam in einem demographischen Naturzustand befinden. Die noch immer kolportierte Vorstellung, die rohe Gewalt der Lebensumstände – Hunger, Seuchen, Kriege – habe ein so hohes Mortalitätsniveau mit sich gebracht, dass selbst die bloße Bestandserhaltung der Bevölkerung eine ebenso hohe, gewissermaßen, naturwüchsige Fertilität erfordert habe, steht

quer zum bereits klassischen Konzept einer auf sozialer Steuerung vor allem des Heiratsverhaltens beruhenden vorindustriellen Bevölkerungsweise. Genau dieses Konzept ist inzwischen durch eine Vielzahl historisch-demographischer Fallstudien erhärtet worden, die gezeigt haben, dass auch bereits im frühneuzeitlichen Europa individuelle Anpassungsstrategien verfolgt wurden.

2. Der im Modell unterstellte *Verlauf des Übergangs* und die für die Entwicklung der einzelnen Faktoren (Mortalität, Fertilität) veranschlagten Ursachen. Die Vorstellung, dass der durch medizinischen Fortschritt, hygienische Verbesserungen und steigenden Lebensstandard bedingte Mortalitätsrückgang – bei gleichbleibend hoher Fertilität – das auslösende Moment für das Bevölkerungswachstum im Zeitalter der Industrialisierung gewesen sei, hat sich als zu einfach erwiesen. Zunächst einmal ist der Mortalitätsrückgang nicht stetig verlaufen, sondern durch vielfache Unterbrechungen und Verwerfungen gekennzeichnet, vor allem durch den deutlichen Anstieg der Säuglingssterblichkeit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Sodann ist die Bedeutung medizinischer Verbesserungen für die Zeit vor dem ausgehenden 19. Jahrhundert als außerordentlich gering zu veranschlagen. Schließlich gibt es Fälle, in denen Mortalitäts- und Fertilitätsrückgang von Anfang an parallel verlaufen sind (Frankreich) oder sogar während des Übergangs ein – im herkömmlichen Modell gar nicht vorgesehener – Fertilitätsanstieg zu beobachten ist, der das Bevölkerungswachstum in ungleich stärkerem Maße beeinflusst hat (England).

3. Die diffusionistische Erklärung des den Übergang abschließenden *Fertilitätsrückgangs* (der als solcher nicht strittig ist). Danach gilt der Fruchtbarkeitsrückgang als gesamteuropäischer Modernisierungsschub, der in allen Ländern alle Klassen und Schichten nach und nach auf den demographischen Königsweg der Zwei-Kind-Familie geführt hat. Demgegenüber ist von ‚vielen Wegen‘ zur Geburtenbeschränkung auszugehen, die sich sowohl in nationalen Sonderwegen (z.B. Frankreich, England) wie in klassenspezifischen Erfahrungen (z.B. der frühe Geburtenrückgang in Arbeiterfamilien der englischen Textilindustrie). Diese lassen sich weder durch konvergenztheoretische Deutungen der Transitionstheorie noch durch die herkömmliche diffusionistische

Erklärung – die bürgerlichen Mittelschichten als Vorreiter familialer Verantwortung, denen zunächst die hochqualifizierten, sodann die gelernten und schließlich die ungelernten Segmente der Arbeiterschaft folgen – ausreichend erfassen und deuten. Zudem blenden konvergenztheoretische wie diffusionistische Erklärungen des Fruchtbarkeitsrückgangs die spezifischen Konstellationen der für die ‚politische Ökonomie‘ der Geschlechterbeziehungen und für die Geburtenbeschränkung entscheidenden Faktoren aus: geschlechtsspezifische Arbeitsteilung auf dem Arbeitsmarkt, innerfamiliäre Kräfteverhältnisse, Zugang zu Verhütungsmitteln, Haltung zur Abtreibung, säkularisierte Sexualmoral etc.

Wie kommt es dann, dass das Konzept des „demographischen Übergangs“ sich nach wie vor solcher Beliebtheit erfreut? Neben dem Reiz, der darin besteht, dass hier komplexe Strukturveränderungen auf eine ebenso einfache wie plausibel erscheinende Formel gebracht werden, spielen sicher politisch-ideologische Motive eine Rolle (Fortschrittsoptimismus, Planungsphantasien). So hat Simon Szreter in einem brillanten wissenschaftsgeschichtlichen Essay die jahrzehntelange Fixierung auf dieses Modell, und zwar nicht allein in Kreisen der Wissenschaft, sondern ebenso im Bereich internationaler Organisationen wie der Weltbank, als modernisierungstheoretisches Selbstmissverständnis gedeutet und die breit angelegten Forschungsprojekte auf diesem Gebiet, namentlich das Princeton „European Fertility Project“, als grandiosen sozialwissenschaftlichen Fehlschlag bezeichnet (1993; ähnlich Sokoll 1992: 409-410).

Manchem mag diese Einschätzung zu weit gehen. Und nicht jeder wird Szreters Auffassung teilen wollen, dass sich der Begriff des „demographischen Übergangs“ überhaupt als sinnlos erwiesen habe und daher ganz fallen gelassen werden sollte. Doch die Notwendigkeit einer kritischen Auseinandersetzung lässt sich nicht länger ernsthaft bestreiten. In diesem Sinne haben es sich die Autoren dieses Heftes zum Ziel gesetzt, das Konzept des „demographischen Übergangs“ im Lichte der neueren Forschung einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Es geht also der Sache nach darum, neue Ergebnisse zur demographischen Entwicklung seit dem 16. Jahrhundert zusammenfassend darzulegen. Dies soll aber nicht rein sachlogisch

geschehen. Vielmehr soll durch die explizite Anbindung der Darstellung an ein weit verbreitetes Erklärungsmuster eine thematische Bündelung des Stoffs erreicht werden. Auch die methodischen Implikationen sollen zur Sprache kommen – liegt doch ein besonderer Reiz des Themas nicht zuletzt darin, dass es die Integration verschiedener Ansätze und Zugriffsweisen erlaubt, ja erzwingt. Daher wird es im Folgenden nicht nur um demographische Befunde gehen, sondern auch um deren historische Einordnung und Deutung unter Berücksichtigung sozialer und ökonomischer, politischer und kultureller Faktoren. Besonderes Augenmerk haben wir auf vergleichende Gesichtspunkte gelegt. So werden die Unterschiede zwischen Ländern bzw. Nationen und innerhalb der einzelnen Länder zwischen Regionen bzw. zwischen Stadt und Land, zwischen sozialen Klassen und Schichten bzw. Berufsgruppen und gewerblichen Sektoren angesprochen und historische Vergleiche über längere Zeiträume angestellt.

Einige kurze Hinweise zu den folgenden Beiträgen: Zum Einstieg befasst sich Georg Fertig mit der Zeit *vor* dem „demographischen Übergang“. Er fragt nach der sozialen Steuerung vorindustrieller Bevölkerungen und unterzieht zu diesem Zweck das Mackenrothsche ‚Stellenkonzept‘, das im deutschsprachigen Raum einflussreichste Modell auf diesem Gebiet, einer radikalen Kritik. Auch der folgende Beitrag bezieht die vortransitorische Zeit mit ein, führt aber die Betrachtung bis zum Ende des „demographischen Übergangs“ weiter. Thomas Sokoll zeichnet die Grundlinien der demographischen Entwicklung Englands vom 16. bis zum 20. Jahrhundert nach und kommt zu dem Schluss, dass der englische Fall – vor allem im Hinblick auf die Entwicklung der Fertilität – dem klassischen Transitionsmodell weitgehend widerspricht. Die nächsten Beiträge gelten dem Mortalitätsrückgang, hauptsächlich am Beispiel Deutschlands. Rolf Gehrman befasst sich mit der Mortalitätsentwicklung zwischen 1750 und 1850 und verweist auf die erstaunlichen Fortschritte in der Eindämmung der Säuglingssterblichkeit, die im norddeutschen Raum bereits in der Frühphase des Übergangs zu verzeichnen sind. Anschließend diskutiert er die Implikationen, die sich daraus für das Princeton Modell des „epidemiologischen Übergangs“ ergeben und plädiert für dessen zeitliche Erweiterung. Zum Abschluss wendet

*Einstieg vom Lehrplan aus:
Geschichte und Sozialkunde*

7. Klasse

*1. Gestaltende Kräfte des 19. Jahrhunderts in
Wirtschaft, Gesellschaft und Staat*

Lerninhalte:

*Die Struktur der vorindustriellen und der industriellen
Gesellschaft*

Querverbindungen:

Geographie und Wirtschaftskunde

*Bei folgenden Themenkreisen empfiehlt sich eine enge
Zusammenarbeit:*

- *Bevölkerungs- und Gesellschaftsstrukturen
(Entwicklung und Veränderung)*
- *demographische und gesellschaftliche Entwick-
lungen Österreichs*

Geographie und Wirtschaftskunde

7. Klasse

Raum, Gesellschaft und Wirtschaft Österreichs

*2. Demographische und gesellschaftliche Entwick-
lungen*

Lernziele:

- *Kenntnis charakteristischer demographischer
Strukturen und Prozesse*

sich Andreas Weigl dem demographischen Wandel in den europäischen Metropolen zu. Hauptsächlich am Beispiel von London, Paris und Wien behandelt er zunächst (und gewissermaßen in Ergänzung und Vertiefung der Beiträge von Gehrmann und Vögele) die epidemiologischen Befunde, wobei er besonders die Rolle der kommunalen Gesundheitspolitik betont. Sodann kommt er auf die Besonderheiten des Fertilitätsrückgangs in den Großstädten zu sprechen, wodurch sich der thematische Kreis des „demographischen Übergangs“ schließt (und sich wiederum Rückbezüge zu den Beiträgen von Fertig und Sokoll ergeben).

LITERATUR

J. BUCHHEIM, Industrielle Revolutionen. Langfristige Wirtschaftsentwicklung in Großbritannien, Europa und Übersee. München 1994.

S. SZRETER, The idea of demographic transition and the study of fertility change: a critical intellectual history, in: Population and Development Review 19/1993, 659-701.

T. SOKOLL, Historische Demographie und historische Sozialwissenschaft, in: Archiv für Sozialgeschichte 32/1992, 405-425.

AutorInnen

Georg FERTIG, Dr. phil., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Münster

Rolf GEHRMANN, Dr. phil., Lehrer am Französischen Gymnasium Berlin und Privatdozent an der Universität Frankfurt/Oder

Thomas SOKOLL, Ph. D., Akademischer Oberrat am Arbeitsbereich Ältere Geschichte der FernUniversität Hagen

Jörg VÖGELE, Dr. phil., Privatdozent am Institut für Medizingeschichte der Universität Düsseldorf

Andreas WEIGL, Dr. phil., Abteilungsleiter-Stellvertreter am Statistischen Amt der Stadt Wien, Lektor an der Universität Wien

Fachdidaktik-AutorInnen

Klaus EDEL, Dr. phil., Lehrer an AHS, Lektor an der Universität Wien

Eduard FUCHS, Dr. phil., Lektor an der Universität Wien, Mitarbeiter des Vereins für Geschichte und Sozialkunde

Thomas SOKOLL, w. o.

Redaktion „Beiträge“: Thomas Sokoll, Klaus Edel, Andrea Schnöller, Hannes Stekl

Redaktion „Fachdidaktik“: Thomas Sokoll, Klaus Edel

Satz/Layout/Coverdesign: Marianne Oppel

Demographische Autoregulation in vorindustriellen Bevölkerungen

Wer über demographische Regulation spricht, hat es mit einem alten Thema

zu tun, weit älter als alle Theorien demographischer Übergänge und älter auch als deren Gegenstand, der zeitlich ja meist im 19. Jahrhundert verortet wird. Schon 1668 spekulierte der Kameralwissenschaftler Johann Joachim Becher, „so erfordert auch (...) gantze geheime Handgriff / die Nahrung nach den leuten / und die Leute nach der Nahrung (zu) proportioniren“ (S. 33). Nach Wegen zu suchen, wie sich ein Ausgleich zwischen den Bedürfnissen der Bevölkerung und den Kapazitäten der Wirtschaft herstellen lässt, hierin liegt noch heute eine zentrale selbstgestellte Aufgabe der Bevölkerungswissenschaft. Nur haben sich seit Bechers Zeiten die Vorstellungen davon gewandelt, welche Wege es denn sind, die einen solchen Ausgleich ermöglichen. Mit Bechers „geheimen Handgriffen“ waren Manipulationen einer wohlmeinenden policeystaatlichen Obrigkeit gemeint, über deren genauen Charakter der als Projektentwickler berühmte Autor selbst wenig mehr angeben konnte, als dass man Zünfte und Bauernschaften eben streng überwachen müsse. Mit Selbst-Regulation hingegen sind gerade solche Mechanismen angesprochen, die die einzelnen policeystaatlichen „geheimen Handgriffe“ überflüssig machen, weil Bevölkerung und Wirtschaft – vielleicht nicht weniger phantastisch – als ein sich selbst im Gleichgewicht haltendes System konzipiert werden.

Im vorindustriellen Kontext werden in der historisch-demographischen Forschung vor allem zwei Typen von Gleichgewichtsmodellen diskutiert, die mit den Namen Süß-

milch und Malthus verbunden sind. Im Bereich der Wirtschaftsgeschichte und ökonomischen Demographie gewinnen dagegen seit längerer Zeit Argumente an Boden, die die Steuerungsbedürftigkeit demographischen Wachstums generell in Frage stellen (klassisch: Boserup 1965). Im Folgenden werde ich mich darauf beschränken, das erstere, süßmilchianische Regelsystem zu diskutieren, dessen Geltung für das vorindustrielle Kontinentaleuropa vielfach behauptet worden ist. Konkret soll gefragt werden: mit welchen Mitteln das erstrebte „Gleichgewicht“ dem Modell zufolge erreicht werden soll; was eigentlich die Metapher „Gleichgewicht“ meint, was also durch den jeweiligen demo-ökonomischen Mechanismus erreicht und was nicht erreicht werden soll; ob das Modell überhaupt funktionieren kann, ob also das gegebene Ziel sich mit den gegebenen Mitteln erreichen lässt; welche Kontexte und Quellen (auch jenseits der Auswertung von Kirchenbüchern) es zu berücksichtigen gilt; welche Ergebnisse sich in der neueren Forschung abzeichnen und welche Methoden (auch jenseits der Berechnung einzelner rein-demographischer Indizes für ganze Populationen) man einsetzen kann, um zu modelladäquaten Aussagen zu gelangen.

Das Stellenprinzip

Das klassische, zumindest in der deutschen Forschung immer noch dominierende Gleichgewichtsmodell geht auf Johann Peter Süßmilch zurück und behauptet eine Bindung

der Heiratsmöglichkeiten an als abzählbar gedachte, in der Regel im Erbgang übertragene „Stellen“. Die Kameralisten Justi (1760: Bd. 1, 177, 247-263) und Pfeiffer dehnten den Stellenbegriff auf jede Ernährungsmöglichkeit aus. Sie verstanden den Begriff so, als seien „Stellen“ letztlich vom Staat geschaffen, ähnlich wie Beamtenstellen. Im 20. Jahrhundert ist das auf einer abzählbaren Stellenzahl beruhende Gleichgewichtsmodell vor allem in der NS-Zeit von Gunther Ipsen und Gerhard Mackenroth sowie in der Bundesrepublik von Ipsens direkten und indirekten Schülern – darunter so bekannte Namen wie Conze, Köllmann und Marschalck – vertreten und neu formuliert worden. Es bildet den impliziten Hintergrund des von Medick (1977) konzipierten demographischen Modells der Protoindustrialisierung und wird auch im einschlägigen Band der *Enzyklopädie deutscher Geschichte* als gültig vorausgesetzt (Pfister 1994:24-28). Vergleichbare Konzepte haben in der französischen (Dupâquier) sowie – allerdings nur auf kontinentale, nicht-englische Verhältnisse bezogen – in der englischen Forschung (Schofield) weite Verbreitung gefunden. Allerdings ist das Modell auch scharf kritisiert worden (Lee 1978; Ehmer 1991:64-67).

Wie funktioniert der „Stellenmechanismus“?

Das Grundkonzept ist simpel: In jedem Dorf kann es nur eine bestimmte, maximale Zahl an Bauernhöfen (oder anderen Betrieben, die zugleich Haushaltungen darstellen) geben. Solange diese Zahl nicht erreicht ist, können Heiratswillige weitere Höfe anlegen; danach aber können neue Haushalte nur dann gegründet werden, wenn zuvor eine „Stelle“ frei geworden ist. Wichtig für das Funktionieren des Systems ist: (a) Es gibt keine Reproduktion außerhalb der Ehe; (b) es gibt keine Ehe für die Nichtbesitzer einer

„Stelle“, diese werden vielmehr sozial „sterilisiert“ (Mackenroth 1953: 418-419), (c) es ist eindeutig festgelegt, wieviele „Stellen“ überhaupt vorhanden sind. Unklar bzw. widersprüchlich erscheint, wie der „Stellenmechanismus“ durchgesetzt werden soll: Bei Süßmilch und z.T. noch bei Ipsen liegt die Pointe gerade in der sozialstrukturell bedingten Überflüssigkeit bremsender obrigkeitlicher Eingriffe, bei Mackenroth und in der deutschen Nachkriegssozialgeschichte wird die „vorindustrielle Bevölkerungsweise“ dagegen als ein „obrigkeitlich durchsetzbare(s) und mit starken Sanktionsmöglichkeiten versehene(s) Regelsystem“ definiert (Marschalck 1984:20). Als offen muss sodann der erkenntnistheoretische Status des Modells gelten: Mackenroth zufolge handelt es sich um einen „Idealtypus“, Josef Schmid zufolge um ein „heuristisches Konzept“ – demzufolge käme es auf seine Nähe zu realen, empirisch vorfindbaren Zuständen gar nicht weiter an, wir hätten es vielmehr mit einem überspitzen Gedankenexperiment ähnlich den bekannten Robinsonaden der Ökonomie zu tun. Andererseits ist von der „vorindustriellen Bevölkerungsweise“, von der (gar „eiserne“) „Kette zwischen Reproduktion und Erbschaft“ (Schlumbohm 1994:97-98; Medick 1996:315) und vom „Stellenmechanismus“ immer wieder so gesprochen worden, als seien traditionelle Gesellschaften so tatsächlich adäquat beschreibbar, als komme dem Idealtypus empirische Geltung zu. Hier wird man sich entscheiden müssen.

Was soll erreicht werden?

Seit ihren Anfängen im 17. Jahrhundert schwankt die Bevölkerungswissenschaft zwischen der Wertschätzung von Stabilität und der von Bevölkerungswachstum. Kameralisten wie Becher, Süßmilch, Justi und Pfeiffer schrieben in einem bevölkerungsoptimistischen Kontext – sowohl die Bevölkerung als

auch die „Nahrung“ (also die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Staates) sollten möglichst hoch sein. Dabei sollte in kameralistischer Tradition die richtige „Proportion“ oder „Balance“ zwischen Bevölkerung und Nahrung bewahrt werden. Die Logik ist die eines Versorgungsproblems: die „Nahrung“ wird auf die staatlich geschaffenen oder überwachten „Stellen“ so verteilt, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung gedeckt sind. Der „Deutsche Soziologe“ Ipsen bewertete das Bevölkerungswachstum ebenfalls positiv, soweit es um das Wachstum einer germanischen Bevölkerung ging und soweit dieses Wachstum, wie man heute sagen würde, „nachhaltig“ war, Wirtschaftswachstum also in der Form des Landesausbaus vor sich ging und in das Schaffen von „Stellen“ durch den Staat übersetzbar blieb. Dem Mainstream der bundesdeutschen Nachkriegssozialgeschichte blieb der Pronatalismus der 1930er Jahre allerdings fremd. Hier dominiert noch heute die Auffassung, in der traditionellen Gesellschaft habe eine dauerhafte Übervölkerungstendenz geherrscht. In dieser Perspektive heißt Steuern Bremsen. Stellenmechanismen werden folgerichtig vor allem in der Kritik an geschlechter- und altersindifferenten Erbpraktiken etwa in Südwestdeutschland ins Feld geführt. Schließlich erwarten Demographen, dass selbstregulative Mechanismen dafür sorgen, dass externe Veränderungen – Epidemien, aber auch klimatische Variationen oder Produktivitätsveränderungen – im Zeitverlauf ausgeglichen werden.

Innere Stimmigkeit

Versorgen, wachsen lassen, bremsen, ausgleichen – es scheint, dass die „vorindustrielle Bevölkerungsweise“ durchaus heterogene Funktionen zu erfüllen hat. Die innere Stimmigkeit des Modells ist vor allem in Bezug auf eine dieser Funktionen bezweifelt worden. Ronald Lee hat gezeigt, dass ein „fixed hearths“-Modell nicht

geeignet ist, externe Schocks abzufedern (1978). Hat sich die Haushaltszahl einmal verändert, tendiert sie dazu, auf dem neuen Niveau zu bleiben. Diese Kritik trifft allerdings auf das Stellenmodell, wie es sich in der deutschen kameralistischen Tradition ausgebildet hat, wohl nur sehr eingeschränkt zu. Zwar fehlt im kontinentalen „Nischen“-Modell, wie Wrigley/Schofield es als Kontrast zum englischen Fall darstellen (1981:461), tatsächlich jeglicher Feedback. Variationen der ökonomischen Rahmenbedingungen (z.B. des Klimas) werden im Stellenmodell etwa Ipsens aber per definitionem in eine Erhöhung oder Verringerung der „Stellenzahl“ übersetzt – Wirtschaftswachstum ist Landesausbau –, Bestandteil des Modells sind also auch ökonomische Variationen und nicht nur die Bindung der Eheschließung an die Mortalität. Eine andere Kritikrichtung zielt auf die Neigung der deutschen bevölkerungshistorischen Traditionslinie, ihre Modelle so allgemein zu fassen, dass sie empirisch leer werden. So ist außerhalb bestimmter sozialer, arbeitsorganisatorischer und herrschaftlicher Kontexte wie der Gutsherrschaft, der Zunft oder des Beamtenapparats völlig unklar, was eine Vollstelle und was eine nicht zur Reproduktion geeignete Hilfsstelle konstituiert – Josef Ehmer spricht von einer „schlichte(n) Tautologie: Wer ledig ist, sitzt eben auf einer nicht vollwertigen Stelle“ (1991:68).

Kontexte und Quellen

Es dürfte bereits deutlich geworden sein, dass die süßmilchianische Form demographischer Autoregulation sich nicht auf die Selbstregulation eines isolierten demographischen Systems bezieht, das mit den Methoden der „historischen Demographie im engeren Sinne“ allein untersucht werden könnte. Die Aussagen der süßmilchianisch-mackenrothschen Bevölkerungstheorie blieben in der Tat unüberprüfbar, würden die For-

schenen sich auf die Auswertung von Kirchenbüchern und die Berechnung vitalstatistischer Messgrößen beschränken. Selbstregulation im Sinne eines Stellenprinzips bezieht sich vielmehr auf die Allokation der für den (bäuerlichen oder handwerklichen) Betrieb notwendigen ökonomischen Faktoren (Land, Kapital und Arbeit), auf die Haushalte im Zuge des sozialen und biologischen Reproduktionsprozesses. Dabei bleibt von allen möglichen Allokationssystemen allein der Markt ausgeblendet. „Stellen“ werden transferiert und geschaffen im Rahmen des Verwandtschaftssystems (also durch Erbschaft), im Rahmen der Grundherrschaft (also durch „Bestiftung“), im Rahmen des policeystaatlichen Landesausbaus (durch Ansiedlung), im Rahmen der Kommunen und Zünfte. Die soziale Logik des „Stellenprinzips“ entspricht der des Brunnerschen „Ganzen Hauses“, das die in der modernen Mikroökonomie getrennt konstruierten Wirtschaftssubjekte Staat, Haushaltung und Unternehmung in eins setzt und ihren marktförmigen Gütertausch negiert – bis hin zum Arbeitsmarkt, der bei Brunner durch „lohnlose Familienarbeit“ ersetzt wird. Es war insofern konsequent, wenn von Medick die vor der Protoindustrialisierung liegende Stufe des vorindustriellen demo-ökonomischen Systems nicht nur unter Rückgriff auf Mackenroth konstruiert wurde, sondern auch Brunners „Ganzes Haus“ (und Chayanovs – Konsum und Arbeit innerhalb des Haushaltes balancierendes – Konzept der bäuerlichen Familienwirtschaft) massiv einbezogen wurden. Umgekehrt schlägt die seit einigen Jahren immer vernehmlicher werdende Kritik am „Ganzen Haus“ voll auf die Erklärungspotentiale der Historischen Demographie durch. Vor allem in der amerikanischen Agrar- und Sozialgeschichte setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass die Dichotomie zwischen Markt und Familie, zwischen Emotionen und materiellen Interessen künst-

lich und inadäquat ist (Medick/Sabeau 1984).

Auch wenn im Markt ein blinder Fleck der süßmilchianischen Bevölkerungstheorie liegt, ist es doch notwendig, im demographischen Kontext auch nichtmarktförmige Ressourcenverteilungssysteme wie die Verwandtschaft, die Grundherrschaft oder den am Stellenmodell orientierten, ökonomisch interventionistischen Staat zu untersuchen. Der Staat ist schon deswegen relevant, weil man den Stellenmechanismus auch als policeyliche Leitvorstellung verstehen kann, die in der Realität auf höchst unautoregulative Weise, nämlich mit Heiratsverboten und Abschiebungen umgesetzt wurde. Offensichtlich ist sodann der Bezug zum Erbschaftssystem, und zwar zum geschlossenen, einen einzigen männlichen Nachkommen privilegierenden Erbgang. Ein zentrales Argument für das patriarchalische „Anerbenrecht“ liegt darin, auf diese Weise ließen sich Übervölkerungsgefahren eindämmen und die über die Zahl der Elterngeneration hinaus geborenen Kinder in die vorhandenen Haushalte einbinden. Umgekehrt: Wie soll ein Stellenmechanismus funktionieren, wenn die Stellen im Erbgang ständig geteilt werden? Die tatsächliche Erbpraxis zu untersuchen ist freilich empirisch aufwendig, will man sich nicht auf den simplen Gegensatz Realteilung – Anerbenrecht beschränken. Erbschaftssysteme stehen im Kontext nicht nur des Rechts oder gar der „Erbsitte“, sondern auch des Besitzrechtes und der Siedlungsformen. Vor allem die Grundherrschaft (und damit das höchst variable Besitzrecht) ist heute als Determinante der Erbpraxis vor den Agrarreformen kaum noch umstritten. Wenn historische Demographen das Erbsystem als Regulativ untersuchen wollen, werden sie nicht nur die Geschichte der Agrarverfassung als empirisches Problem wahrnehmen, sondern auch ihre Quellenbasis in mikrohistorischer Richtung erweitern –

nämlich u.a. um Haushaltslisten, Kataster, Grund- und Lagerbücher. Nur wenn bei der Rekonstitution nicht nur Tauf- und Totenbücher mit dem Ehebuch verknüpft, sondern weitere Quellen ergänzt (bzw. unter dem Gesichtspunkt des Verwandtschaftssystems neu ausgewertet) werden, können historische Demographen hier überhaupt zu problemadäquaten Aussagen gelangen – oder noch radikaler ausgedrückt: Nur eine zur Mikrogeschichte erweiterte historische Demographie wäre in der Lage, die mit dem Stellenprinzip aufgeworfenen Fragen zu beantworten.

Ergebnistendenzen und Methoden

Auf der Suche nach dem Vollstellenmechanismus *at work* ist zunächst ein Negativergebnis zu vermelden. Es gibt die historisch-demographischen Studien einfach nicht, die demonstrieren, wie die Stellenbesitzer sich reproduzierten und die Nichtstellenbesitzer „generativ sterilisiert“ wurden, wie „nach und nach jede Lücke für die Eheschließung armer Leute geschlossen wurde“ (Pfister 1994:31) und wie Menschen bei ihren Reproduktionsentscheidungen Besitz und Nichtbesitz der vollen „Nahrungsstelle“ konkret in ihr Kalkül einbezogen. Im Bereich der historischen Demographie „im engeren Sinne“ ist zwar die Rede von „Bevölkerungsweisen“, so auch der „agrarischen“ oder „vorindustriellen“, verbreitet. Ipsens und Mackenroths Theorien wird diese Redeweise nicht gerecht, denn gemeint sind in der Regel nicht funktionale Zusammenhänge von Sozialstruktur und Reproduktionsprozess, sondern lediglich bestimmte Kombinationen übergreifender demographischer Messgrößen. Stellenmechanismen tauchen allenfalls als ad-hoc-Erklärung für die beobachteten demographischen Durchschnittswerte auf, ohne in den untersuchten Daten selbst greifbar zu sein – das gilt nicht nur für manche durchaus

wertvolle Parochialmonographie, sondern selbst für einen klassischen Text wie John Hajnals Aufsatz über das „European Marriage Pattern“ (1965). Ein ähnlicher Status ist Dupâquiers einflussreichen Überlegungen zur demographischen Autoregulation im französischen Ancien Régime zuzusprechen. Empirisch stützen sie sich auf nicht viel mehr als das insgesamt geringe Bevölkerungswachstum sowie die Konstanz der Siedlungsstrukturen im Raum, während die dahinter stehende soziale Praxis – Dupâquier spricht von nicht formulierten, aber hochverbindlichen Regeln, die unter anderem die Kohabitation zweier Paare und die Heirat ohne „Stelle“ strengstens verboten hätten – rein spekulativ bleibt (1974). Der einzige mir bekannte deutsche Autor, der den Stellenmechanismus empirisch als funktionales Kernstück der vorindustriellen Bevölkerungsweise nachzuweisen versucht hat, ist damit grandios gescheitert – der Conze-Schüler Krüger gelangte letztlich zu dem Ergebnis, wenn der eigentlich gültige Idealtyp keine Entsprechung in der Realität hatte, so sei das den zeitgenössischen Behörden vorzuwerfen (1977). Schließlich hat auch die Protoindustrialisierungsdebatte zwar viele Resultate erbracht, herzlich wenig aber über den angeblichen Vorher-Zustand, über die im Zuge des Prozesses (wann denn genau?) gelockerten „ehernen Ketten zwischen Reproduktion und Erbschaft“.

Ganz anders sieht es aus, wenn „Balance“ nicht als Gegenstand kollektiver Strategien oder die gesamte Population umfassender und verpflichtender Mechanismen gesehen wird, sondern als Ziel individuellen Agierens im familiären Kontext. Wenn man heute die klassischen Texte aus den 1960er und 1970er Jahren liest, ist man immer wieder überrascht darüber, wie sehr die entscheidenden Prozesse damals auf der gesamtgesellschaftlichen, übergreifenden Ebene gesehen wurden – als ob ganze Gesellschaften

tatsächlich Ziele verfolgen und zu diesem Zwecke mit Hilfe strenger Regeln ihre eigenen demographischen Durchschnittsparameter hinauf- oder hinabsetzen könnten. Wenn sich die seitherige Forschung auf einen Nenner bringen lässt, dann ist es der Spielraum, den die einzelnen Menschen in ihrem jeweiligen sozialen Kontext eben doch besaßen. Die Menschen hatten Optionen: Das gilt für die prinzipiell verfügbare Möglichkeit der Geburtenbeschränkung ebenso wie für die Option der Auswanderung in einer expandierenden, schon vor der Industrialisierung atlantisch gewordenen europäischen Welt.

Theoretisch müsste ein Regulationssystem, das auf der „Sterilisierung“ der Nichtstellenbesitzer beruht, sich in einem stark unterschiedlichen Reproduktionserfolg von Arm und Reich niederschlagen – strenggenommen sogar auf einem völligen Ausschluss der Heuerlinge, Tagelöhner und anderen Nicht-Vollstellenbesitzer von der Fortpflanzung. Daten, die diese Hypothese adäquat zu überprüfen helfen können, liegen jedoch kaum vor, vor allem weil die in der Historischen Demographie gängigen Techniken der Datenerhebung und -auswertung immer noch auf ganze Dörfer, Kohorten oder Schichten als Aggregate zielen und nicht auf das Aggregationsniveau „Haushalt“, „Paar“ oder „Individuum“. Gegenüber gängigen historisch-demographischen Verfahren ist also eine Ausweitung der Quellenbasis bei gleichzeitiger Disaggregation des Untersuchungsgegenstandes erforderlich. Beim Heiratsalter scheint immerhin ein gewisser positiver Zusammenhang zwischen Besitz und Jugend zu bestehen – allerdings nur bei den Bräuten, was die Sache zwar demographisch effizient macht, mit der Logik von Vollstellenbesitz und Hausvaterum aber wenig zu tun hat. Eine Verbindung von zeitlicher und sozialdifferentieller Analyse hat Bernard Derouet unternommen und gezeigt, wie in einer kleinen Region

zwischen Paris und der Normandie die Bauern mit ökonomischen Anstrengungen (z.B. Flächenausbau), die Tagelöhner jedoch mit demographischen Anpassungen (z.B. Fruchtbarkeitsreduktion) auf schlechte Konjunkturen reagierten (Derouet 1980). Autoregulation wäre demnach Sache der Oberschichten. Genau umgekehrt funktioniert in einem ebenfalls durch klare Schichtung gekennzeichneten norddeutschen Kontext Jürgen Schlumbohms Argumentation. Er sieht Belm als „Paradebeispiel für die“ im Stellenmodell „behauptete Nicht-Vermehrbarkeit der bäuerlichen Stellen“; gleichzeitig aber galt dort die „Kette zwischen Fortpflanzung und Erbschaft“ eben nur für die Bauern, nicht für die Eigentumslosen. Flexible Anpassungsstrategien, nicht „eiserne Ketten“ werden auch dann deutlich, wenn Formen familiärer Organisation zum Forschungsgegenstand gemacht werden. Genau in dem Augenblick, als die Bevölkerung im 19. Jahrhundert wuchs und die regulativen Effekte des Stellenmechanismus eigentlich hätten zum Einsatz kommen müssen, arrangierten sich die Belmer Eltern mit ihren Kindern verstärkt auf demselben Hof und ließen damit ein funktionales Kernstück des *European Marriage Pattern*, die Neolokalitätsregel, fallen.

Ein weiterer Schritt hin zur Disaggregation ist mit der Analyse von Lebensläufen verbunden. Theoretisch gibt das Stellenmodell eine klare zeitliche Reihenfolge vor: Auf den Tod des Vaters folgt die Erbschaft, erst nach dem Erwerb der Stelle kann zur Heirat geschritten werden, nur vom Zeitpunkt der Trauung an dürfen Kinder gezeugt werden. Auch in obrigkeitlicher Perspektive scheint ein ähnlicher Ablauf gewünscht worden zu sein, wie er für das Funktionieren eines „vorindustriellen“ Gleichgewichtsmechanismus erforderlich wäre. Erst wäre ein gewisses Vermögen von den Eltern übernommen oder im Gesindedienst erworben worden, dann

hätte man die Genehmigung für die Heirat und, falls sofort ein eigener Haushalt gegründet werden sollte, für die Bürgerannahme eingeholt, nach der Hochzeit die Ehe vollzogen und irgendwann das elterliche Haus verlassen, um im eigenen Haus Kinder aufzuziehen. Moderne bevölkerungstheoretische Vorstellungen sind demgegenüber sogar noch etwas strenger: Die „Stelle“ müsste durch Hofübergabe oder Erbschaft von den Eltern erlangt werden; auch würde das Zusammenleben von verheirateten Kindern mit ihren Eltern nicht toleriert. Die Kontrolle über den Bevölkerungsprozess liegt in solchen Modellen am wenigsten bei den heiratenden Paaren, weit eher bei den Eltern und der Obrigkeit. Tatsächlich scheint die für weite Regionen West- und Mitteleuropas typische Reihenfolge aber anders gewesen zu sein: Erst wurde sich ein Paar über die Heirat einig und schlief miteinander, wobei es auf die Meinung der Eltern in eher informeller Weise Rücksicht nahm. Der Kirchgang wurde erst danach arrangiert und zog wenn möglich die Übergabe eines gewissen Heiratsgutes, aber keiner ganzen „Stelle“ nach sich; wenn dann früher oder später auch der eigene Haushalt gegründet wurde, brachte das schließlich die Bürgerannahme durch die Gemeinde und die volle Teilhabe an den bürgerlichen Lasten mit sich. In diesem Muster liegt die Kontrolle über das Reproduktionsverhalten in erster Linie bei den Paaren selbst und allenfalls noch bei deren Eltern; Obrigkeit und Gemeinde hatten dagegen sehr geringe Möglichkeiten, Heiratsalter und -häufigkeit als „Steuerungsvariablen“ einzusetzen. Auch diese Beobachtung spricht dafür, unter demographischer Autoregulation nicht mehr die Kontrolle einer ganzen Gesellschaft durch sich selbst zu verstehen, sondern ein Ensemble von am familiären Kontext orientierten Strategien – Strategien, die von Individuen verfolgt wurden und die für die Beteiligten immer nur eine Option unter mehreren

waren.

Was bleibt also übrig von den „ehernen Ketten“, vom „Stellenprinzip“ und der „agrarischen Bevölkerungsweise“? Es bleibt die Möglichkeit, im Rahmen der Familie und des weiteren Verwandtschaftssystems Ressourcen wie Arbeitszeit, Land oder Kapital so einzusetzen und Entscheidungen über Heirat, Haushaltsgründung, Geburten oder Wanderungen so zu treffen, dass das Bechersche Ziel der richtigen „Proportion“ zwar nicht auf territorialstaatlicher oder Populations-Ebene, wohl aber für die Beteiligten erreicht wird. Natürlich ist das eine andere Art von „Balance“ als die zwischen den großen verdinglichten Konstrukten „Bevölkerung“ und „Nahrungsspielraum“ der klassi-

schen Theoretiker. Sie würde auch nicht mehr nur mit Hilfe einer Art von Staffellauf zwischen den Generationen erreicht, bei dem wirtschaftlich autarke Einheiten im Ganzen übergeben werden – solche Staffelläufe fanden immer nur in einzelnen sozialen Schichten statt, während andere ihre Probleme anders lösten.

Danksagung

Ich danke Dietrich Ebeling, Franz Irsigler und den Mitgliedern des Trierer Graduiertenkollegs „Westeuropa“ für ihre Unterstützung.

LITERATUR

- J. J. BECHER, Politischer Discurs von den eigentlichen Ursachen deß Auf- und Abnehmens der Städt/Länder und Republicken. Frankfurt a. M. 1668.
- E. BOSERUP, The Conditions of Agricultural Growth. The Economics of Agrarian Change under Population Pressure. Chicago 1965.
- O. BRUNNER, Das „ganze Haus“ und die alteuropäische „Ökonomik“, in: Ders., Neue Wege der Verfassungs- und Sozialgeschichte. 2. Ausgabe Göttingen 1968, 103–127.
- B. DEROUET, Une démographie sociale différentielle. Clés pour un système auto-régulateur des populations rurales d'Ancien Régime, Annales ESC 35/1980, 3–41.
- J. DUPÂQUIER, La France de Louis XIV était-elle surpeuplée? Réflexions d'un historien sur répartition géographique du peuplement, Annales de Démographie Historique, 1974, 31–43.
- J. DUPÂQUIER, L'autorégulation de la population française (XVIe–XVIII siècle), in: Dupâquier u.a., Histoire de la population française, Bd. 2. Paris 1988, 413–436.
- J. EHMER, Heiratsverhalten, Sozialstruktur, ökonomischer Wandel: England und Mitteleuropa in der Formationsperiode des Kapitalismus (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 92). Göttingen 1991.
- J. EHMER, Eine „deutsche“ Bevölkerungsgeschichte? Gunther Ipsens historisch-soziologische Bevölkerungstheorie“, Demographische Informationen, 1992/93, 60–70.
- J. HAJNAL, European Marriage Patterns in Perspective, in: D. V. Glass/D. E. C. Eversley (Hg.), Population in History. London 1965, 101–143.
- J. H. von JUSTI, Die Grundfeste zu der Macht und Glückseligkeit der Staaten oder ausführliche Vorstellung der gesamten Polizey-Wissenschaft. Königsberg 1760.
- H.-J. KRÜGER, Die Bevölkerung im Vest Recklinghausen vom Ende des 16. Jahrhunderts bis zum Beginn der Industrialisierung. Koblenz 1977.
- R. LEE, Models of Preindustrial Population Dynamics with Application to England, in: Charles Tilly (Hg.), Historical Studies of Changing Fertility. Princeton 1978, 155–207.
- G. MACKENROTH, Bevölkerungslehre. Theorie, Soziologie und Statistik der Bevölkerung. Berlin 1953.
- P. MARSCHALCK, Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt a. M. 1984.

H. MEDICK, Strukturen und Funktion der Bevölkerungsentwicklung im protoindustriellen System, in: Peter Kriedte/Hans Medick/Jürgen Schlumbohm, *Industrialisierung vor der Industrialisierung. Gewerbliche Warenproduktion auf dem Land in der Formationsperiode des Kapitalismus*. Göttingen 1977, 155–193.

H. MEDICK, Weben und Überleben in Laichingen 1650–1900. *Lokalgeschichte als Allgemeine Geschichte* (Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 126). Göttingen 1996.

H. MEDICK/D. SABEAN, Emotionen und materielle Interessen in Familie und Verwandtschaft: Überlegungen zu neuen Wegen und Bereichen einer historischen und sozialanthropologischen Familienforschung, in: Dies. (Hg.), *Emotionen und materielle Interessen. Sozialanthropologische und historische Beiträge zur Familienforschung*. Göttingen 1984. 27–54.

Ch. PFISTER, *Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1500–1800* (Enzyklopädie deutscher Geschichte 28). München 1994.

J. SCHMID, Demographische Homöostase – Mythos oder heuristisches Konzept?, in: Dietmar Petzina/Jürgen Reulecke (Hg.), *Bevölkerung, Wirtschaft, Gesellschaft seit der Industrialisierung. Festschrift für Wolfgang Köllmann zum 65. Geburtstag*. Dortmund 1990, 1–17.

J. SCHLUMBOHM, Lebensläufe, Familien, Höfe. Die Bauern und Heuerleute des osnabrückischen Kirchspiels Belm in proto-industrieller Zeit, 1650–1860 (Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 110). Göttingen 1994.

R. SCHOFIELD, Family structure, demographic behaviour, and economic growth, in: John Walter/Roger Schofield (Hg.), *Famine, disease and the social order in early modern society*. Cambridge 1989, 279–304.

J. P. SÜSSMILCH, *Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen*, Bd. 1, 4. Ausgabe Berlin 1775.

E. A. WRIGLEY/R. S. SCHOFIELD, *The Population History of England 1541–1871. A Reconstruction*. London 1981.

AU ISSN 0045-1681

Beiträge zur Fachdidaktik. Inhaber, Herausgeber, Redaktion: Verein für Geschichte und Sozialkunde, Dr. Karl Lueger Ring 1, 1010 Wien.

Ständige MitarbeiterInnen: Vera Cerha, Sonja Dillinger-Deutsch, Christa Donnermair, Irene Ecker, Klaus Edel, Eduard Fuchs, Wendelin Hujber, John Morrissey, Brigitte Schmidt-Ghafouri, Eva Steiner-Béres

AU ISSN 004-1618

Beiträge zur historischen Sozialkunde – Zeitschrift für Lehrerfortbildung. Inhaber, Herausgeber, Redaktion: Verein für Geschichte und Sozialkunde (VGS), c/o Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Dr. Karl Lueger Ring 1, 1010 Wien.

Hergestellt mit freundlicher Unterstützung der Bank Austria

Ständige MitarbeiterInnen Wien: Birgit Bolognese-Leuchtenmüller, Ernst Bruckmüller, Markus Cerman, Franz Eder, Alois Ecker, Hubert Ch. Ehalt, Peter Eigner, Eduard Fuchs, Herbert Knittler, Andrea Komlosy, Michael Mitterauer, Alois Mosser, Walter Sauer, Andrea Schnöller, Hannes Stekl

Ständiger Mitarbeiter Graz: Eduard Staudinger; Ständige Mitarbeiter Linz: Michael John, Roman Sandgruber; Ständige MitarbeiterInnen Salzburg: Josef Ehmer, Sabine Fuchs, Peter Gutschner, Sylvia Hahn, Albert Lichtblau, Norbert Ortmayr; Ständiger Mitarbeiter Luxemburg: Jean-Paul Lehnert

Preise Jahresabonnement: ATS 260.– (Studenten ATS 210.–), Ausland DM 44.–, inkl. Versandkosten. Einzelheft ATS 70.– (Ausland DM 10.–) zuzügl. Porto.

Bankverbindungen: Bank-Austria Kto. Nr. 601 718 703, Bankleitzahl 20151 Wien;

Deutschland: Hypo Bank München, Bankleitzahl 70020001; Kto. 6060714949

Herausgeber (Bestelladresse): Verein für Geschichte und Sozialkunde, c/o Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien, Dr. Karl Lueger Ring 1, A-1010 Wien

Tel.: +43-1-4277/41305 (41301) Fax: +43-1-4277/9413

E-mail: vgs.wirtschaftsgeschichte@univie.ac.at, homepage: <http://www.univie.ac.at/wirtschaftsgeschichte/vgs>

Der Musterfall gegen das Modell: die Bevölkerungsentwicklung Englands im Zeitalter der Industrialisierung

Für die Frage nach Verlauf und Ursachen der Bevölkerungsentwicklung im Zuge der Industrialisierung kommt dem englischen Beispiel eine besondere Bedeutung zu. England ist das Mutterland der industriellen Revolution und beansprucht daher mit einer gewissen Berechtigung, als ‚klassischer‘ Fall angesehen zu werden. In der Tat wird die industrielle Revolution in Schulbüchern der Geschichte oder der Sozialwissenschaft in der Regel zunächst am Beispiel Englands behandelt, worauf dann die Entwicklung im eigenen Land angeschlossen wird. Dank der langjährigen Forschungen von Sir Tony Wrigley, Roger Schofield und ihren Mitarbeitern an der *Cambridge Group for the History of Population and Social Structure* ist England zugleich das Land, für das wir die am weitesten – nämlich bis ins 16. Jahrhundert – zurück reichenden demographischen Langzeitreihen besitzen. Das eröffnet uns die Möglichkeit, unsere Frage in langfristiger Perspektive auf empirisch gesicherter Datengrundlage nachzugehen, d.h. auch im Hinblick auf die Zeit vor dem Einsetzen der offiziellen demographischen Statistik im 19. Jahrhundert, über die alle früheren Generationen nur spekulieren konnten. Dabei zeigt sich, dass viele unserer bisherigen Annahmen korrigiert werden müssen. Insbesondere erweist sich für England das herkömmliche Modell des „demographischen Übergangs“

als unhaltbar.

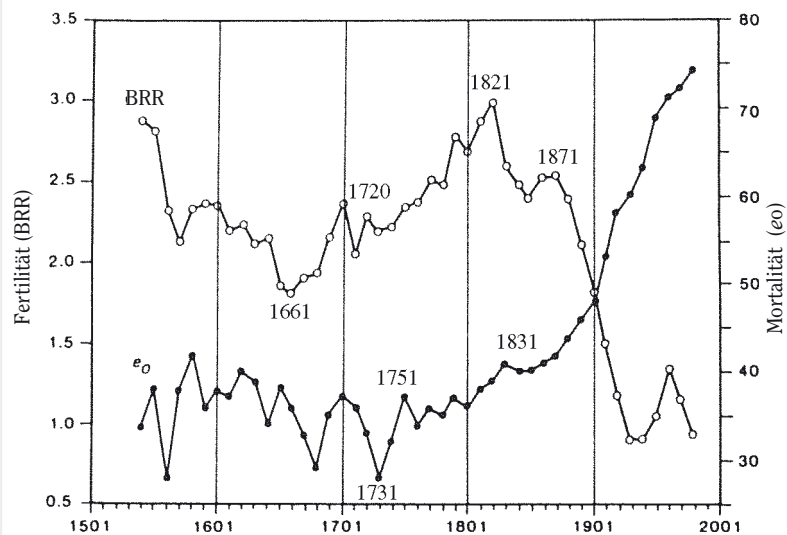
Grundlinien der langfristigen Fertilitäts- und Mortalitäts- entwicklung

Um 1550 besaß England eine Bevölkerung von rund 3 Millionen, 1820 waren es 11,5 Millionen. Dieser Anstieg ist ziemlich außergewöhnlich – in Deutschland, Italien,

Spanien und Frankreich wuchs die Bevölkerung im gleichen Zeitraum um 50 bis 80 Prozent. Freilich ist auch in England die Entwicklung nicht als kontinuierlicher Anstieg zu denken. Vielmehr folgte auf eine Phase starken Wachstums von 1550 bis 1650 eine Verzögerung: zunächst ein massiver Einbruch – zwischen 1650 und 1680 sank die Bevölkerung von 5,4 auf 5,0 Millionen –, dann ein Anstieg und anschließend ein erneuter Rückgang. Erst ab 1730 mündet die Entwicklung in eine langanhaltende Phase des beschleunigten Wachstums (ab 1780 mit jährlichen Wachstumsraten von über 1%), die um 1820 ihren Höhepunkt erreicht (Wachstumsrate 1,5%) und bis ins 20. Jahrhundert anhält.

Um diese eigentümliche Entwicklung zu erklären, empfiehlt sich zunächst ein Blick auf den ‚natürlichen‘ Gang der Dinge, die Veränderungen der Fertilität

Abb. 1: Entwicklung der Mortalität (Lebenserwartung bei der Geburt) und Fertilität (Bruttoreproduktionsrate) in England, 1541–1981



Quelle: Anderson 1996:306, Fig. 2.

Die Fertilität ist hier durch die Bruttoreproduktionsrate (BRR) und die Mortalität durch die Lebenserwartung bei der Geburt (e_0) ausgedrückt, da diese Maße aussagekräftiger sind als die Geburten- und Sterberate. Beim ‚Lesen‘ der Graphik ist zu beachten, daß die Mortalitätskurve gewissermaßen verkehrt herum läuft: wenn die Lebenserwartung ansteigt (etwa: ab 1801), so heißt das natürlich, daß die Mortalität zurückgeht (und umgekehrt).

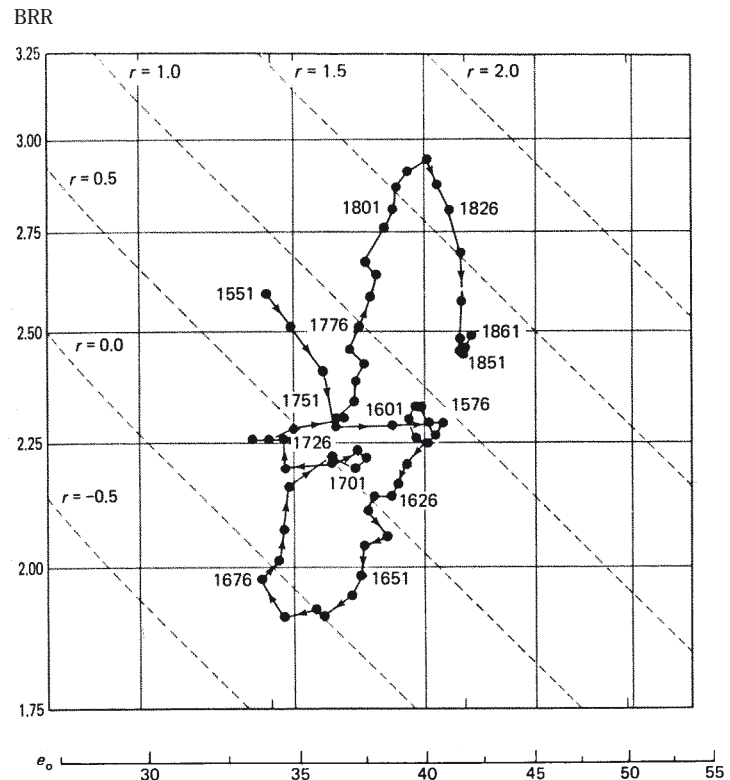
Die Punkte markieren Fünfjahresdurchschnitte, die auf das mittlere Jahr notiert sind (1541 = Durchschnitt 1539–1543). Es fehlt somit jedes zweite Jahr (1544–48, 1554–58 etc.), was jedoch, wie ein Vergleich mit den vollständigen Serien (bis 1871 bei Wrigley/Schofield 1989:230, Tab. 7.15) zeigt, keine Verzerrung bedeutet.

und der Mortalität zwischen 1541 und 1981, ausgedrückt durch die Bruttoreproduktionsrate (BRR) und die Lebenserwartung bei der Geburt (e_0) (Abb. 1). Der säkulare Rückgang der Sterblichkeit (hier natürlich umgekehrt sichtbar: als Anstieg der Lebenserwartung) setzt etwa um 1750 ein. Ab 1730 kommt es aber zugleich zu einem deutlichen Anstieg der Fertilität, die um 1820 ihren Höhepunkt erreicht – bei einer Bruttoreproduktionsrate von rund 3, der höchste Punkt, der jemals für England belegt ist. 1870 setzt dann der endgültige Rückgang der Fertilität ein, der bis heute anhält – der erneute Anstieg nach dem 2. Weltkrieg ist (wie auch in anderen Ländern) nur eine kurze Unterbrechung des langfristigen Trends.

Es liegt auf der Hand, dass diese Verlaufsmuster in mehrfacher Hinsicht mit dem herkömmlichen Modell des demographischen Übergangs kaum in Übereinstimmung zu bringen sind.

1. Auch wenn am Ende – sprich: im 20. Jahrhundert – Fertilität und Mortalität auf so niedrige Werte abgesunken sind, wie sie offenbar niemals zuvor in der Geschichte im Bereich des Möglichen lagen, so gilt dies für weite Strecken des Übergangs im engeren Sinne eben *nicht*. Der Anstieg der Lebenserwartung zwischen 1730 und 1830 führte auf ein Niveau, das nicht höher lag als um 1580 (rund 41 Jahre) und erst nach 1870 – nach einem erneuten Anstieg der Sterblichkeit – endgültig übertroffen wurde. Ähnliches gilt für die Fertilität. Der Spitzenwert von 3.1 für die Bruttoreproduktionsrate im Jahr fünfzig um 1816 ist zwar niemals zuvor oder danach dokumentiert. Gleichwohl ist schon für die Wachstumsphase des 16. Jahrhunderts ein extrem hohes Fertilitätsniveau (mit Bruttoreproduktionsraten zwischen 2.7 und 2.9) belegt, das in den folgenden zwei Jahrhunderten nicht mehr überschritten wurde.
2. Das eigentlich Verblüffende beim

Abb. 2: Mortalitäts- und Fertilitätsveränderungen in ihrem Einfluss auf die intrinsische Wachstumsrate der Bevölkerung: England 1551–1861



Quelle: Wrigley/Schofield 1989:243, Fig. 7. 12

Dieses Pfaddiagramm basiert auf denselben Daten wie Abb. 1. Während dort für jedes Jahr die beiden Werte für die Bruttoreproduktionsrate (BRR) und die Lebenserwartung bei der Geburt (e_0) getrennt voneinander angegeben sind, woraus sich zwei Kurven ergeben, werden sie hier jeweils als Wertepaar abgebildet, mit BRR auf der vertikalen, e_0 auf der horizontalen Achse. Der Zeitverlauf entspricht der Abfolge der Punkte, deren Reihenfolge zusätzlich durch Pfeile gekennzeichnet ist. Beispiel: 1551 (erster Punkt) mit BRR = 2,6 und e_0 = 34; 1566 (zweiter Punkt) mit BRR = 2,5 und e_0 = 35).

Jede Kombination von BRR und e_0 ergibt einen bestimmten Wert für die intrinsische Wachstumsrate r . Das bedeutet umgekehrt, daß für einen bestimmten Wert von r eine Vielzahl unterschiedlicher Kombinationen von BRR und e_0 in Frage kommen. Da die Werteskalen für BRR und e_0 auf den beiden Achsen im logarithmischen Maßstab abgetragen sind, verlaufen die gestrichelt gezeichneten Wertlinien für r diagonal (wären die Skalen für BRR und e_0 arithmetisch, so verliefen die Wertlinien für r hyperbolisch). Die Bewegungsrichtung des Pfads in Bezug auf dieses diagonale Raster lässt daher die implizierte Wachstumsveränderung erkennen. Je stärker der Pfad im rechten Winkel zu den gestrichelten Linien verläuft, um so größer ist die Veränderung der Wachstumsrate: läuft er von links unten nach rechts oben (etwa: von 1776 bis 1801), so steigt sie; läuft er in entgegengesetzter Richtung (etwa: von 1626 bis 1651), so fällt sie. Läuft der Pfad parallel zu den gestrichelten Diagonalen, so bedeutet dies, dass sich trotz der Verschiebungen von BRR und e_0 die Wachstumsrate nicht verändert hat (etwa von 1551 bis 1556: r liegt bei rund 0,8).

Die Punkte markieren allerdings keine Jahresdaten, sondern fünfgliedrig gleitende Durchschnitte für 25-Jahres-Perioden, die jeweils auf den Mittelpunkt der Periode notiert (1801 = Durchschnitt 1789–1813) und in Fünfjahresschritten eingezeichnet sind (Beispiel zum Nachzählen: 1801 – 1806 – 1811 – 1816 [höchster Punkt] – 1821 – 1826).

vergleichenden Blick auf die dem Übergang vorangehende Zeit sind jedoch gar nicht die Extremwerte, sondern die starke demographische Variabilität, die sich ebenso deutlich in mittelfristigen Ausschlägen wie in langfristigen Trendverschiebungen zeigt. Das heißt: die Vorstellung mehr oder weniger konstanter vortransitionärer demographischer Ausgangslagen, von denen erst im Zuge des demographischen Übergangs abgerückt worden sei, ist zumindest im Hinblick auf die englische Entwicklung aufzugeben.

3. Die herkömmliche Lehrmeinung, wonach der Rückgang der Sterblichkeit bei gleichbleibend hoher – vortransitionärer – Fertilität als auslösender Faktor des Bevölkerungsanstiegs in der Industrialisierungsphase anzusehen sei, ist für England ebenfalls nicht haltbar. Neben deutlichen Retardierungsphasen der Mortalitätsentwicklung, namentlich zwischen 1830 und 1870, ist vor allem ein enormer Anstieg der Fertilität festzustellen, der im landläufigen Modell des demographischen Übergangs überhaupt nicht vorgesehen ist.

Die ausschlaggebenden Faktoren: Fertilität und Nuptialität

Was aber bedeutet ein Anstieg der Bruttoreproduktionsrate von – sagen wir – 2 auf 3 im Vergleich zum Anstieg der Lebenserwartung von 35 auf 40 Jahre? Welcher Faktor wiegt im Hinblick auf das Bevölkerungswachstum schwerer? Um diese Frage zu beantworten, haben Wrigley und Schofield eine Darstellungsform entwickelt, die sich der mathematischen Beziehung zwischen BRR , e_0 und der intrinsischen Wachstumsrate r bedient und es erlaubt, den Beitrag der Fertilitäts- und Mortalitätsentwicklung zum Wachstum der Bevölkerung graphisch zu veranschaulichen (Abb. 2).

Betrachten wir zunächst den gesamten Untersuchungszeitraum,

so fällt auf, dass die Entwicklung der Lebenserwartung bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts innerhalb eines relativ schmalen Bandes (zwischen 35 und 40 Jahren) verlaufen ist, während die Entwicklung der Bruttoreproduktionsrate über ein ungleich breiteres Terrain streut (zwischen 2.0 und 3.0, wenn wir von der Kontraktionsphase 1650–80 absehen). Das bedeutet, dass für die gesamte Bevölkerungsgeschichte Englands seit dem 16. Jahrhundert der Fertilität ein deutlich höheres Gewicht als der Mortalität zukommt.

Bei genauerem Hinsehen ergibt sich, dass der demographische Pfad, der sich aus der zeitlichen Abfolge der Wertepaare für BRR und e_0 ergibt, in zwei deutlich unterschiedene Phasen unterteilt werden kann, wobei 1751 den Wendepunkt markiert. In der ersten Phase (genauer gesagt: ab 1556) beschreibt die Entwicklung einen Kreis im Uhrzeigersinn. Auf den Rückgang der Mortalität (Anstieg der Lebenserwartung) folgt ein Rückgang der Fertilität, auf den sich anschließender Anstieg der Mortalität (Rückgang der Lebenserwartung, bis 1676) ein Anstieg der Fertilität. Man kann diesen Zusammenhang als Indiz für ein homöostatisches Regelsystem lesen, in dem die Fertilität auf exogene Veränderungen der Mortalität reagiert, und zwar so, dass diese Mortalitätsschübe das Bevölkerungswachstum nicht zu stark über oder unter eine bestimmte Wachstumsschranke treiben (konkret: Wachstumsrate von rund 0,5 als Zielgröße) (Goldstone 1986:12–15). Nach 1751 dagegen – dies ist die zweite Phase – bricht die Entwicklung aus diesem Regelkreis aus. Es erfolgt ein rapider Anstieg der Bruttoreproduktionsrate bis 1816, danach ein Abfall auf das Ausgangsniveau. Im Vergleich dazu sind die Verschiebungen der Lebenserwartung geringer, wobei auch hier der Endpunkt nur geringfügig über dem Ausgangsniveau liegt. Gegenüber der ersten Phase hat sich das demographische Terrain Englands entlang

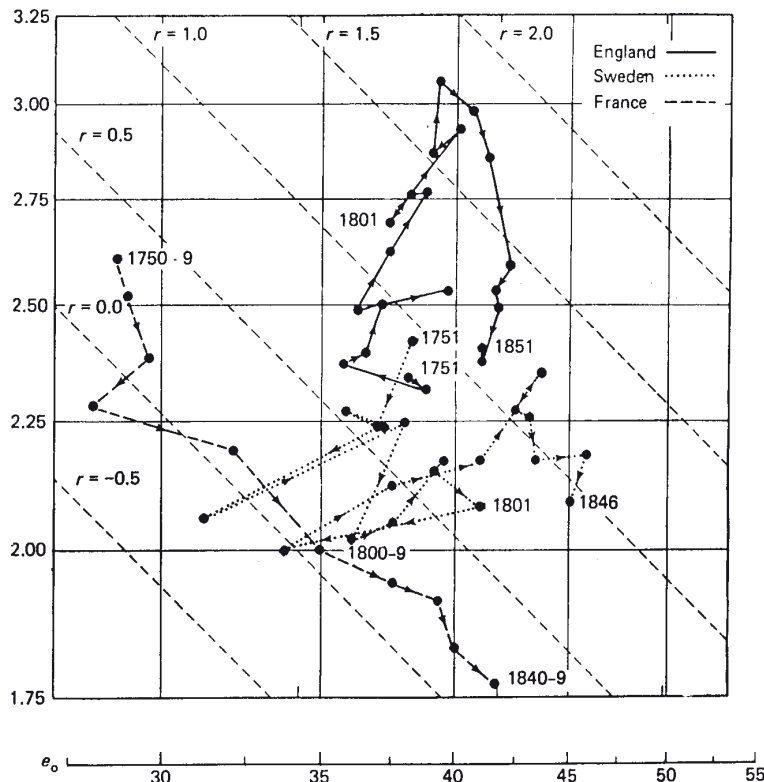
der Fertilitätsachse deutlich nach oben verschoben.

Die besondere Position des englischen demographischen Terrains in dieser zweiten Phase wird durch einen Vergleich mit Schweden und Frankreich für denselben Zeitraum noch deutlicher fassbar (Abb. 3). In Schweden liegt die Fertilität bei geringer Schwankungsbreite durchweg unterhalb des englischen Terrains, dafür zeigen sich deutliche Verschiebungen im Bereich der Lebenserwartung (besonders der starke Anstieg von 33 bis 45 Jahren zwischen 1806 und 1846). Ganz anders wiederum Frankreich. Am Ausgangspunkt liegt die Fertilität sozusagen auf mittlerem englischem Niveau, die Lebenserwartung mit weniger als 30 Jahren dagegen noch unterhalb selbst der niedrigsten schwedischen Werte. Bei mehr oder weniger gleichbleibend niedriger Wachstumsrate kommt es dann zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung, und gleichzeitig zu einem kontinuierlichen Rückgang der Fertilität auf einen Punkt, den Schweden und England erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts erreichen werden.

Das Bevölkerungswachstum im Zuge der Industrialisierung ist also im Falle Englands in erster Linie auf den säkularen Fertilitätsanstieg seit etwa 1730 zurückzuführen. Nun kann ein Fertilitätsanstieg ganz unterschiedliche Ursachen haben. Er kann durch eine Erhöhung der ehelichen Fruchtbarkeit ausgelöst werden, wofür ein niedrigeres Heiratsalter der Frau oder auch kürzere Abstände zwischen den Geburten der Grund sein können; oder durch eine Erhöhung des Anteiles der verheirateten Frauen; oder aber durch eine drastische Zunahme der unehelichen Geburten. Sieht man sich die Entwicklung der einzelnen Faktoren in England genauer an, so ergibt sich folgendes Bild.

Die uneheliche Fruchtbarkeit spielt keine nennenswerte Rolle. Zwischen 1650 und 1830 ist der Anteil der unehelichen Geburten

Abb. 3: Mortalitäts- und Fertilitätsveränderungen in ihrem Einfluss auf die intrinsische Wachstumsrate der Bevölkerung: England, Frankreich und Schweden, 1750–1850



Quelle: Wrigley/Schofield 1989:246, Fig. 7.13.

Die Datenpunkte markieren Durchschnittswerte, und zwar für Frankreich nach Jahrzehnten (wie angegeben); für Schweden nach Jahrfrünften, mit Notierung aufs erste Jahr (1801 = Durchschnitt 1801–1805); für England nach Jahrfrünften mit Notierung aufs mittlere Jahr (1801 = Durchschnitt 1799–1803). Die Abweichungen des englischen Pfads gegenüber der Darstellung in Abb. 3 ergeben sich daraus, dass die Serie dort mittels gleitender Durchschnitte geglättet wurde.

in England zwar kontinuierlich gestiegen, aber nur von 1 auf 6% aller Geburten, und ohne nennenswerte regionale Unterschiede – ein im Vergleich zu anderen europäischen Regionen (man denke nur an Bayern oder Kärnten) außerordentlich geringer Prozentsatz, der für die Erklärung des Fertilitätsanstiegs nicht ins Gewicht fällt (Wrigley/Schofield 1989:266, 430; Wrigley u.a. 1997:220, 223–224). Auch die eheliche Fruchtbarkeit hat sich vor 1870 kaum verändert. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts ist sie leicht angestiegen, aber im Grunde kann man vor dem Beginn des endgültigen Fruchtbarkeitsrückgangs ab 1870 mit einer Rate der ehelichen

Gesamtfruchtbarkeit (TMFR) von rund 7 Lebendgeburten pro Frau im gebärfähigen Alter rechnen, also mit einem langfristigen Plateau in der Größenordnung von zwei Dritteln der für die Hutterer für 1921–30 dokumentierten Fertilität, die unter Demographen als soziales Maximum der ‚natürlichen‘ Fruchtbarkeit gilt (Wrigley/Schofield 1989:254–256; Wrigley u.a. 1997:354–356, 507–511). Daraus ergibt sich, dass in England bis ins ausgehende 19. Jahrhundert die Nuptialität der ausschlaggebende Faktor der Fertilitätsentwicklung war, wobei sich zwei Phasen unterscheiden lassen. Vor 1700 waren Veränderungen der Ledigenquote ausschlaggebend,

während danach, insbesondere nach 1730, der Anstieg der Nuptialität so gut wie ausschließlich auf die säkulare Verringerung des Heiratsalters der Frau von 26 auf 23 Jahre zurückzuführen ist (bei geringem Altersabstand zum Ehepartner).

Arbeitsmarkt, Reallöhne und Heiratsverhalten

Um diese Veränderungen im Heiratsverhalten zu erklären, werden Wandlungen im Gefühlsleben oder im Bereich der Mentalitäten kaum mehr ins Feld geführt. Vielmehr geht es in der gegenwärtigen Forschung im Wesentlichen darum, auf Grund welcher sozialökonomischen Entwicklungen die arbeitenden Klassen – also die große Masse der Bevölkerung – von einem bestimmten Zeitpunkt ab früher heirateten (oder heiraten konnten) als zuvor und damit den beschriebenen Wachstumsschub der Gesamtbevölkerung bewirkten.

Ausgehend von der Beobachtung, dass vom 16. bis ins späte 18. Jahrhundert die langen Wellen der Bevölkerungsentwicklung parallel zu denen der Preisentwicklung verlaufen sind, haben Wrigley und Schofield die säkularen Umschwünge der Fertilität und Nuptialität im wesentlichen als zeitverschobene Reaktionen auf Veränderungen im Reallohniveau gedeutet und dafür den Begriff einer „verzögerten Gleichgewichtssteuerung“ (*dilatory homeostasis*) vorgeschlagen (1989: xxv–xxvii, 451). Auch wenn diese Interpretation nicht unumstritten ist und dagegen sowohl konzeptionelle als auch empirische Einwände erhoben worden sind (Rotberg/Rabb 1986), so lässt sich dennoch sagen, dass sich im Falle Englands die Veränderungen im Heiratsverhalten weitgehend aus den Umbrüchen der Sozialstruktur und des Arbeitsmarktes erklären lassen. Der englische Weg zum Kapitalismus zeichnet sich durch eine besonders frühe Ausdehnung der ‚reinen‘ Lohnarbeit aus. Diese

Verschiebung erfolgte nicht nur im gewerblichen Bereich, sondern auch in der Landwirtschaft, wo sich im 18. Jahrhundert mit den Einhegungen endgültig die moderne Form der agrarkapitalistischen Produktion durchsetzte. Die Verallgemeinerung der Lohnarbeit ging mit vermehrten Beschäftigungsmöglichkeiten einher, die ihrerseits frühere und häufigere Eheschließungen begünstigt zu haben scheinen. Jedenfalls ist der Rückgang des Heiratsalters in England ein relativ einheitlicher Vorgang gewesen, der in agrarischen Regionen im Grunde genauso verlaufen ist wie in proto-industriellen (Wrigley u.a. 1997:182-197).

Der Mortalitätsrückgang und die Rolle der Medizin

Wenn das Wachstum der englischen Bevölkerung im Zeitalter der Industrialisierung vor allem auf Veränderungen der Fertilität und des Heiratsverhaltens zurückzuführen ist, so bedeutet das nun allerdings nicht, dass den Veränderungen der Mortalität keinerlei Bedeutung beizumessen wäre. Betrachtet man die Entwicklung der Lebenserwartung (als Mortalitätsmaß) über den gesamten Beobachtungszeitraum seit dem 16. Jahrhundert (Abb. 1), so stechen bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts neben dem langfristigen Abwärtstrend vor allem die starken mittelfristigen Einbrüche ins Auge (1561, 1591, 1641, 1681, 1731 – wobei zu beachten ist, dass es sich hier um zehnjährige Durchschnittswerte handelt, die natürlich die jährlichen Extremwerte beträchtlich eibebnen). Erst danach kommt es zu einer gleichmäßigeren Entwicklung bei gleichzeitiger Umkehrung des langfristigen Trends. An diesem Verlaufsmuster ist nichts besonderes, denn hinter den Einbrüchen der Lebenserwartung verbergen sich – wie in anderen Ländern auch – kurzfristige Mortalitätskrisen des ‚alten Typs‘. England erlebt die letzten schweren solcher Krisen in den Jahren 1727–30 und 1741 (mit

Sterberaten von mehr als 35% über dem Trend), und dann nochmals 1762 (24% überm Trend) (Wrigley/Schofield 1989:332-336).

Es liegt in der Natur der Sache, dass sich der Ausgangspunkt des Anstiegs der Lebenserwartung im 18. Jahrhundert nicht eindeutig bestimmen lässt. Man mag den Tiefpunkt von 27 Jahren (1731) wählen oder in etwas längerfristiger Perspektive von einem Niveau um 35 Jahre ausgehen. Wie auch immer, bis 1830 ist ein Anstieg der Lebenserwartung auf 41 Jahre zu verzeichnen, doch dann tritt eine Stockung ein. Erst nach 1870 führt die Entwicklung über das bereits 1830 erreichte Niveau hinaus, dann aber zügig und ohne weitere Unterbrechung.

Jede Diskussion der Frage nach den Ursachen dieser Entwicklung hat mit einem Hinweis auf Thomas McKeown zu beginnen, des Nestors der englischen Sozialmedizin, der in einer Reihe bahnbrechender, zwischen 1955 und 1976 vorgelegter Untersuchungen den Mythos vom medizinischen Fortschritt als Motor des Mortalitätsrückgangs erschüttert hat. Seine Thesen waren ebenso eindeutig wie niederschmetternd. Krankenhäuser seien die reinsten Ansteckungsanstalten gewesen und hätten bis ins 19. Jahrhundert die Mortalität, wenn überhaupt, dann erhöht. Erst viel später, meinte er mit bitterem englischen Humor, hätten sich Krankenhauspatienten einigermaßen sicher sein können, auch wirklich an der Krankheit zu sterben, mit der sie eingeliefert worden waren. Für die Eindämmung der großen Epidemien wie Tuberkulose, Masern, Scharlach, Keuchhusten, Bronchitis und Lungenentzündung komme der Schulmedizin keine Bedeutung zu. Der Rückgang dieser Krankheiten unter den Todesursachen sei im wesentlichen zwischen 1850 und 1900 erfolgt, zu einer Zeit also, in der man über erfolgreiche Mittel zur Immunisierung oder Therapie dieser Krankheiten noch gar nicht verfügt habe. Der Rückgang der Sterblich-

keit vor 1900 sei vielmehr auf den Anstieg des Lebensstandards im 19. Jahrhundert zurückzuführen, vor allem auf die bessere Ernährung (McKeown/Brown 1955; McKeown/Record 1962; McKeown/Brown/Record 1972; McKeown 1976).

Für die fortschrittsgläubigen Kollegen unter den Medizinhistorikern war dies eine bittere Pille. Aber man hat sie schlucken müssen. Was den Beitrag der im engeren Sinne medizinischen Errungenschaften zum Mortalitätsrückgang betrifft, so hat die nachfolgende Forschung McKeowns Urteil weitgehend bestätigt: nachhaltige Erfolge auf diesem Gebiet sind erst im 20. Jahrhundert zu verzeichnen. Dagegen ist seine positive Erklärung des Mortalitätsrückgangs durch bessere Ernährung in den letzten Jahren zunehmend kritisiert worden. In einer brillanten *reconsideration* des McKeown'schen Ansatzes hat Szreter ihn des *nutritional reductionism* bezichtigt und gewichtige Argumente dagegen vorgebracht (1988, 1991). So ist der deutliche Anstieg der Reallöhne in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit einer massiven Verschlechterung der Lebensbedingungen der Arbeiterklasse in den wachsenden Großstädten einhergegangen. Was immer daher die steigenden Löhne zur besseren Ernährung beigetragen haben mögen, ist durch die elenden Wohnverhältnisse und die katastrophalen hygienischen Zustände in den Arbeitervierteln wieder verloren gegangen, und gerade darin dürfte auch der Grund dafür liegen, dass die Mortalität zwischen 1830 und 1870 nicht zurückgegangen ist. Umgekehrt waren für den nach 1870 einsetzenden Mortalitätsrückgang wahrscheinlich Verbesserungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit entscheidend. Soweit die Eindämmung von Cholera, Typhus und anderen letalen Infektionskrankheiten bereits vor 1900 gelang, haben dazu vor allem städtische Initiativen im Bereich der Trinkwasserversorgung und Kanalisation und Maßnahmen zur Einschränkung der Luftver-

schmutzung und zur Lebensmittelkontrolle beigetragen.

Ausblick

Das Modell des demographischen Übergangs dürfte sich auch im Hinblick auf den Fertilitätsrückgang als der *abschließenden Phase* des Übergangs kaum halten lassen. Auch wenn der Rückgang der Fertilität in England zwischen 1860 und 1940 an sich unstrittig ist, wird in der neueren Forschung die herkömmliche Interpretation dieses Vorgangs als säkularer Diffusionsprozess (klassisch: Coale/Watkins 1976), wonach die bürgerlichen Mittelschichten die Vorreiter verantwortungsbewusster Familienplanung waren, denen zunächst die hochqualifizierten, sodann die gelernten und angelernten und schließlich die ungelernten Segmente der Arbeiterschaft folgten, zunehmend in Zweifel gezogen. In der jüngsten Studie zum Thema, die neben einer erstmals wirklich umfassenden statistischen Auswertung der Daten des *Fertility of Marriage Census* von 1911 eine souveräne Zusammenfassung des gesamten internationalen Forschungsstandes bietet, hat Szreter (1996) die These vertreten, dass sich angesichts der enormen regionalen, berufs- und branchenspezifischen Unterschiede der Fertilitätsrückgang überhaupt nicht als einheitlicher Prozess fassen lässt. Stattdessen, so schlägt er vor, sollten wir von einer Vielzahl unterschiedlicher Verlaufstypen des Fruchtbarkeitsrückgangs (*multiple fertility declines*) ausgehen, die durchaus ‚quer‘ zur Klassenstruktur liegen können, weil es für die Verhaltensänderung der Betroffenen weniger auf die sozialökonomische Lage als solche ankam als vielmehr – innerhalb bestimmter sozialökonomischer und soziokultureller Milieus – auf die spezifischen Konstellationen der für die ‚politische Ökonomie‘ der Geschlechterbeziehungen entscheidenden Faktoren (geschlechtsspezifische Ausprä-

gung des Arbeitsmarktes vor Ort, innerfamiliäre Kräfteverhältnisse, Zugang zu Verhütungsmitteln, Haltung zur Abtreibung, Sexualmoral) (Szreter 1996: 360-366, 533-584).

Im Hinblick auf die englische Entwicklung spricht somit einiges dafür, das Modell des demographischen Übergangs fallen zu lassen. Aber es wäre unzulässig, diese Schlussfolgerung zu verallgemeinern, denn es deutet einiges darauf hin, dass England ein demographischer Sonderfall gewesen ist. Was den Mortalitätsrückgang seit dem 18. Jahrhundert betrifft, so hat die öffentliche Gesundheitspflege auf dem Kontinent vermutlich doch eine größere Rolle gespielt als jenseits des Kanals. Vor allem aber ist in Mitteleuropa die steigende Fertilität nicht – oder zumindest nicht so eindeutig – als der eigentliche Motor des Bevölkerungswachstums auszumachen. Während in England der Zusammenhang von niedrigem Heiratsalter und kapitalistischen Produktionsverhältnissen zu einem homogenen, für das ganze Land geltenden demo-ökonomischen Muster führte, war die Entwicklung in Mitteleuropa von enormen regionalen Unterschieden geprägt, die im Laufe

des Industrialisierungsprozesses sogar noch zunahmen. Wie Josef Ehmer (1991) in seiner grundlegenden vergleichenden Studie über die Veränderungen des Heiratsverhaltens im Industrialisierungsprozess gezeigt hat, sind einerseits Teile Ostelbiens mit agrarkapitalistisch organisierter Gutsherrschaft, andererseits die Industrieregionen Sachsens und Thüringen sowie Böhmens und Mährens dem ‚englischen Weg‘ gefolgt, „während im größten Teil Mitteleuropas das traditionelle Muster späten und beschränkten Heiratsens bewahrt oder sogar verstärkt wurde“ (1991:231). Mehr noch, in den mitteleuropäischen Städten, die ihre handwerklichen Strukturen bewahrten, kam es unter den Bedingungen der ‚kleinen Warenproduktion‘ zu einer Versteinerung des traditionellen Heiratsmusters. In England dagegen waren die Städte – ebenso wie ihr Umland – durch kapitalistische Produktionsverhältnisse geprägt. Für den englischen Weg zum industriellen Kapitalismus scheint eine besonders enge Verbindung von freier Lohnarbeit und unbeschränkter Eheschließung charakteristisch gewesen zu sein.

LITERATUR

- M. ANDERSON (Hg.), *British population history. From the Black Death to the present day*. Cambridge 1996.
- A. J. COALE/S. C. WATKINS (Hg.), *The decline of fertility in Europe*. Princeton 1986.
- J. EHMER, *Heiratsverhalten, Sozialstruktur, ökonomischer Wandel. England und Mitteleuropa in der Formationsperiode des Kapitalismus*. Göttingen 1991.
- J. A. GOLDSTONE, *The demographic revolution in England: a re-examination*, in: *Population Studies* 40/1986, 5-33.
- Th. McKEOWN, *The modern rise of population*. London 1976.
- Th. McKEOWN/R. G. BROWN, *Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century*, in: *Population Studies* 9/1955, 119-41.
- Th. McKEOWN/R. G. BROWN/R. G. RECORD, *An interpretation of the modern rise of population in Europe*, in: *Population Studies* 26/1972, 345-82.
- Th. McKEOWN/R. G. RECORD, *Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century*, in: *Population Studies* 16/1962, 94-122.
- R. I. ROTBERG/TH. K. RABB (Hg.), *Population and economy: population and history from the traditional to the modern world*. Cambridge 1986 (urspr. Themenheft des *Journal of Interdisciplinary History* zu Wrigley/Schofield 1981).
- S. SZRETER, *The importance of social intervention in Britain's mortality decline c.1850-1914: a reinterpretation of the role of public health*, in: *Social History of Medicine* 1/1988, 1-37.

S. SZRETER, The G.R.O. and the public health movement 1837–1914, in: *Social History of Medicine* 4/1991, 435–463.

S. SZRETER, *Fertility, class and gender in Britain, 1860–1940*. Cambridge 1996.

E. A. WRIGLEY/R. S. DAVIES/J. E. OEPPEN/R. SCHOFIELD, *English population history from family reconstitution 1570–1837*. Cambridge 1997.

E. A. WRIGLEY/R. SCHOFIELD, *The population history of England 1541–1871. A reconstruction*, 2. Aufl. Cambridge 1989 (zuerst 1981).

Rolf Gehrman

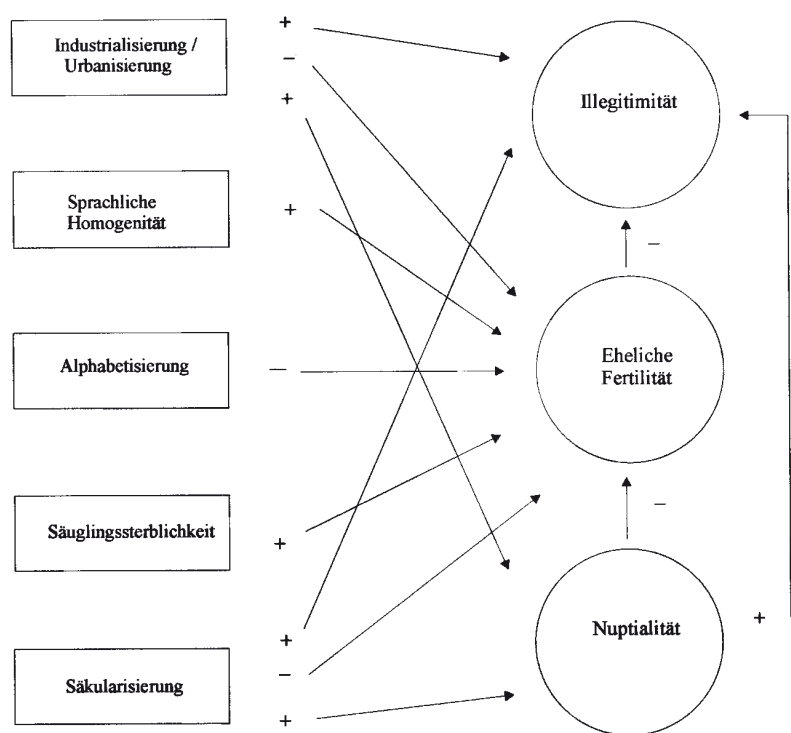
Der Sterblichkeitsrückgang um 1800 als Herausforderung an die Theorie der demographischen Transition

Das Konzept der „demographischen Transition“ scheint sich hervorragend zur vereinfachten Darstellung der fundamentalen Bevölkerungsvorgänge zu eignen, die sich in den Industriestaaten ereignet haben und die (so suggeriert das Schema) sich mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit auch in den sich später entwickelnden Regionen der Erde abspielen oder noch abspielen werden. In dieser Form ist das Konzept zunächst nichts weiter als ein deskriptives Modell. Seit seiner klassischen Formulierung durch Notestein (1945) ist mit dem Modell aber zugleich eine Theorie der demographischen Transition impliziert, die von einer einfachen Kausalbeziehung zwischen den demographischen Schlüsselfaktoren ausgeht. Der Rückgang der Sterblichkeit wird als Vorbedingung für die Geburtenbeschränkung angesehen, indem die größeren Überlebenschancen der Kinder die Familien zur Reduzierung der Geburtenzahl bewegen. In dieser Form entspricht das Konzept dem heute gültigen Standardmodell der demographischen Transition, wie es durch Coale und seine Mitarbeiter

im Rahmen des breit angelegten European Fertility Project (EFP) an der Universität Princeton verwendet worden ist (Abb. 1).

Die Ergebnisse dieses Projekts lassen jedoch seine ursprünglichen Annahmen als fragwürdig erscheinen. Insbesondere die Annahme, der Säuglings- und Kindersterblichkeitsrückgang habe den entscheidenden Impuls für den Geburtenrückgang gegeben, liess sich empirisch kaum belegen. Vielleicht hängt es mit der uneingestanden Enttäuschung über den im Vergleich zu den ursprünglichen Erwartungen eher geringen Ertrag des Projektes zusammen, dass die Protagonisten der Theorie der de-

Abb. 1: Einflußfaktoren auf die Fertilität und das Heiratsverhalten



Quelle: Lestaege 1977

mographischen Transition in ihren Schlussfolgerungen so ausweichend waren. Sofern sie sich nicht auf allgemeine Modernisierungsvorstellungen zurückzogen (so F. van der Walle im Abschlussband des Projekts [Coale/Watkins 1986]), wurden die Ergebnisse mit Mängeln in den Analyseverfahren, insbesondere der Beschränkung auf die Säuglingssterblichkeit, begründet. Auch Chesnais (1992) meint, die Annahme, der demographische Übergang sei durch den Mortalitätsrückgang ausgelöst worden, habe sich als robust erwiesen, da sich alle Ausnahmen bei näherem Hinsehen als scheinbare erwiesen.

Tatsächlich sind die Hoffnungen, auf der Grundlage von Korrelationen mit verschiedenen Variablen die universellen Faktoren für den europäischen Fertilitätsrückgang herausrechnen zu können, durch das European Fertility Project geschwunden. Die von Notestein in den Vordergrund gestellten sozioökonomi-

schen Variablen, insbesondere die Urbanisierung, erwiesen sich zwar in vielen Fällen als tatsächlich einflussreich, als interessantere Befunde traten dagegen einerseits kulturelle Unterschiede und andererseits die Tatsache hervor, dass trotz sehr diverser wirtschaftlicher Verhältnisse der Geburtenrückgang in Ländern wie Ungarn oder England fast gleichzeitig einsetzte (1890 bzw 1892). Das muss im Auge behalten werden, wenngleich die daran anknüpfende Diskussion über die Natur des Fertilitätsrückgangs als Adaptations- oder Diffusionsprozess hier nicht behandelt werden kann. Zweifellos reicht aber das Schlagwort „Modernisierung“ allein nicht mehr als Argument zur Erklärung dieses Vorgangs aus. Ein Rückzug auf diese Ausgangspositionen der Theorie der demographischen Transition, die Notestein gleichsam noch in aller Unschuld hatte besetzen können, ist nun nicht mehr möglich, nicht einmal unter didakti-

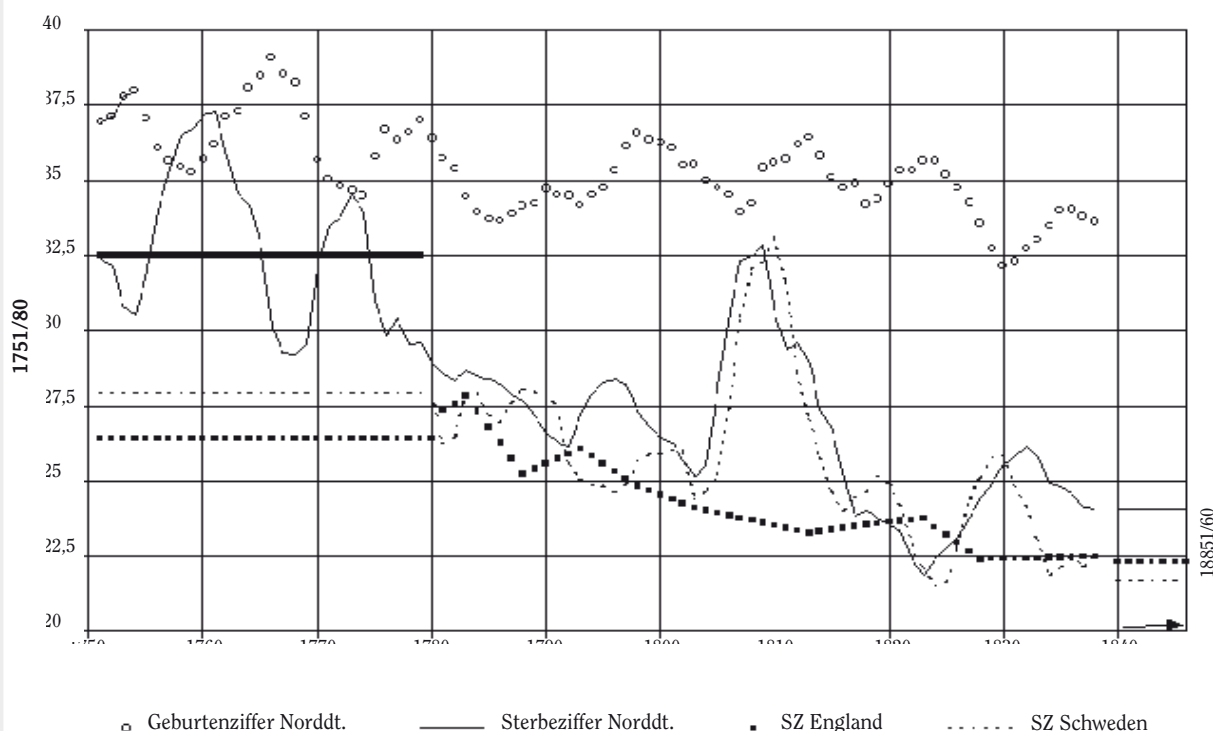
schen Gesichtspunkten. Hingegen könnte die Auseinandersetzung mit Positionen wie der Chesnais' weiterführen. Dies soll hier durch eine Erweiterung des betrachteten Zeitraums auf die hundert Jahre vor dem Beginn des europäischen Fertilitätsrückgangs geschehen.

Die Sterblichkeitsentwicklung im 18. und 19. Jahrhundert

Um zu verlässlichen Aussagen über die Sterblichkeitsentwicklung seit dem 18. Jahrhundert zu gelangen, empfiehlt sich eine Beschränkung auf Datensätze, denen differenzierte Originalinformationen zugrunde liegen (skandinavische und norddeutsche Staaten), und solche, zu denen die historisch-demographische Forschung entsprechende Zahlenreihen rekonstruiert hat (England, Frankreich). Aus diesen Statistiken lässt sich bereits ein fundamentaler Wandel zwischen der zweiten Hälfte des 18. und der

Abb. 2: Mortalitätsraten 1749–1840

(gleitende Fünfjahresmittel sowie Durchschnitte für 1751–80 und 1851–60)



Quellen: Wrigley u.a. 1997 (einfache Fünfjahresmittel für England, die für die kritische Phase 1790–1820 niedriger ausfallen als in Wrigley/Schofield 1981); Sundbärg 1907 (Schweden); Gehrmann 2000 (Norddeutschland, hier auf der Grundlage einer Auswahl differenzierter Datensätze: 1749 – Berlin, Holstein, Kurmark, Oldenburg, Ostfriesland (26%), 1769 – dazu Lippe (27%), 1786 – dazu Mecklenburg-Schwerin (34%), 1816 – vollständig mit Ausnahme kleinerer Gebiete (96% der Bevölkerung Norddeutschlands).

ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entnehmen (Abb. 2).

Wegen der unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Mortalität (Anzahl der Gestorbenen pro 1000 Einwohner) wirft die Interpretation allerdings einige Probleme auf. Abhängig vom Standpunkt des Betrachters, der entweder vom englischen, vom schwedischen oder vom norddeutschen Sterblichkeitsniveau der Jahrzehnte 1751–1780 ausgehen kann, stellt sich der Rückgang als dramatisch, bemerkenswert oder lediglich relativ moderat dar, wobei Krisenjahre (zuletzt um 1795 und um 1808) zum Teil sogar den Blick auf längerfristige Abläufe verstellen können. Aber selbst wenn man für Norddeutschland auf die Zeit vor dem Siebenjährigen Krieg rekurriert, für die Mortalitätsraten auf der Höhe der schwedischen angenommen werden können, bleibt unbestreitbar, dass die Verringerung des allgemeinen Sterberisikos auch in längerfristiger Sicht beachtlich war; denn es ist trotzdem von einem Rückgang in der Größenordnung von 1/5 bis 1/4 (zum Vergleich:

Schweden 22%) zwischen 1751/80 und 1851/60 auszugehen. Auch für England macht diese Veränderung trotz der niedrigeren Ausgangswerte noch 16% aus. Das stützt die These, dass sich in den Veränderungen zwischen den 1790er und den 1820er Jahren nicht nur ein zyklischer Trend nach unten widerspiegelt, sondern vielmehr ein Übergang zu qualitativ neuen Verhältnissen manifestiert, ungeachtet des erneuten Anstiegs der Mortalitätsraten nach 1820.

Worin bestanden nun diese qualitativen Veränderungen? Von der Verringerung der Sterbewahrscheinlichkeit profitierten die Erwachsenenaltersgruppen nur in einem sehr geringen Maße. Dagegen gab es große regionale Unterschiede in der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit, während die Bewegung zwischen dem ersten und dem zehnten oder fünfzehnten Lebensjahr weitgehend homogen verlief (Abb. 3).

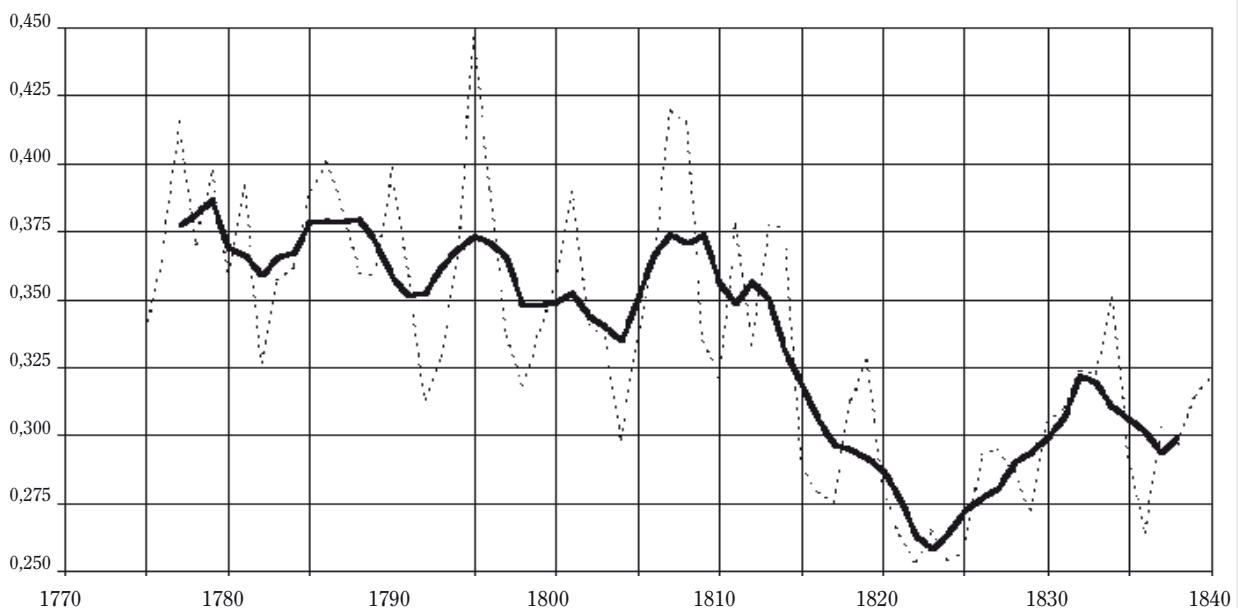
Aufgrund der frühen Todesursachenangaben in dem hier herangezogenen norddeutschen Datensatz lassen sich auch die Gründe für den

massiven Wandel eingrenzen. Sie sind auf zwei Komplexe zurückzuführen, denen es auf den ersten Blick an verbindenden Gemeinsamkeiten zu fehlen scheint. So gibt es zum einen Hinweise auf eine verbesserte Geburtshilfe und eine verbesserte Säuglingspflege, worauf die erhöhten Überlebenschancen im ersten Lebenshalbjahr hindeuten. Zum andern ist der Rückgang der Kindersterblichkeit mit großer Sicherheit auf die Einführung und generelle Verbreitung der Pockenschutzimpfung in den ersten beiden Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts zurückzuführen. Die Immunisierung der meisten Kinder gegen diese Seuche schlug sich rechnerisch in einer Verringerung der Sterbeziffer um 3 Promillepunkte nieder, und das wiederum konnte eine Beschleunigung der Zuwachsrates der Bevölkerung um etwa die Hälfte nach sich ziehen.

Auf die Frage nach den Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden Prozessen ist nur eine vorsichtige Antwort möglich, indem zunächst die unwahrscheinlicheren Hypothesen auszuschließen sind. Über-

Abb. 3: Säuglings- und Kindersterblichkeit (10q0)

Norddeutschland 1775–1840



Quellen: Siehe Fig. 2

Anm.: Gepunktete Linie = Jahreswerte; durchgezogene Linie = fünfgliedrig gleitende Durchschnitt.

raschend ist, dass sozioökonomische Erklärungsansätze wenig greifen, denn zum einen waren die schichtenspezifischen Säuglings- und Kindersterblichkeitsunterschiede auf dem Lande und damit bei der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung gering (wenn sie überhaupt signifikant sind, so weisen sie oftmals in eine andere als die erwartete Richtung); zum anderen trat der Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit in Ländern und Provinzen mit sehr unterschiedlichen Entwicklungsstandards auf (ähnlich wie später beim Geburtenrückgang um 1900). Auch die Hypothese, dass Veränderungen in der Umwelt der Menschen, besonders im Klima und bei den Mikroorganismen, deren Virulenz oder deren Verhältnis zum menschlichen Wirt einem Wandel unterlag (und unterliegt), als der entscheidende Faktor anzusehen wären, vermögen zwar befriedigend das Problem der Universalität des Vorgangs zu lösen, sind aber nicht frei von immanenten Schwächen. So ist nicht klar, wieso die stärker kontinentale Prägung des europäischen Klimas ab den 1780er Jahren und die stärker maritime Prägung ab 1810 in dieselbe Richtung gewirkt haben sollen. Eine Verringerung der Virulenz des Pockenregens ist nicht belegt, sie ist nicht einmal sehr wahrscheinlich, denn bei einem späteren Aufflammen der Seuche, wie in Deutschland und Frankreich 1871, war die Letalität sehr hoch.

Vielleicht führt die Suche nach den Gemeinsamkeiten zwischen dem (partiellen) Säuglings- und dem (universellen) Kindersterblichkeitsrückgang aber zum Schlüssel für die Erklärung. So können die beiden Komponenten des Sterblichkeitsrückgangs gleichermaßen als Produkt der Aufklärung betrachtet werden, da sowohl die Säuglingspflege als auch die Pockenschutzimpfung von einer aufgeklärten Öffentlichkeit, besonders aus dem Kreise von Ärzten und Beamten, propagiert und vorangetrieben

wurden. Einer punktuellen und bezeugtermaßen in den verschiedensten Teilen der Bevölkerung als sinnvoll erkannten Maßnahme wie der Vakzination stellten sich dabei sehr viel geringere Hindernisse in den Weg als einer Umstellung von Säuglingspflegegewohnheiten, die zudem, soweit es das Stillen betraf, in die Bedingungen und den Rhythmus des Arbeitsalltags der Mutter eingebunden waren. Solche vom Kulturellen ausgehenden und das Soziale nicht ignorierende Erklärungsmuster verdienen eine intensivere Überprüfung.

Das Konzept der kurzen und das Konzept der langen demographischen Transition

In den vergleichenden Studien der Princeton-Schule wird das Niveau der Sterblichkeit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zum Ausgangspunkt genommen. Auf diese Weise wird das Problem, dass die Sterblichkeit schon früher sank und dann unter Umständen – beispielsweise bei Kindern in den Großstädten – wieder anstieg, ausgeklammert und der nach dieser Wellenbewegung erreichte Zustand wie das Ausgangsniveau in der vortransitionellen Phase behandelt. In diesem Sinne schlägt Marschalck vor, für Deutschland den Beginn des Sterblichkeitsrückgangs auf die 1860er Jahre zu datieren (1984:41), ein Jahrzehnt vor dem Sinken der Mortalitätsziffern. Die oben skizzierten Umwälzungen stellen damit kein Problem dar. Allerdings bedeutet das auch, dass die im European Fertility Project konstatierte Gleichzeitigkeit von Geburtlichkeits- und Sterblichkeitsrückgang hingenommen wird, was zu der schon angesprochenen Schwierigkeit führt, dass der von der Transitionstheorie postulierte Zusammenhang zwischen den beiden Bewegungen einer Neudefinition bedarf. Diese lässt indes auf sich warten.

Was aber spricht dagegen, den frühen Mortalitätsrückgang in ein Modell zu integrieren, das, ähnlich

wie es in Bezug auf die Entwicklung in Frankreich schon seit längerem konzidiert wird, die demographische Transition als einen säkularen Vorgang begreift, der bereits im ausgehenden 18. Jahrhundert seinen Anfang nahm? Dadurch ließen sich einige Unebenheiten in den Ergebnissen des Princeton Projekts auf dessen begrenztes Beobachtungsfeld zurückführen (so auch: Chesnais) und Beschädigungen des Theoriegebäudes vermeiden. Das Haupthindernis für eine solche Modellbildung scheint zu sein, dass sie eine Distanzierung von der im European Fertility Project formulierten Theorie der demographischen Transition erfordert, die diesen Vorgang unter dem Blickwinkel des Fertilitätsrückgangs betrachtet, der wiederum mit den charakteristischen Prozessen des späteren 19. Jahrhunderts, sprich Industrialisierung und Urbanisierung, verknüpft wird. Statt dessen wären die Akzente neu zu setzen, indem eine Auseinandersetzung mit Ansätzen erfolgt, die sich mit den demographischen Phänomenen der „longue durée“ der europäischen Bevölkerungsgeschichte auseinandersetzen, also dem Übergang zwischen zwei Regimes. Dass das ältere Regime durchaus verschieden interpretiert wird, kann dabei nicht ohne Folgen für die Charakterisierung des Übergangs bleiben. So kann die Bevölkerungswelle einerseits als Ausbruch aus den alten malthusianischen Zwängen oder einem „homöostatischen“ (selbstregulierten) System verstanden werden kann, wobei die Ausweitung des Nahrungsspielraums durch Agrarrevolution und Proto- und Frühindustrialisierung erfolgte. Andererseits gibt es auch Erklärungsansätze, die den Nahrungsspielraum nicht als restriktive Bedingung ansehen, sondern umgekehrt davon ausgehen, dass der Bevölkerungszuwachs landwirtschaftliche Innovation und Intensivierung zugleich erfordert und ermöglicht (Boserup 1981). Sobald die sogenannte neuzeitliche Bevölkerungswelle in ihrer Gänze

in die demographische Transition aufgenommen wird, muss sich die Theorie einer weiteren Diskussion stellen, denn die Historiker werden nicht versäumen darauf hinzuweisen, dass diese Bevölkerungswelle kein einmaliger Vorgang in der Geschichte war.

Plädoyer für eine Neubewertung des frühen Sterblichkeitsrückgangs

Die vorläufig beste Lösung scheint darin zu liegen, hier von den Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Ansätzen auszugehen und einen Mittelweg zwischen den Extremen, also dem Konzept der kurzen Transition und der Analyse längerer Bevölkerungswellen, einzuschlagen. In eine solche Richtung bewegen sich sowohl die Vertreter der Theorie der demographischen Transition, wenn sie verstärkt auf der Ebene allgemeinerer Modernisierungstendenzen argumentieren, wie auch die Verfechter der These, dass eine unmittelbare Verbindung zwischen dem frühen Sterblichkeitsrückgang und der späteren massiven Geburtenbeschränkung nicht besteht. Beide Standpunkte teilen nämlich den mit der Modernisierung verbundenen Fortschrittsgedanken. Bedingung für eine solche integrierende Betrachtungsweise ist freilich, dass man zufälligen oder zumindest von den Menschen nicht beeinflussten Ereignissen, zu denen auch klimatische Schwankungen gehören, keine primäre Bedeutung beimisst. Gegen eine solche Interpretation spricht tatsächlich die überwiegende Anzahl der Forschungsergebnisse, die zumindest von einer bemerkenswerten Verringerung der Variabilität der Mortalitätsraten ausgehen und damit auf eine erhöhte Resistenz der Bevölkerung gegen Krisen abheben, oder die bestimmte Fortschritte in der Seuchenprävention in den Vordergrund stellen.

Sowohl die Pockenschutzimpfung zu Beginn als auch die Verbes-

serung der sanitären Verhältnisse in den Städten gegen Ende des 19. Jahrhunderts standen in einer engen Verbindung mit Initiativen einer aufgeklärten Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträgern. Inwieweit diese Formen der öffentlichen Intervention die zweite Phase der demographischen Transition, die einen individuellen Verhaltenswandel (Geburtenplanung) impliziert, beeinflussen konnte, bleibt damit allerdings weiter offen. Insofern besteht weiterhin Bedarf an historischen Erklärungen zur Motivation individuellen und familialen Verhaltens. So sollte noch genauer untersucht werden, wann und wie weit im Bereich der Mortalität nicht nur eine punktuelle öffentliche Intervention, sondern auch individuelles (Vorsorge-)Verhalten gegenüber dem Nachwuchs durchschlug, denn eine bessere Behandlung von Kindern war in der Regel auch im-

mer eine bessere Behandlung einer geringeren Anzahl von Kindern. Die herkömmliche Theorie der demographischen Transition kann dazu kaum operationalisierbare Hypothesen liefern, da sie die auf verschiedenen Ebenen verlaufenden Vorgänge, nämlich einerseits gesellschaftlich-strukturelle Entwicklungen (wie den außen herangetragenen Wandel im gesundheitlichen Umfeld) und andererseits innerfamiliäre Entscheidungen über den Nachwuchs zu verbinden versucht. Das führt notwendigerweise zu einem hohen Grad von Abstraktion, der diesem Konzept deutliche Grenzen setzt, unbeschadet des heuristischen Werts, den es schon durch die dadurch aufgeworfenen Fragen immer noch besitzt.

LITERATUR

- E. BOSERUP, *Population and Technological Change. A Study of Long Term Trends*. Chicago 1981.
- J.-C. CHESNAIS, *The Demographic Transition – Stages, Patterns, and Economic Implications: A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. Oxford 1992.
- G. FRIDLIZIUS, *The Mortality Decline in the First Phase of the Demographic Transition: Swedish Experiences*. In: Tommy Bengtsson/Gunnar Fridlitzius/Rolf Ohlsson (Hg.): *Pre-Industrial Population Change*. Stockholm 1984, 71–114.
- R. GEHRMANN, *Bevölkerungsgeschichte Norddeutschlands zwischen Vormärz und Aufklärung*. Berlin 2000.
- R. J. LESTAEAGHE, *The Decline of Belgian Fertility, 1800–1970*. Princeton 1977.
- F. W. NOTESTEIN, *Population – the Long View*. In: Theodore W. Schultz (Hg.), *Food for the World*. Chicago 1945, 36–57.
- A. PERRENOUD, *Atténuation des crises et déclin de la mortalité*. In: *Annales de Démographie historique*, 1989, 13–29.
- A. COALE/S. C. WATKINS (Hg.): *The Decline of Fertility in Europe: The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton 1986.
- E. A. WRIGLEY u. a., *English Population History from Family Reconstitution 1580–1837*. Cambridge 1997.
- E. A. WRIGLEY/R. S. SCHOFIELD, *The Population History of England, 1534–1871. A reconstruction*. 2. Aufl. Cambridge 1989 (zuerst 1981).

Der Epidemiologische Übergang: Modell und empirische Befunde

In den letzten 150 Jahren hat sich in Westeuropa die durchschnittliche

Lebenserwartung bei der Geburt mehr als verdoppelt. Betrug sie *etwa* bei der Gründung des Deutschen Reiches bei Männern rund 36 Jahre und bei Frauen rund 39 Jahre, so hat sie sich mittlerweile auf etwa 73 Jahre bei Männern und 80 Jahre bei Frauen erhöht. Diese Entwicklung war begleitet von einem grundlegenden Wandel des Todesursachenpanoramas. Zahlreiche Krankheiten sind aus den Industrienationen verschwunden, andere haben ihren Charakter verändert oder sind beherrschbar geworden, und wiederum andere sind auf dem Vormarsch. Diese Entwicklungen und ihre Ursachen werden im folgenden unter dem Begriff des Epidemiologischen Übergangs vorwiegend am Beispiel Deutschlands dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Befunde im Wesentlichen für die westlichen Industrienationen gelten und keineswegs unumkehrbar sind, wie derzeit etwa an der Rückkehr von Tuberkulose abzulesen ist.

Das Modell des Epidemiologischen Übergangs

Das langfristige Absinken der Sterbeziffern und der Wandel des Todesursachenpanoramas werden im Folgenden unter dem von Abdel R. Omran in den 1970er Jahren vorgeschlagenen Konzept des Epidemiologischen Übergangs zusammengefasst (Omran 1971; 1977). Es beschreibt die Entwicklungstrends der Sterberate analog zu den verschiedenen Phasen des demographischen Übergangs und geht von Wechselwirkungen zwischen dem

durchschnittlichen Gesundheitszustand einer Bevölkerung und dem sozioökonomischen Wandel aus. Drei Phasen werden unterschieden:

- 1) die Periode der Seuchen und Hungersnöte, gekennzeichnet durch eine hohe und stark schwankende Sterbeziffer; die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt ist niedrig und liegt zwischen 20 und 40 Jahren;
- 2) die eigentliche Übergangsphase, die Periode der rückläufigen großen Epidemien; die Sterberate verstetigt sich und nimmt allmählich ab, besonders in dem Umfang, in dem die schweren Epidemien seltener werden und später ganz ausbleiben; die Lebenserwartung bei der Geburt steigt auf rund 50 Jahre;
- 3) die bis in die jüngste Zeit andauernde Periode der degenerativen und gesellschaftlich verursachten Krankheiten („man-made diseases“) mit niedriger Sterberate und hoher Lebenserwartung bei der Geburt, die 70 Jahre übersteigen kann.

Dieses Modell des Epidemiologischen Übergangs wird angesichts der Zunahme neuer, aber auch längst besiegt geglaubter Infektionskrankheiten mittlerweile gelegentlich um weitere Phasen ergänzt (Olshansky u. a. 1997). Gleichwohl bietet es auch in der klassischen Form nach wie vor eine wichtige Arbeitsgrundlage für historische Arbeiten. Entsprechend ist das Konzept mittlerweile konkretisiert worden. Dabei wurde die wichtige Rolle von sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen herausgearbeitet. Betont wurde,

dass die Pest schon seit dem späten 17. Jahrhundert aus Mittel- und Westeuropa verschwand und auch die übrigen schweren Seuchen aufgrund geringerer Militäraktivitäten und veränderter Militärorganisation rückläufig waren. Im Zuge wachsender, mit zunehmender Bevölkerungs- und Kommunikationsdichte einhergehender Marktintegration wandelten sich die sogenannten „Human-Crowd Diseases“ (v.a. Pocken, Masern, Scharlach und Keuchhusten) im Europa des späten 18. und frühen 19. Jahrhundert von altersunspezifischen zu typischen Kinderkrankheiten. Dieser Prozess war mit einer wachsenden relativen Bedeutung von gastrointestinalen Krankheiten verbunden, die wiederum primär Säuglinge und Kleinkinder bedrohten. Da dieser Krankheitskomplex zudem besonders empfindlich auf die sozioökonomischen Lebensbedingungen reagiert, wurde die Lebenserwartung zunehmend durch schichtenspezifische Unterschiede bestimmt.

Mit dem Epidemiologischen Übergang in Deutschland haben sich mittlerweile einige Studien beschäftigt (Imhof 1981; Rothenbacher 1982; Spree 1992; Vögele 1998; Vögele 1999), allerdings ist selbst die Datierung nach wie vor umstritten. Im Mittelpunkt der Diskussion steht dabei die Phase 2, da der Beginn von Phase 1 und das Ende von Phase 3 offen sind. Als Beginn von Phase 2 wurden die 1870er Jahre (Rothenbacher 1982) oder die Wende zum zwanzigsten Jahrhundert gesehen (Imhof 1981). Geht man von der merklichen Verstetigung des Bevölkerungswachstums seit den zwanziger Jahren des neunzehnten Jahrhunderts aus (Beginn des „Zeitalters der verdeckten Bevölkerungskrisen“ im Gegensatz zu den „offenen Krisen“ des Ancien Régime mit seinen Sterbeüberschüssen), berücksichtigt man zudem die Veränderungen des Todesursachen-Panoramas (Ausbleiben der „großen Seuchen“ im überregionalen Maßstab; Wandel der „Human-Crowd Diseases“

zu Kinderkrankheiten; sinkende Häufigkeit der Pocken-, Typhus- und Tuberkulosesterbefälle), so kann das Auslaufen der Phase 1 des Epidemiologischen Übergangs (das „Zeitalter der Seuchen und Hungersnöte“) und der Beginn von Phase 2 in Deutschland allerdings bereits um 1820/30 datiert werden (Spree 1992). Das Ende von Phase 2 wiederum wird je nach Datengrundlage und Gewichtung der einzelnen Kriterien zwischen der Wende zum zwanzigsten Jahrhundert und den 1920er Jahren angesetzt (Imhof 1981).

Entwicklung der Sterblichkeit

Während Untersuchungen für das 18. Jahrhundert und früher im Wesentlichen auf lokales Archivmaterial zurückgreifen müssen, liegen seit dem frühen 19. Jahrhundert gedruckte Datenreihen für die größeren Staaten vor. Die folgenden Aussagen beziehen sich vorwiegend auf die preußischen Verhältnisse, die im allgemeinen als für ganz Deutschland repräsentativ gelten, da die Differenzen zwischen den westlichen und östlichen Regierungsbezirken den Sterblichkeitsdifferenzen zwischen Nordwest-Deutschland und Südost-Deutschland entsprachen (Spree 1992).

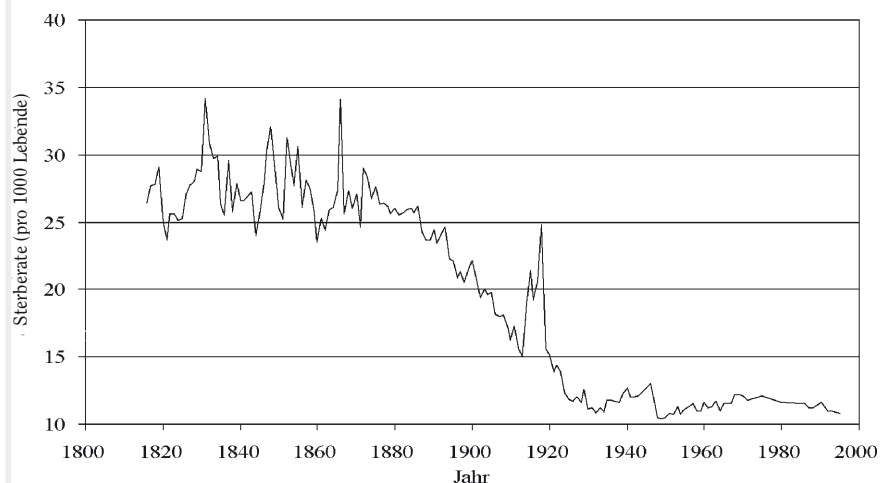
Nach derzeitigem Erkenntnisstand verringerte sich die Sterblichkeit in verschiedenen Regionen Deutschlands bereits während des späten 18. und frühen 19. Jahrhunderts (Lee 1980; Marschalck 1984; Imhof 1990). Die tatsächlichen rohen Sterbeziffern blieben zwar auf hohem Niveau, dennoch ging in vielen Gebieten Deutschlands im ausgehenden 18. Jahrhundert die Häufigkeit der Jahre zurück, in denen die Anzahl der Todesfälle diejenige der Geburten überstieg. Solche Mortalitätskrisen verschwanden zusehends, dazu

nahm die Intensität der jährlichen Schwankungen in der Sterblichkeit ab, und die durchschnittlichen Sterbeziffern verringerten sich in zahlreichen Teilen Deutschlands. Allerdings wurde der langfristige Rückgang der Sterblichkeit um die Mitte des 19. Jahrhunderts unterbrochen, von den 1830er bis in die 1880er Jahre hielt sich die Sterblichkeit auf hohem Niveau (Abb. 1). Erst danach war die Sterblichkeitsentwicklung schließlich durch einen bis in die Gegenwart sinkenden Trend gekennzeichnet.

Alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungen

Verlauf der Säuglingssterblichkeit in den vergangenen 200 Jahren gleicht einer Welle: Nach einem Anstieg zur Mitte des 19. Jahrhunderts setzte gegen Ende des Jahrhunderts ein langfristiges Absinken ein. Ein merklicher Rückgang der Sterblichkeit fand ebenfalls bei Kindern, Jugendlichen und etwas weniger ausgeprägt in den mittleren Altersgruppen sowie in den Altersklassen über 60 Jahre statt (Tabelle 1). Heute hat sich der Tod nicht nur aus Kindheit und Jugend, sondern überhaupt aus den Altersstufen bis zum 70. Lebensjahr weitgehend zurückgezogen; das Leben ist für die meisten Menschen etwa gleich

Abb. 1: Die Entwicklung der Sterblichkeit in Deutschland, 1810–1995



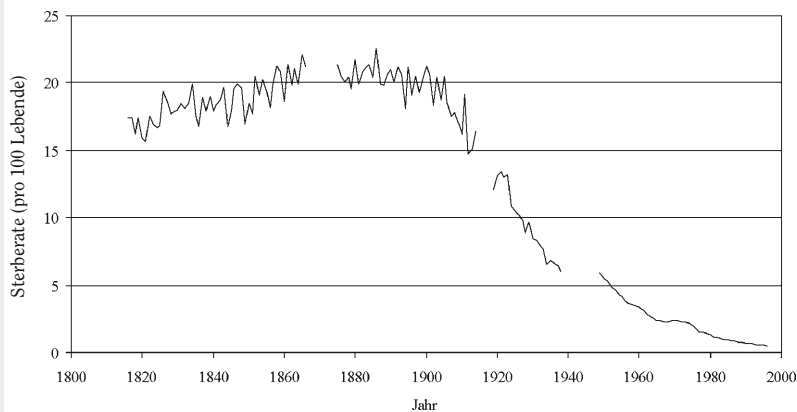
Preußen 1816–1870; Reichsgebiet 1871–1943; westl. Bundesgebiet 1946–1971; ab 1990 ges. Bundesgebiet

Quellen: Quellen zur Bevölkerungs-, Sozial- und Wirtschaftsstatistik Deutschlands 1815–1875, Bd. 1, hg. von W. Köllmann, Boppard 1980; Statistisches Bundesamt (Hg.), Bevölkerung und Wirtschaft 1872–1972, Stuttgart und Mainz 1972; Daten des Gesundheitswesens, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1991ff.

Der säkulare Sterblichkeitswandel ist zu einem entscheidenden Maß auf den drastischen Rückgang der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen. Erreichten zur Mitte des 19. Jahrhunderts mehr als 20 Prozent eines Geburtsjahrganges nicht den ersten Geburtstag, so liegt die Säuglingssterblichkeit heute unter 1 Prozent (genauer: bei 5,3 von 1.000 Lebendgeborenen) (Abb. 2). Der

lang geworden (Spree 1992). Die Lebenserwartung der Männer bleibt dabei in allen Altersgruppen hinter derjenigen der Frauen zurück, die geschlechtsspezifischen Unterschiede haben sich bis heute sogar verstärkt.

Wandel des Todesursachenpanoramas

Abb. 2: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 1816–1996

Preußen 1816–1900, Reichsgebiet 1901–1938, bis 1989 westl. Bundesgebiet, ab 1990 ges. Bundesgebiet

Quellen: Rothenbacher 1982; Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1978–1998

Tabelle 1: Die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre

Jahr	Lebenserwartung im vollendeten ... Altersjahr (in Jahren)					
	0		30		60	
	m	w	m	w	m	w
1871/80	35.6	38.5	31.4	33.1	12.1	12.7
1881/90	37.2	40.3	32.1	34.2	12.4	13.1
1891/00	40.6	44.0	33.5	35.6	12.8	13.6
1910/11	47.4	50.7	35.3	37.3	13.2	14.2
1924/26	56.0	58.8	38.6	39.8	14.6	15.5
1932/34	59.9	62.8	39.5	41.1	15.1	16.1
1946/47	52.7	63.4	39.2	42.7	15.2	17.0
1959/60	66.7	71.9	41.2	45.3	15.5	18.2
1970/72	67.4	73.8	41.0	46.3	15.3	19.1
1993/95	73.0	79.5	44.4	50.4	18.1	22.5

Quellen: Rothenbacher 1982; Daten des Gesundheitswesens 1997, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1997.

Bleibt das Konzept des epidemiologischen Übergangs relativ vage und deskriptiv, so lassen sich die Ursachen des Sterblichkeitswandels durch eine detaillierte Analyse des Todesursachenpanoramas genauer bestimmen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß sich die historischen Medizinalstatistiken einer vollkommen anderen Nosologie bedienten, die sich zudem über die Zeit änderte. Eine Interpretation muss deshalb äußerste Vorsicht walten lassen, ist aber dennoch möglich, da das Todesursachenpanorama aus den damaligen Statistiken, im Gegensatz zu den 999 offiziellen

Todesursachen der modernen Todesursachenerfassung nach der ICD (International Classification of Diseases), auf wesentlich weniger Krankheiten beschränkt war, von denen noch weniger eine epidemiologisch bedeutende Rolle spielten. Die wichtigsten davon waren einerseits die klassischen Infektionskrankheiten und andererseits Verdauungsstörungen, deren Diagnose im Gegensatz zu den modernen degenerativen Todesursachen relativ unproblematisch war (und ist) und die im Wesentlichen mit spezifischen Krankheitsbildern nach modernem Verständnis interpretierbar sind.

Eine anhand der Quellen mögliche saisonale und altersspezifische Ausdifferenzierung gibt zudem weitere Aufschlüsse. So deutet ein Sommergipfel in der Säuglingssterblichkeit auf gastrointestinale Störungen hin, während eine Häufung in den kalten Wintermonaten eher auf Erkrankungen der Atemwege verweist.

Am Beispiel preußischer Städte soll im Folgenden gezeigt werden, welche Todesursachen in Phase 2 des Epidemiologischen Übergangs dominierten und für den Rückgang der Sterblichkeit im Übergang zu Phase 3 verantwortlich waren. Haupttodesursachen waren in den 1870er Jahren gastrointestinale Störungen, die vor allem Säuglinge betrafen, und Erkrankungen der Atmungsorgane (insbesondere die Tuberkulose ist hier als spezifische Krankheit hervorzuheben) (Tabelle 2). Die klassischen Infektionskrankheiten, wie etwa die Pocken, spielten epidemiologisch gesehen keine Rolle mehr; andere, wie die Cholera, waren nur noch von lokaler oder regionaler Bedeutung.

Auch nach der Jahrhundertwende forderten gastrointestinale Störungen immer noch die meisten Opfer, gefolgt von Erkrankungen der Atmungsorgane und Tuberkulose. Eindeutig auf dem Vormarsch waren die degenerativen Krankheiten. Immer noch bedeutend war die Sterblichkeit an Erkrankungen des Gehirns und der Nerven sowie Altersschwäche. Fast unverändert blieb die Sterblichkeit an ‚anderen Todesursachen‘ sowie die Zahl der gewaltsamen Todesfälle. Aus epidemiologischer Sicht spielten die akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur noch eine untergeordnete Rolle.

Deutlich wird damit, daß die einzelnen Todesursachen unterschiedlich stark zum gesamten Sterblichkeitsrückgang beitrugen. Herausragend waren wiederum die gastrointestinalen Erkrankungen, gefolgt von den Infektionen des Kindesalters, Erkrankungen des Gehirns

und der Nerven, Altersschwäche und Erkrankungen der Atmungsorgane. Konterkariert wurde der Sterblichkeitsrückgang allerdings durch einen Anstieg der Sterblichkeit an degenerativen Erkrankungen. Diese Zunahme dauert bis heute an, Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten sind die bedeutendsten Todesursachen im gegenwärtigen Todesursachenpanorama.

Mechanismen des Sterblichkeitswandels

Die Mechanismen des säkularen Sterblichkeitsrückgangs sind nach wie vor ungeklärt. Während diese Entwicklungen traditionell Fort-

zur Verfügung standen, habe der steigende Lebensstandard, der über eine sowohl quantitativ als auch qualitativ verbesserte Ernährungssituation wirkte, als primärer Faktor zu gelten, insbesondere im Hinblick auf die Reduktion der Sterblichkeit an Tuberkulose. An zweiter Stelle betont McKeown die Rolle der sanitären Reformen, die eine Abnahme der fieberartigen Krankheiten und der Erkrankungen der Verdauungsorgane bewirkt hätten. Sodann verweist er auf Veränderungen in der Virulenz bestimmter Krankheitsorganismen – besonders bezüglich des Scharlachs. Medizinische Intervention dagegen sei nur im Falle

Sein Ansatz ist dabei nach wie vor heftig umstritten; die Kritikpunkte sind mannigfaltig. Auf den Sterblichkeitsrückgang bezogen wird McKeown dem Beitrag der Medizin sicherlich nicht gerecht, weil er sich in seinen Überlegungen auf kurative medizinische Interventionsstrategien beschränkt, ohne Aspekte der öffentlichen Gesundheitsvorsorge zu berücksichtigen (Kearns u. a. 1989; Vögele 1998). In diese Richtung deuten auch methodische Schwächen der McKeownschen Analyse. Brennpunkt der Kritik waren die Vernachlässigung altersspezifischer Sterberaten sowie der deduktive Ansatz. Inwieweit kann etwa die Sterb-

Tabelle 2: Die Entwicklung des Todesursachenpanoramas in preußischen Stadtgemeinden, 1877–1905

Todesursache	Todesursachenanteile		Standardisierte Sterbeziffer		Differenz Sterblichkeit	Beitrag zum Rückgang
	1877 (pro 1000 Gestorbene)	1905	1877* (pro 10.000 Lebende)	1905*	1877–1905	1877–1905
Infektionen des Kindesalters	110	46	32,2	9,9	-22,3	34,2
gastrointestinale Erkrankungen	296	222	82,5	56,3	-26,2	40,2
Abdominaltyphus	22	5	5,8	0,8	-5,0	7,7
Atmungsorgane	218	253	57,6	49,7	-7,9	12,1
Degenerative Krankheiten	55	155	15,5	26,8	11,3	-17,4
Gehirn und Nerven	82	69	23,1	14,5	-8,6	13,2
Altersschwäche	72	90	21,4	13,4	-8,0	12,3
Kindbett	8	11	1,7	0,8	-0,9	1,4
Gewaltsamer Tod	25	16	6,3	6,3	0,0	0,0
Andere Ursachen	112	133	31,3	33,5	2,2	-3,4
Gesamt	1000	1000	277,0	211,9	-65,1	100,3

* standardisiert auf die Bevölkerungsstruktur Preußens 1877.

Quellen: Preußische Statistik 50, 1879, 199, 1907 und 206, 1908.

schritten in der medizinischen Technologie zugeschrieben wurden, wurde in den letzten Jahren der Beitrag der kurativen Medizin eher bescheiden bemessen. Wesentliche Impulse gingen hier von den Arbeiten Thomas McKeowns aus (McKeown 1976). McKeown analysiert den Sterblichkeitswandel vornehmlich am englischen Beispiel; er entwirft ein sehr einfaches Risikomodell mit vier unabhängigen Variablen und gewichtet es für verschiedene Todesursachen. Da zahlreiche Todesursachen bereits entscheidend zurückgingen, bevor spezifische medizinische Therapien

der Kuhpockenimpfung sowie der Serum-Therapie gegen Diphtherie effektiv gewesen und habe lediglich marginal zum Sterblichkeitsrückgang beigetragen.

Die Wirkung von McKeowns Publikationen sowohl auf die historische Forschung als auch auf die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Maßnahmen ist kaum zu überschätzen. Seine Arbeiten bestimmen bis heute wesentlich die strategischen Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die historischen Teile seiner Arbeit lösten eine Welle von Publikationen aus, die sich mit seinen Thesen auseinandersetzten.

lichkeit an Tuberkulose mit dem Ernährungszustand in Verbindung gebracht werden? Ist sie möglicherweise stärker abhängig von den Arbeits- und insbesondere den Wohnbedingungen? Ferner bleiben durch die Konzentration der Analyse auf nationalstaatlicher Ebene regionale Unterschiede ebenso ausgespart wie die differentiellen Entwicklungen in den Städten und auf dem Land. Erst eine entsprechende Differenzierung erlaubt eine präzise Einschätzung der Einflussfaktoren.

Nicht zuletzt aus diesen Gründen hat sich die Forschung in den letzten Jahren insbesondere den

städtischen Verhältnissen zugewandt (Labisch/Vögele 1997). Seit langem schon gelten die Städte im historischen Europa als besonders ungesunde Orte mit extrem hohen Sterberaten. Bereits im 17. Jahrhundert wurde dieses Bild von John Graunt (1662) entworfen und im 18. Jahrhundert von Johann Peter Süssmilch in seiner berühmten Schrift über die ‚göttliche Ordnung‘ (1741) aufgenommen. Im 19. Jahrhundert machten verschiedene Autoren, zunächst in England, auf Gesundheitsgefährdungen durch die Industrialisierung aufmerksam und verwiesen auf die extrem hohen städtischen Sterberaten. Mit dem Einsetzen der Industrialisierung in Deutschland übernahmen Statistiker hierzulande diesen Topos. Heutzutage beschäftigt sich die internationale historische Forschung intensiv mit dieser Problematik. Auch in Deutschland wurde diese Thematik aufgenommen. Zahlreiche neuere Arbeiten beschäftigen sich inzwischen explizit mit städtischen Sterblichkeitsprofilen und deren Wandel im Verlauf der Industrialisierung (Vögele 1998; Vögele 1999). Rapides Bevölkerungswachstum führte zu beengten Wohnverhältnissen und unzureichender gesundheitsbezogener Infrastruktur. Damit wurden die Städte zum idealen Nährboden für Epidemien und Seuchen, die zudem auf eine unzureichend ernährte und durch harte Arbeitsbedingungen geschwächte Bevölkerung trafen. Allerdings ist dabei auf ein wesentliches Entwicklungsmerkmal hinzuweisen: Gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts verringerten sich die städtischen Sterberaten deutlich, die städtische Übersterblichkeit ging zurück und verschwand schließlich sogar ganz. Vorreiter dieser Entwicklung waren im wesentlichen die Großstädte (Vögele 1998). Offenbar hatten diese das Potential, auf die hohen Sterbeziffern zur Jahrhundertmitte schnell und effizient zu reagieren. Deshalb betonten einschlägige Arbeiten die positiven Wechselbeziehun-

gen zwischen Urbanisierung und Bevölkerungsentwicklung (Kearns u.a. 1989). Da diese Periode als Blütezeit der kommunalen Selbstverwaltung gilt, in der sich eine umfassende Leistungsverwaltung entfalten konnte, die wesentliche Aspekte des öffentlichen Gesundheitswesens abdeckte, liegt es nahe, die Auswirkungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge auf den säkularen städtischen Mortalitätsrückgang noch etwas genauer zu bestimmen. Zwei Forschungsschwerpunkte sollen hier beispielhaft angesprochen werden: Die Wirkung der sanitären Reformen auf den Sterblichkeitswandel sowie die Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse spezieller städtischer Risikogruppen, insbesondere der Säuglinge.

Bislang vorliegende Studien zur Rolle der sanitären Reformen konzentrierten sich im Wesentlichen auf den Ausbau von zentraler Wasserversorgung und Kanalisation in den deutschen Städten ab den 1870er Jahren (Vögele 1998). Im allgemeinen werden dabei die positiven Auswirkungen betont, denn eine adäquate Ausgestaltung solcher Infrastrukturmaßnahmen bot Schutz gegen Epidemien und trug offensichtlich zum Rückgang bestimmter umweltsensitiver Krankheiten, wie beispielsweise Abdominaltyphus oder Cholera, bei. Bei unzureichender Ausführung allerdings konnten sie sogar die Verbreitung von Seuchen begünstigen. In Hamburg etwa wurde das Trinkwasser nicht gefiltert, so dass sich Krankheitserreger durch die zentrale Wasserversorgung besonders leicht über das gesamte Stadtgebiet ausbreiten konnten. Hamburg wurde so in den 1890er Jahren als einzige Großstadt von der letzten großen westeuropäischen Choleraepidemie heimgesucht (Evans 1987).

Für Deutschland sind die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit ebenso wie die konstatierten sozialen und regionalen Unterschiede weitgehend erforscht. Die traditionellen regionalen Differenzen

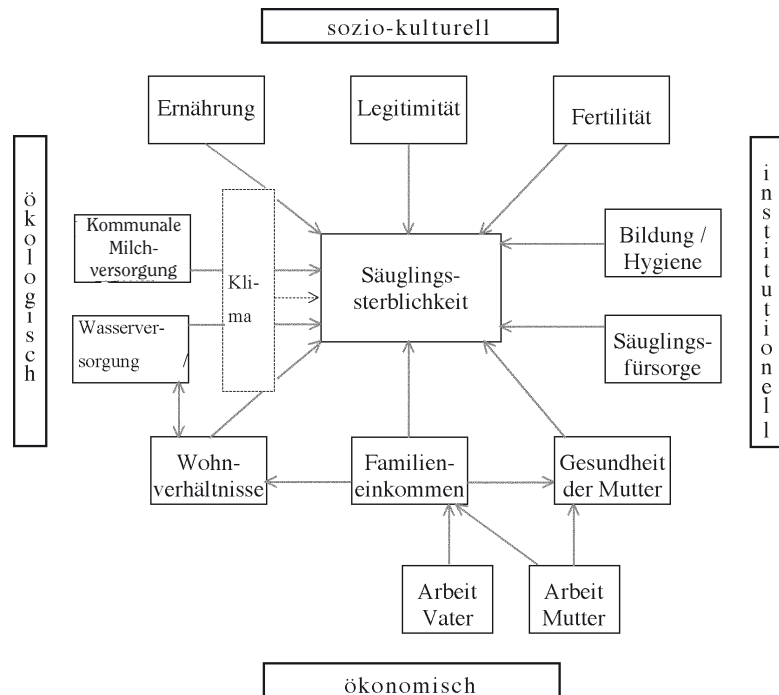
werden großenteils auf unterschiedliche Einstellungen gegenüber Leben und Tod im Bewusstsein der Bevölkerung zurückgeführt (Imhof 1981). Im Laufe des 19. Jahrhunderts traten in Preußen jedoch diese regionalen Unterschiede in den Hintergrund, während sich die soziale Ungleichheit vergrößerte (Spree 1981; Spree 1995). Da diese nicht deckungsgleich mit der sozialökonomischen Schichtenzugehörigkeit verliefen, verbietet es sich, den Sterblichkeitswandel in Deutschland nur mit sozialökonomischen Faktoren zu erklären. Als entscheidend gilt vielmehr die Ernährungsweise der Säuglinge (Kintner 1982), konkret: die Frage, wieviele Frauen ihre Säuglinge gestillt haben und wann der Übergang zu künstlicher Ernährung erfolgte. Künstliche Ernährung war mit einer hohen Säuglingssterblichkeit verbunden, extensives Stillen dagegen mit niedrigen Sterbeziffern, denn das Stillen der Säuglinge vermindert die Risiken einer Mangelernährung und bietet einen gewissen Schutz vor akuten Infektionskrankheiten. Muttermilch ist nicht nur ernährungsphysiologisch ideal, sondern überträgt auch Immunstoffe der Mutter und ist zudem relativ rein. Dagegen fördert künstliche Ernährung das Infektionsrisiko, besonders wenn die Nahrung mit Milch oder Wasser zubereitet, oder, wie es in manchen Gegenden Brauch war, von Erwachsenen vorgekaut wurde. Berüchtigt waren insbesondere der sogenannte Mehlbrei oder auch Zuckerwasser, die beide häufig morgens zubereitet und drei- bis viermal am Tag aufgewärmt wurden. Beklagt wurde von den Fachleuten ferner die weitverbreitete Verwendung von Branntwein und Bier, um die Säuglinge und Kinder zu ‚ernähren‘.

In Deutschland weisen zeitgenössische lokale Erhebungen darauf hin, dass die Stillhäufigkeit mit steigendem Einkommen tendenziell abnahm und insbesondere in den oberen Schichten wenig verbreitet war. Wesentlich markanter jedoch

Epidemiologisch wesentlich bedeutsamer als Cholera und Typhus war im 19. Jahrhundert die enorm hohe Säuglingssterblichkeit. Insbesondere in den heißen Sommermonaten starben Säuglinge (und Kleinkinder) zuhauf an gastrointestinalen Störungen. Gleichzeitig ist der Rückgang der Säuglingssterblichkeit eine wesentliche Komponente des säkularen Sterblichkeitswandels. Hierbei ist ein komplexes Geflecht von Determinanten zu berücksichtigen: Ernährungspraktiken, Legitimität der Säuglinge, Fertilität, Witterung und Klima, verbesserte hygienische Bedingungen im Zuge sanitärer Reformen (Wasserversorgung, Milchversorgung, Kanalisation), öffentliche Gesundheitsfürsorge, Wohnsituation sowie allgemeine Lebensbedingungen, Bildungsgrad, Wohlstand und Beruf der Eltern sowie allgemeine Einstellungen zu Leben und Tod (Spree 1981; Kintner 1982; Imhof 1994; Spree 1995; Vögele 1999; Haines/Vögele 2000). Versucht man, das Wechselspiel dieser Faktoren in einem Modell darzustellen, so empfiehlt es sich, sozio-kulturelle,

ökonomische, ökologische sowie politisch-institutionelle Einflussfaktoren zu unterscheiden (Abb. 3). Dabei dürfen aber die vielfältigen Interdependenzen nicht außer Acht gelassen werden. So wird beispielsweise legitimen Säuglingen eine höhere Überlebenschance eingeräumt als illegitim Geborenen. Die Zahl der illegitimen Kinder hängt zunächst einmal von den Heiratsmöglichkeiten ab. Diese können politisch beschränkt werden, einerseits durch Gesetze, andererseits durch finanzielle Auflagen, die wiederum in soziale und ökonomische Bereiche führen. Darüber hinaus hängt die Zahl der geschlossenen Ehen auch von kulturellen Einstellungen zur Heirat ab, was etwa deutlich an den gegenwärtig sinkenden Eheschließungsquoten in den Industrienationen abzulesen ist. Über das Ausmaß der Benachteiligung illegitimer Kinder ist damit jedoch noch nichts gesagt. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zentral ist, welche Einstellung eine Gesellschaft diesen illegitimen Kindern gegenüber entwickelt, da sich diese einerseits direkt auf Umgang und Pflege, andererseits indirekt über politische Maßnahmen auf den Lebensstandard (etwa einer alleinerziehenden Mutter) auswirken kann. Die ökonomische Situation schließlich bestimmt die Verdienstmöglichkeiten der Mutter und damit wiederum den Lebensstandard, d.h. sie wirkt auf Ernährung, Kleidung, Wohnung, aber auch auf die unmittelbare Umwelt (etwa das Stadtviertel), in der der Säugling heranwächst. Ähnliches gilt für die anderen Variablen. So sind beispielsweise Veränderungen in der Fertilität (Kinderzahl pro kompletter Ehe, Alter der Frau bei der letzten Geburt) oder in der Ernährungsweise der Säuglinge von einer Vielzahl von Faktoren abhängig.

Abb. 3: Determinanten der Säuglingssterblichkeit im 19. Jahrhundert – ein vereinfachtes Modell –



waren die starken regionalen Unterschiede hinsichtlich der Stillquoten. In den östlichen bzw. südöstlichen Gebieten des Deutschen Reiches ging die hohe Säuglingssterblichkeit mit dem Nichtstillen der Säuglinge in diesen Regionen einher. Nach lokalen Erhebungen in Barmen, Berlin, Essen, Hannover und Köln lag die Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge drei- bis siebenmal so hoch wie die der gestillten. Reichsweit wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts geschätzt, dass die Sterblichkeit der Flaschenkinder bis zu siebenmal höher war als diejenige der Brustkinder. Selbst unter

ungünstigsten wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen starben weniger Brustkinder als in guten wirtschaftlichen Verhältnissen lebende künstlich ernährte Säuglinge. Selbstverständlich ändern sich im Laufe der Zeit die Gewichte der einzelnen Faktoren. Während das Stillen im 19. Jahrhundert von immenser Bedeutung war und andere sozioökonomische Faktoren, wie etwa das Haushaltseinkommen, austarieren konnte, hat heutzutage die Ernährungsfrage zumindest auf die Sterblichkeit der Säuglinge der Industrienationen keinen Einfluss mehr.

Schluss

Das klassische dreiphasige Konzept des Epidemiologischen Übergangs beschreibt den Wandel von den traditionellen Sterblichkeitsverhältnissen mit dem Vorherrschen von Seuchen und geringer Lebenserwartung zur modernen Situation mit hoher Lebenserwartung und dominierenden degenerativen Todesursachen. Diese für die westlichen Industrienationen herausgearbeitete Entwicklung verlief keineswegs linear, sondern war von Verwerfungen und Rückschlägen gekennzeichnet. Sie ist auch keineswegs unumkehr-

bar, wie die gegenwärtige Rückkehr längst besiegt geglaubter Infektionskrankheiten deutlich demonstriert. Eine Analyse der Mechanismen und Ursachen dieser historischen Entwicklung trägt deshalb nicht nur zum Verständnis der geschichtlichen Entwicklung bei, sondern mag auch für gegenwärtige Strategien im Kampf gegen AIDS, Malaria und andere Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit hilfreich sein. Nicht zu unterschätzen sind gleichfalls die Implikationen für Gesundheitswesen, Arbeitsmarktstruktur oder Sozialpolitik – um nur einige Bereiche zu nennen.

LITERATUR

- R. EVANS, *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830–1910*. Oxford 1987.
- M. HAINES/J. VÖGELE, *Infant and Child Mortality in Germany, 19th–20th Centuries, Internet Workshop: A Matter of Survival. Infant and Child Mortality in Europe and North America during the 19th and 20th Centuries*. 2000, www.tema.liu.se/inhph.
- A. E. IMHOF, *Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay*. München 1981.
- A. E. IMHOF, *Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert*. Weinheim 1990.
- A. E. IMHOF (Hg.), *Lebenserwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden im 19. und 20. Jahrhundert*. Berlin 1994.
- G. KEARNS u. a. (1989), *The Interactions of Political and Economic Factors in the Management of Urban Public Health*, in C. Nelson/J. Rogers (Hg.), *Urbanisation and the Epidemiologic Transition*. Uppsala 1989, 9–81.
- H. J. KINTNER, *The Determinants of Infant Mortality in Germany from 1871 to 1933*, unveröffentlichte Dissertation, Michigan 1982.
- A. LABISCH/J. VÖGELE, *Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland*, in: *AfS*, 1997, 181–209.
- W. R. LEE, *The Mechanism of Mortality Change in Germany, 1750–1850*, in: *Medizinhistorisches Journal* 15, 1980, 244–288.
- P. MARSCHALCK, *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt/M. 1984.
- T. MCKEOWN, *The Modern Rise of Population*, London 1976.
- S. J. OLSHANSKY u. a., *Infectious Diseases – New and Ancient Threats to World Health*, *Population Bulletin* 52, 1997, 2–46.
- A. R. OMRAN, *The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49/1, 1971, 509–538.
- A. R. OMRAN, *Epidemiologic Transition in the United States. The Health Factor in Population Change*, in: *Population Bulletin* 32/2, 1977, 1–42.
- F. ROTHENBACHER, *Zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse in Deutschland seit der Industrialisierung*, in E. Wiegand und W. Zapf (eds.), *Wandel der Lebensbedingungen in Deutschland. Wohlfahrtsentwicklung seit der Industrialisierung*. Frankfurt a. M. 1982, 335–424.
- R. SPREE, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich*. Göttingen 1981.
- R. SPREE, *Der Rückzug des Todes. Der Epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts*. Konstanz 1992.
- R. SPREE, *On Infant Mortality Change in Germany since the Early 19th Century (=Münchener Wirtschaftswissenschaftliche Beiträge, Nr. 95-03)*. München 1995.
- J. VÖGELE, *Urban Mortality Change in England and Germany, 1870–1910*. Liverpool 1998.
- J. VÖGELE, *Stadt, Gesundheit und Tod. Zur Geschichte des Sterblichkeitswandels in deutschen Großstädten, 1870–1913*, Habilitationsschrift. Düsseldorf 1999.

Demographischer Wandel in europäischen Metropolen

Der Mythos der „kranken“ Stadt

Nicht erst seit dem Erscheinen von Oswald Spenglers „Untergang des Abendlandes“ in den Jahren 1918–1922 geistert der Mythos von der „kranken“ Stadt durch den europäischen und nordamerikanischen Modernisierungsdiskurs. Schon frühneuzeitlichen Beschreibungen großer Städte mangelt es zuweilen nicht an pejorativen, moralisierenden Beschreibungen des großstädtischen Lebens. Vor allem im 19. und frühen 20. Jahrhundert verdichteten sie sich in der antimodernistischen Großstadtkritik. Apokalyptiker der modernen Großstadt wie James Cantlie, Arthur Bordier oder Georg Hansen stützten sich nicht zuletzt auch auf demographische Fakten, die den zerstörerischen Charakter der Urbanisierung im industriellen Zeitalter beweisen sollten. War es zunächst die urbane Übersterblichkeit, die einen integralen Bestandteil dieser Argumentation bildete, wurde in den Jahren vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges und dann vor allem in der Zwischenkriegszeit auch das generative Verhalten großstädtischer Bevölkerungen zunehmend als bedrohlich morbid wahrgenommen. Zu eugenischen Überlegungen traten schließlich – nicht nur im nationalsozialistischen Deutschland – auch rassenbiologische. Wenn auch diese Form der Großstadtkritik nach 1945 diskreditiert war, blieb der Topos von der „sterbenden“ oder zumindest „krankmachenden“ Großstadt bestehen. Die allerorts in den Industrieländern seit den sechziger Jahren zu beobachtenden Suburba-

nisierungstendenzen scheinen ihn sogar bis heute nachdrücklich zu bestätigen.

Was hat es nun mit diesen Großstadtmythen demographisch tatsächlich auf sich? Ist der mit den Begriffen „Epidemiologischer Übergang“ und „Fertilitätstransition“ umschriebene demographische Wandel in den entwickelten Ländern in den Großstädten anders verlaufen als auf nationaler Ebene, und welche Rolle spielten diese im Zuge der Transition? Als wesentliche Einflussfaktoren der Mortalitätsentwicklung wurden in der historisch-demographischen Forschung die so genannte „sanitäre Revolution“ und – allerdings mit starken Einschränkungen – Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten und Wirkungen medizinischen Fortschritts isoliert. Der Geburtenrückgang wird vor allem mit einem starken Ansteigen der Abtreibungsraten und einem tief greifenden mentalen Wandel in Verbindung gebracht. Schon auf den ersten Blick lässt sich sagen, dass diese Einflussfaktoren eng mit der Geschichte der modernen Metropolen in den Industrieländern in Verbindung zu bringen sind.

Der Epidemiologische Übergang in den Großstädten

Europäische „Großstädte“ sind bis in das 19. Jahrhundert hinein mit einer gewissen Berechtigung als „große Friedhöfe“ bezeichnet worden. In London, Paris, Rom und auch in Wien herrschte das „high potential model“ städtischer Sterblichkeit. Es war gekennzeichnet durch eine im

Vergleich zu ländlichen Regionen zumeist deutliche Übersterblichkeit der Säuglinge und Kleinkinder, aber auch junger Migranten. Man kann davon ausgehen, dass bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts mehr als die Hälfte der Neugeborenen in den meisten europäischen Großstädten das zehnte Lebensjahr nicht erlebten. In London waren es beispielsweise um 1740 allein 38%, die das erste Lebensjahr nicht überlebten, in Wien um 1790 rund 50 und um 1800 sogar 62%.

Epidemiologisch war die urbane Pathozönose, die Gesamtheit der Krankheiten einer bestimmten Bevölkerung, bis in das frühe 18. Jahrhundert in erheblichem Ausmaß durch die starke Präsenz epidemischer Infektionskrankheiten geprägt. Eine besondere Rolle spielte dabei seit der Mitte des 14. Jahrhunderts die Pest, die in regelmäßigen Abständen den europäischen Kontinent heimsuchte. Während bei der Pest die Übertragung durch Rattenflöhe für eine mehr oder minder flächendeckende Verbreitung sorgte, waren bei anderen, im städtischen Umfeld häufig auch endemisch auftretenden, von Mensch zu Mensch übertragenen Infektionskrankheiten die Verbreitungschancen in den dicht bewohnten, ökologisch belasteten großen Städten eindeutig höher als in ländlichen Gebieten.

Die Wirkungen der (Früh-)Industrialisierung – Erhöhung der Bevölkerungsdichte und Pauperisierung – verschärften die vormodernen Mortalitätsunterschiede beträchtlich. Im späten 18. Jahrhundert und in den ersten beiden Dritteln des 19. Jahrhunderts lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Metropolen wie London, Paris, Stockholm, Berlin oder Wien auf einem weit unter dem Landesdurchschnitt liegenden Niveau. Beispielsweise betrug sie in London 1841 36,7 Jahre, in England und Wales jedoch 41 Jahre. Auch in Wien lag sie noch um 1870 deutlich unter dem Durchschnitt der österreichi-

sche Alpenländer. Dieses als „urban penalty“ bezeichnete Phänomen verschwand oder minimierte sich erst gegen die Jahrhundertwende zu.

Todesursachenspezifisch beruhte die städtische Übersterblichkeit nach dem Ausbleiben der Pest primär auf gastrointestinalen Infekten von Säuglingen und Kleinkindern, daneben auch auf Typhus- und Pockenepidemien und – vorerst besonders auf den britischen Inseln, im Laufe des 19. Jahrhunderts dann stärker auf dem Kontinent – auf der hohen Verbreitung der (Lungen-) Tuberkulose. An letalen gastrointestinalen Infekten erkrankten viele Säuglinge und Kleinkinder, die nicht gestillt, sondern mittels Wasser oder Milch vermischten Breien ernährt wurden. Insbesondere traf das auf Findelkinder zu, deren Zahl – begünstigt durch den Bau großer Findelhäuser und verursacht durch die massive Zuwanderung unterbäuerlicher, proletarisierter Schichten – ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in vielen europäischen Großstädten ständig zunahm. Die durch Unterernährung, mangelnde Hygiene und schlechte Luftqualität beförderte (Lungen-) Tuberkulose forderte ihre Opfer insbesondere unter jugendlichen Zuwanderern, obwohl sie natürlich auch unter den anderen Altersgruppen erhebliche Bedeutung besaß.

Den Anfang vom Ende der „urbanen Strafe“ läutete paradoxerweise der Ausbruch einer neuen, in Europa bis dato unbekannten Seuche ein, der Cholera asiatica. Diese erreichte um 1830 den europäischen Kontinent und erschütterte den Glauben an die Effizienz der traditionellen „medizinischen Polizey“ grundlegend. Man hatte sich daran gewöhnt, Seuchenausbrüche durch „cordons sanitaires“ abzuwehren, die hohe Säuglingssterblichkeit in den Städten defätistisch hinzunehmen und die Verbreitung der Tuberkulose als Geißel des städtischen Lebens zu akzeptieren. Endemisch auftretende Infektionskrankheiten waren im We-

sentlichen, wenn auch keineswegs ausschließlich, ein Problem der städtischen Unterschichten geworden. Nun erreichte aber eine Seuche Europa, die zunächst zwischen Arm und Reich wenig Unterschied machte. Bei der Wiener Epidemie von 1831/32 – ebenso wie bei den frühen Choleraepidemien in einigen anderen Großstädten wie Moskau und Paris – differierten die Sterberaten der Unterschichten kaum von denen der bürgerlichen Bevölkerung. Im Gegenteil, die von der städtischen Mittel- und Oberschicht bewohnte Wiener Altstadt wurde von der Seuche besonders betroffen. Der Grund für diese Minimierung der sozialen Ungleichheit vor dem Tod lag in der topographischen Lage der tief und nahe an der Donau gelegenen Wiener Altstadt. Das „cholera-vibrio“ verbreitet sich über Wasser bzw. Nahrungsmittel und findet vor allem in seichten, brackigen Gewässern günstige Verbreitungsmöglichkeiten. In unbehandelten Fällen führt eine Erkrankung in etwa 50% der Fälle zum Tod, und in dieser Beziehung bestand bei der ersten Wiener Epidemie kein Unterschied zwischen bürgerlichen Honoratioren und einfachen Tagelöhnern.

Die nun folgenden Choleraepidemien waren von einer zunehmenden sozialen Ungleichheit vor dem Tod gekennzeichnet, weil die Vermögenden durch totale Isolation von der Außenwelt oder durch Flucht eine einigermaßen erfolgreiche Überlebensstrategie entwickelten. Dennoch blieb eine Gefährdung der städtischen Ober- und Mittelschichten bei Choleraausbrüchen bestehen, was nicht unmaßgeblich dazu beitrug, die Cholera zur Lehrmeisterin der Städtehygiene werden zu lassen. Ihre spektakulären letzten Ausbrüche in Wien während der Weltausstellung 1873 und in Hamburg im Jahr 1892 bildeten den Auftakt zu deutlich gesteigerten gesundheitspolitischen Anstrengungen, die zeitgenössisch unter dem Begriff „Städteassanierung“ subsummiert wurden. Und diese

Städteassanierung, eine erste Stufe der sanitären Reform in den (Groß-) Städten, trug maßgeblich dazu bei, die Gewichte zwischen (Groß-)Stadt und Land im Bezug auf die durchschnittliche Lebenserwartung zu verschieben.

Trinkwasserversorgung und Kanalisation

Wichtigste Politikfelder in der ersten Phase sanitärer Reformen auf dem Gebiet der Seuchenprävention war die Umwelthygiene. Trinkwasserversorgung und Kanalisation spielten dabei die entscheidende Rolle. Es gehört zu den Modernisierungsparadoxa, dass der Bau zentraler Trinkwasserleitungen zunächst kontraproduktiv wirkte, da sich die Schotter-Sandfiltrierung als unzureichend erwies, wenn das zugeleitete Flusswasser unter immer größerer Schadstoffbelastung litt. Zentrale Wasserleitungen erhöhten daher das Verbreitungsrisiko von Typhus- oder Choleraepidemien. Nicht zuletzt darum galt das zweite Drittel des 19. Jahrhunderts vor allem in den Großstädten als Periode großer sanitärer Not. Zum Typus dieser Wasserleitungen zählte die im Vormärz erbaute Kaiser-Ferdinand-Wasserleitung in Wien, die zentrale Trinkwasserversorgung in Hamburg und die Themse-Wasser aufbereitenden Londoner Wasserleitungen. Ein entscheidender Schritt zu einer radikalen Besserung der Trinkwasserversorgung im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts gelang erst mit dem Bau von Wasserleitungen, die – wie in München und Wien – Hochquellenwasser zulieferten oder mit der technischen Verbesserung der Filtersysteme wie in Hamburg und London.

Bedeutung und Verlauf der „Städteassanierung“ in kontinentalen Metropolen wie Berlin und Wien unterschieden sich in mehrfacher Hinsicht von der in London oder anderen großen englischen Städten durchgeführten „sanitären Reform“. Der Industrialisierungsvorsprung

Englands hatte zu einem früher einsetzenden Problembewusstsein in den englischen Großstädten geführt. Schon in den 1850er Jahren wurden in London die gesetzlichen Grundlagen für eine entscheidende Verbesserung der Abwassersysteme geschaffen und bis 1868 auch umgesetzt. Im Bereich der Trinkwasserversorgung wurden die privaten „water companies“ gezwungen, Themswasser oberhalb von Hampton Court zu entnehmen und zu filtrieren. Dies änderte natürlich nichts an einer an kommerziellen Interessen orientierten Unternehmenspolitik. Metropolitane Unterschichtenviertel wie das Londoner East End blieben deutlich unterversorgt und erhielten teilweise noch immer unfiltriertes Flusswasser. Die Londoner Wasserversorgung wurde erst 1902 kommunalisiert. In den kontinentalen Metropolen wurden sanitäre Großprojekte mit zeitlicher Verzögerung in Angriff genommen. Sieht man von der „Ersten Wiener Hochquellenwasserleitung“ einmal ab, wurde im deutschsprachigen Raum erst in den 1870er Jahren mit dem Bau großer zentraler Wasserleitungen begonnen, während große Kanalisationsprojekte erst in den 1890er Jahren finalisiert wurden. Letztere bedienten sich des nun in wesentlich größeren Mengen zur Verfügung stehenden zugeleiteten Wassers. Erst um 1900 verfügten Städte wie München, Berlin oder Wien über integrierte Wasser- und Kanalisationssysteme, die jetzt freilich ihren englischen Vorbildern – insbesondere was die Wasserqualität betrifft – überlegen waren.

Im Gegensatz zu den britischen Inseln war und blieb die Wasserversorgung in den zentraleuropäischen Metropolen von Haus aus in kommunaler Hand. Somit konnten abseits von Absatzstrategien kapitalintensive, langfristige Großprojekte – wie etwa der Bau der Zweiten Wiener Hochquellenwasserleitung – bis in die Jahre vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges aus kommunalen Budgets finalisiert werden,

während sich die Verbesserungen der Londoner Wasserversorgung in elaborierteren Filtertechniken und der Chlorierung des Trinkwassers erschöpften. Zum Teil war allerdings auch die Problemlage eine andere, denn in Städten wie Wien, München und Berlin spielten gastro-intestinale Infekte eine größere Rolle als in London, dessen Bevölkerung im 19. Jahrhundert eine wesentlich höhere Lebenserwartung aufzuweisen hatte als jene in Stockholm, Paris, Berlin oder Wien. Dennoch gilt auch für London, dass vor allem das praktische Verschwinden epidemischer „water-borne diseases“ (Typhus, Cholera) dazu beitrug, die großstädtische Lebenserwartung um die Jahrhundertwende an den nationalen Durchschnitt anzunähern. Im Fall Stockholms und Wiens wurde in der Zwischenkriegszeit aus der „urbanen Strafe“ sogar ein „urbaner Bonus“.

Waren es in den großen deutschen und österreichischen Kommunen kleine politische Eliten, die über philanthropische Anliegen hinaus ein massives Eigeninteresse an großen Wasserversorgungsprojekten hatten, stoppten in England kritische Mittelklassen-Steuerzahler groß dimensionierte Projekte, die sich „nicht zu rechnen“ schienen und nach dem damaligen Stand des technischen und medizinischen Wissens auch nicht immer unumstritten waren. Das kommunale Engagement wurde nicht nur im deutschsprachigen Raum stufenweise erhöht. Eine erste Phase von etwa 1850–1870 wurde vor allem von Sozialreformern getragen – der Bau der Ersten Wiener Hochquellenwasserleitung wurde beispielsweise von der Gesellschaft der Ärzte in Wien maßgeblich propagiert und von einem Philanthropen wie Professor Eduard Suess im Gemeinderat durchgesetzt. Zu der in den 1870er Jahren etablierten kommunalen Leistungsverwaltung und Daseinsvorsorge trat ab den 1880er Jahren mit der „Volkshygiene-Bewegung“ der Versuch, die

sanitäre Reform nicht nur technisch umzusetzen, sondern auch einen Bewusstseinswandel bei den städtischen Unterschichten zu erreichen. Während und nach dem ersten Weltkrieg wurde die Gesundheitsfürsorge in den Kommunen organisatorisch zentralisiert, und die gesundheitliche Familienfürsorge versuchte nun die gesamte Bevölkerung zu erfassen. Der „sanften“ Sozialdisziplinierung der zwanziger und frühen dreißiger Jahre folgte die im Dienst der „Rassenhygiene“ operierende selektive „Gesundheitsfürsorgepolitik“ in der Zeit des Nationalsozialismus. Die kommunale Daseinsvorsorge nach 1945 knüpfte dann wieder an die sanfteren Formen der „Medikalisierung“ der zwanziger Jahre an, weitgehend allerdings ohne auf deren eugenische Argumentationen zurückzugreifen.

Bakteriologie

Die „Städteassanierung“ wäre ohne entsprechende industriell-technologische Entwicklung nicht vorstellbar gewesen und diese begann im ausgehenden 19. Jahrhundert die Großstädte allmählich zu begünstigen. Vorteile hinsichtlich der Versorgung mit sanitären „basic goods“ erlangten die großen Städte insbesondere in ihrer Funktion als Bildungszentren. Im Zuge der Revolution der Bakteriologie im ausgehenden 19. Jahrhundert floss medizinisches Know How teilweise sehr rasch in die öffentliche Gesundheitspolitik ein. Zu erwähnen wären etwa die zuerst in den Großstädten auf einer breiten Basis durchgeführten Blattern- und Diphtherieimpfungen, die Anwendung des Pasteurschen Verfahrens bei der Milchkonservierung und die von den Erkenntnissen der Bakteriologie profitierenden Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung. Am Beispiel der Metropolen London und Paris etwa lässt sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Entdeckung der Asepsis und der Anwendung des Pasteurisierungsver-

fahrens, welches die Gefahr von Infektionen insbesondere beim Genuss von Milchprodukten deutlich reduzierte, und einem massiven Rückgang der urbanen Sterblichkeit ab etwa 1895 herstellen.

Städtische Gesundheitspolitik

Die Entdeckungen der Bakteriologie erhöhten die Effizienz öffentlicher „Medikalisierungspolitiken“, die über die Verbreitung hygienischer Grundsätze bürgerliche Ordnungsvorstellungen auf das großstädtische Proletariat projizierten. Nicht ohne Widerstand fanden diese Medikalisierungspraktiken zunächst vor allem in der „respectable working class“ Akzeptanz. Sie versprachen vor allem beim Kampf gegen die großstädtische Säuglingsübersterblichkeit raschen Erfolg. Beispielsweise entstand die erste Mutterberatungsstelle in Deutschland in Berlin im Jahr 1905. Zunächst noch mit bescheidenem Erfolg wurde auch die Stillpropaganda intensiviert. Als wesentlich erwies sich jedoch vor allem die allgemeine Verbesserung der hygienischen Bedingungen bei der Geburt, die insbesondere durch einen hohen Hospitalisierungsgrad erreicht wurde. Im Wien der späten zwanziger Jahre lag die Säuglingssterblichkeitsrate wesentlich unter dem nationalen Durchschnitt und unterschritt bei den Sterbefällen der zweiten bis vierten Lebenswoche sogar den englischen Durchschnitt, insbesondere auch den Londoner Wert. Man wird wohl nicht ganz falsch liegen, dies mit der Tatsache in Verbindung zu bringen, dass im Wien der dreißiger Jahre mehr als 90% der Geburten in zumeist öffentlichen Spitälern stattfanden.

Dieser Erfolg der Säuglingsfürsorge im „Roten Wien“ basierte auf einem breiten Verständnis einer nun auch die sozialen Ursachen bekämpfenden „Wohlfahrtspolitik“, die die ältere Armenfürsorge ergänzte und teilweise ersetzte. Bemerkenswerterweise stieß diese

Politik selbst in den 1920er Jahren jedoch dort an Grenzen, wo die Intimsphäre verletzt wurde. So waren proletarische Mütter kaum zur „geschlossenen Säuglingsfürsorge“, die mit längeren Spitalsaufenthalten verbunden war, zu bewegen. Was der sozialdemokratischen Politik jedoch eindrucksvoll gelang, war die Durchdringung der großstädtischen Arbeiterschaft mit dem Modell der „ordentlichen Arbeiterfamilie“. Der Aufstieg der „respectable working class“ auch in vielen anderen Metropolen in der Zwischenkriegszeit bildete die Basis für den deutlichen Rückgang der großstädtischen Säuglingssterblichkeit trotz der retardierenden Effekte der Weltwirtschaftskrise.

Vom Vordringen hygienischer Grundsätze profitierten jedoch nicht nur die Säuglinge. Schon um die Jahrhundertwende war es in den Metropolen gelungen, ein relativ breites Hygieneverständnis zum Zweck der eigenen Krankheitsprophylaxe zu wecken. Die Hygiene-Ausstellung in Wien im Jahr 1906 besuchten beispielsweise nicht weniger als eine halbe Million Besucher, was mehr als einem Viertel der Gesamtbevölkerung entsprach. Unterstützt durch Sozialwohnungsbauprogramme in der Zwischenkriegszeit wurde die große Geißel der Großstädte, die zu diesem Zeitpunkt praktisch menschenubiquitär auftretende Tuberkulose, mit gesundheitspolitischen Maßnahmen erstaunlich rasch zurückgedrängt. Dies trug ebenso wie die Säuglingsfürsorge zur nationalen (Stadt-Land) und internationalen Angleichung der Mortalitätsverhältnisse in den Industrieländern bei.

Neben der sanitären Reform und vereinzelt Erfolgen der kurativen Medizin ist auch auf die Verbesserung des Ernährungszustandes der großstädtischen Populationen hinzuweisen. Anthropometrische Untersuchungen lassen vermuten, dass in den britischen Großstädten schon im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts breite Bevölke-

rungsschichten besser ernährt waren als zuvor, während in den mitteleuropäischen Metropolen – wie Messungen des Geburtsgewichtes von Neugeborenen belegen – eine merkliche Verbesserung lediglich für die Zwischenkriegszeit mit Sicherheit anzunehmen ist.

Der Geburtenrückgang in den Großstädten

Kritiker des modernen Großstadtlebens haben immer wieder darauf hingewiesen, dass sich Großstadtbevölkerungen demographisch nicht reproduzierten und permanente Geburtendefizite aufwiesen. Dies ist freilich kein Phänomen des Industriealters, sondern ein seit dem Spätmittelalter zu beobachtendes Charakteristikum vieler Städte. Erst im 19. und frühen 20. Jahrhundert erzielten die meisten europäischen Metropolen permanente Geburtenüberschüsse, in London, Amsterdam und Berlin schon seit dem Ende der napoleonischen Kriege, in Stockholm und Wien erst nach der Jahrhundertmitte.

Traditionellerweise war in den Großstädten und Metropolen mit ihrem Charakter als „Konsumptionsstädten“ ein auf familiärer Arbeitsorganisation und Alterssicherung beruhendes generatives Verhalten wenig verbreitet. Neolokalität im Handwerk, wechselnde Arbeitsverhältnisse bei den Tagelöhnern und eine betont antinatalistische Politik städtischer Obrigkeiten dämpften die Geburtenrate in den großen Städten. Einer massiven Beschränkung der Geburtenzahlen stand allerdings eine Mischung aus Unkenntnis kontrazeptiver Methoden, unsicherer eigener Lebenszeit und hoher Säuglingssterblichkeit entgegen, die eine wenig limitierte Fertilität in den Unterschichten beförderte. Als sich gegen Ende des Ancien Régime mit dem Aufkommen protoindustrieller Produktionsformen die aus dem Handwerk tradierten restriktiven städtischen Heiratsmuster und die patriarcha-

lische Kontrolle über das Gesinde lockerten, erreichte die Fertilität in den Großstädten ein sehr hohes, teilweise über dem nationalen Durchschnitt liegendes Niveau.

Der wichtigste Bestimmungsfaktor der Fertilität in der alteuropäischen Gesellschaft war die Nuptialität, die Heiratshäufigkeit, gewesen. In England unterlag sie angesichts der frühen Durchsetzung moderner Lohnarbeitsverhältnisse landesweit kaum mehr normativen Restriktionen und spiegelte vor allem konjunkturelle Schwankungen. In Mitteleuropa dagegen sorgten gesetzliche Heiratsbeschränkungen – der „politische Ehekonsens“ (Ehmer) – für eine gewisse Beschränkung der ehelichen Fertilität, während sich die uneheliche Fertilität insbesondere in den Großstädten nicht mehr in jenem Ausmaß unterdrücken ließ, wie das im Ancien Régime der Fall gewesen war. Um 1850 wurde in Städten wie Stockholm und Wien fast jedes zweite Kind unehelich geboren, und die uneheliche Fertilitätsrate erreichte beispielsweise in Wien immerhin ein Drittel der ehelichen.

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts ersetzte nun die eheliche Fertilität die Nuptialität als zentralen Bestimmungsfaktor der Gesamtfertilität, löste innereheliche Geburtenbeschränkung („stopping“) zunehmend die durch scharfe soziale Ausgrenzung von Illegitimität beförderte Hinauszögerung von Geburten („spacing“) ab. Primär wurde die vormoderne Geburtenbeschränkung wohl durch sexuelle Enthaltensamkeit, teilweise auch durch den „coitus interruptus“ und durch primitive Abtreibungsmethoden erzielt. Während sich diese Formen der Geburtenbeschränkung in städtischen und ländlichen Regionen wohl nicht wesentlich unterschieden – sieht man von überregional unterschiedlichen „sexuellen Kulturen“ einmal ab –, setzte die innereheliche Geburtenbeschränkung in den großen Metropolen deutlich eher ein, was sich schon

um die Mitte des 19. Jahrhunderts abzeichnete. Ein säkularer Wandel des generativen Verhaltens war vorerst in den „kulturellen Milieus“ der hauptstädtischen Bürokratie und des Großbürgertums zu beobachten. Schon seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert charakterisierte eine an materieller Bestandswahrung orientierte Beschränkung der Familiengröße nach Erreichen der „gewünschten Kinderzahl“ zumindest Teile dieser Schichten. Dieses Familienmodell hatte eine Vorbildwirkung auf das im Wandel begriffene großstädtische Kleingewerbe und den in den Hauptstädten entwickelten tertiären Sektor, die jedoch auch durchaus autonome instrumentelle Reaktionen auf die veränderten gesamtgesellschaftlichen Bedingungen der familialen Lebensführung und Daseinssicherung entwickelten. Das höchste Maß an kultureller Eigenständigkeit besaß die großstädtische Industriearbeiterfamilie, obwohl sie sich zumindest in mitteleuropäischen Metropolen hinsichtlich wichtiger demographischer Parameter – Heiratsalter, Familiengröße, kernfamiliale Orientierung, Modell des „male bread winners“ – in ihrer entwickelten Form in der Zwischenkriegszeit – nicht mehr allzusehr von der „bürgerlichen Familie“ unterschied. Dazu mag beigetragen haben, dass das wachsende großstädtische Konsumangebot abseits der Existenzsicherung ebenfalls wichtige Anreize bot, Reproduktion durch Konsum zu ersetzen.

Mit der Stabilisierung der Familienbeziehungen in größer werdenden Teilen des großstädtischen Proletariats begann im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts die (eheliche) Fertilität in den meisten Großstädten kontinuierlich zu sinken. Insbesondere nach der Jahrhundertwende beschleunigte sich dieser Prozess. Um 1910 hatten Städte wie Paris, Stockholm, Genf, Berlin und Wien bereits Fertilitätsniveaus nahe dem oder unter dem Reproduktionsniveau. In der Zwischen-

kriegszeit – unter dem Eindruck der Weltwirtschaftskrise – verschärfte sich dieser Trend noch zunehmend. Der Erhaltung eines bescheidenen Wohlstandsniveaus diente eine drastische Beschränkung der Fertilität. Mitte der dreißiger Jahre kamen auf eine Frau in Wien nur etwa 0,6 Geburten. Damit machte Wien Berlin den Rang der „unfruchtbarsten“ Stadt der Welt, wie der nationalsozialistische Demograf Friedrich Burgdörfer formuliert hatte, unzweifelhaft streitig. Aber auch in anderen Metropolen war die Fertilität enorm gesunken und bewegte sich deutlich unter dem nationalen Durchschnitt.

Conditio sine qua non für diesen drastischen Geburtenrückgang, der von Apokalyptikern der modernen Großstadt rasch als „Volkstod“ apostrophiert und mit dem vermeintlichen Untergang des Abendlandes in Verbindung gebracht wurde, bildete eine technologische Revolution, die Produktion und Verbreitung neuer mechanischer und chemischer Abtreibungsmethoden, die im Gegensatz zu ihren Vorläufern mit geringerem Gesundheitsrisiko angewandt werden konnten und vor allem auch von Laien, insbesondere von den Betroffenen selbst, im wahrsten Sinn des Wortes in „die Hand genommen“ werden konnten. Zudem setzte um 1900 und dann verstärkt in der Zwischenkriegszeit in den großen Städten eine wahre „Abtreibungsepidemie“ ein, deren Ausmaß sich aus den Moskauer Daten erschließen lässt, da Abtreibungen im revolutionären Russland 1917 freigegeben worden waren, wenn diese Freigabe in der Zwischenkriegszeit auch langsam durch Verordnungen zunehmend relativiert wurde. Demnach dürfte die „Abtreibungsrate“ in den großen europäischen Metropolen der Geburtenrate zumindest entsprochen, wahrscheinlich diese aber deutlich übertroffen haben. Es versteht sich fast von selbst, dass nicht nur medizinisch indizierte oder illegale Abtreibungen durch Ärzte, sondern auch der Vertrieb und Verkauf von Gummikathedern,

Uterusspritzen oder chemischen Abortiva in den Großstädten viel bessere Verbreitungschancen hatten als in Kleinstädten oder ländlichen Gemeinden, wie auch die Abortstatistik österreichischer Krankenanstalten um 1930 eindrucksvoll belegt. Erst allmählich, mit der Etablierung der „respectable working class“ und einem breit angelegten Aufklärungskonzept städtischer Gesundheitsbehörden gewannen moderne kontrazeptive Methoden an Bedeutung. Die Abtreibung blieb jedoch auch in der Folge in der städtischen Gesellschaft eine durchaus häufig praktizierte Form der Familienplanung.

Der kulturelle Anpassungsdruck in den Metropolen ließ schichtspezifische Fertilitätsdifferenziale erstaunlich rasch schwinden. Hatte die eheliche Geburtenrate in Berlin um 1900 noch zwischen 140 in bestimmten Unterschichtbezirken und 70 in sehr reichen Stadtgegenden geschwankt und auch in Paris ein ähnliches Verhältnis bestanden, schwankten um die Mitte der Dreißigerjahre die berufsspezifischen Geburtenraten in Wien – wie in anderen Metropolen – nur noch gering. Lediglich bei Berufstätigen im öffentlichen Dienst existierte im Fall von Wien eine merklich überdurchschnittliche Fertilität.

Mit ziemlicher zeitlicher Verzögerung erreichte der Geburtenrückgang in den Industrieländern endgültig erst in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts auch ländliche Regionen. Mittlerweile sind diese als weitgehend „verstädtert“ zu bezeichnen. Das Fertilitätsniveau bleibt jedoch bis in die Gegenwart in den großen Städten zumeist niedriger als im nationalen Durchschnitt, weil das moderne großstädtische Leben nach wie vor durch spezifische Instabilitäten gekennzeichnet ist, die das Risiko irreversibler biographischer Entscheidungen laufend erhöhen, was für eine deutliche lebensgeschichtliche Hinauszögerung von Geburt bis zur Kinderlosigkeit sorgt.

Selbst bei den Migranten und Migrantinnen aus Herkunftsgebieten mit hoher Fertilität ist bei vielen ein rascher Anpassungsprozess an das großstädtische Fertilitätsniveau zu beobachten. Dies gilt für tschechischsprachige Zuwanderer im Wien der Zwischenkriegszeit ebenso wie für Migranten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien in den 1990er Jahren. Lediglich einige Gruppen mit großer kultureller Distanz zum urbanen Umfeld sind von diesen Anpassungsprozessen nur eingeschränkt betroffen.

Die Großstädte als „Laboratorium“ emographischen Wandels

Der grundlegende Wandel der demographischen Prozesse der Mortalität und Fertilität ist untrennbar mit der Geschichte der Urbanisierung in Europa und Nordamerika verbunden. Die sanitäre Not des Industriezeitalters – primär verursacht durch die gestiegene Bevölkerungsdichte – schuf in den städtischen Eliten ein Problembewusstsein für ökologische Probleme,

das bis in die gegenwärtige Ökologiediskussion ausstrahlt. Die zuerst in den Großstädten umgesetzte sanitäre Revolution profitierte von der raschen Verbreitung technologischer Lösungen innerhalb der urbanen Ökonomie auf der Basis einer hohen Konzentration von Humankapital. Diese Revolution bildete die Grundlage jenes mentalen Wandels auf der Basis zunehmender Planbarkeit der individuellen menschlichen Existenz, der, von den Großstädten ausgehend, individuelle oder kollektive Krankheitsprävention, aber auch das generative Verhalten in der modernen Gesellschaft wesentlich verändert hat. Dass das soziale „Subsystem Stadt“, dessen Definition in der Gegenwart freilich immer schwerer fällt, dabei immer in besonderer Weise die Ambivalenz der Moderne widerspiegelt, steht zu diesem Befund keineswegs im Widerspruch.

Tabellen und Diagramme dazu finden Sie auf unserer Homepage
www.univie.ac.at/wirtschaftsgeschichte/vgs

LITERATUR

J.-N. BIRABEN, Pasteur, Pasteurization, and Medicine, in: Roger Schofield, David Reher, Alain Bideau (Hg.), *The decline of mortality in Europe*. Oxford 1991, 220–232.

A. LABISCH/J. VÖGELE, Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 37(1997), 396–424.

P. MÜNCH, Stadthygiene im 19. und 20. Jahrhundert. Die Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallbeseitigung unter besonderer Berücksichtigung Münchens (=Schriftenreihe der historischen Kommission bei der bayerischen Akademie der Wissenschaften 49), Göttingen 1993.

E. SHORTER, Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau. München-Zürich 1987.

J. SÖDERBERG/U. JONSSON/CH. PERSSON, A stagnating metropolis. The economy and demography of Stockholm, 1750–1850 (=Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time 13), Cambridge u. a. 1991.

S. SZRETER/G. MOONEY, Urbanization, mortality, and the standard of living debate: new estimates of the expectation of life at birth in nineteenth-century British cities. in: *Economic History Review* 51(1998), 84–112.

J. VÖGELE, Urban Mortality Change in England and Germany, 1870–1913 (=Liverpool Studies in European Population 5). Liverpool 1998.

Klaus Edel

Der demographische Übergang als Thema im Unterricht

In den Lehrbüchern für Geschichte und Sozialkunde der Oberstufe wird das Thema „demographischer Übergang“ sehr unterschiedlich behandelt. Während die Stationen (3, S. 13f) auf rund zwei Seiten mit Graphiken unterlegt den demographischen Übergang referieren, sprechen die Spuren der Zeit (7, S.7) von „demographischer Revolution“ und fügen eine unkommentierte Graphik zur Bevölkerungsentwicklung Englands mit der Phasengliederung (vgl. Q8 „Warum die Menschheit so rasant wächst“) bei und führen Argumente an, warum es zu einem „explosionsartigen“ Anstieg der Bevölkerung kam. In „Aus Geschichte lernen“ wird mit wenigen Sätzen „das rapide Wachstum der Bevölkerung (Bevölkerungsexplosion)“ im Sinne der gängigen Theorie erläutert. Die Zeitbilder (7, S.6) beschäftigen sich unter der Überschrift „Ein Bevölkerungswachstum wie nie zuvor!“ in einem Absatz mit der englischen Bevölkerungsentwicklung, bringen allerdings eine Tabelle der Bevölkerungsentwicklung ausgewählter europäischer Staaten sowie der USA.

Im Unterricht wird erfahrungsgemäß der demographische Übergang eher kurz abgetan bzw. den Geographen überlassen. Die Artikel dieser Nummer bieten die Chance, dieses Thema fächerübergreifend zu behandeln, dabei könnte neben Geographie und Wirtschaftskunde auch Englisch einbezogen werden. Eine Unterstützung bietet dabei

das Link <http://www.monterey.edu/academic/centers/sbsc/sbsc300b/guest/index.htm>.

Die Materialien zur Fachdidaktik dieser Nummer sind dieses Mal bewusst kontrastiv angelegt, denn sie enthalten Texte, die in den vorangestellten Beiträgen zumeist kritisiert bzw. sogar verworfen werden. Doch bietet gerade dieses Spannungsfeld die Chance durch den Vergleich mit den SchülerInnen im Unterricht den neuen Ansatz herauszuarbeiten.

Q1 Kindersterblichkeit

Ein Stockwerk tiefer begegne ich dem Tod ... Vor einer Tür lehnt eine dralle Frau in den Vierzigern und hört zu, wie ich mit den Nachbarinnen plausche. Ich richte auch an sie die Frage, wie viel Personen ihre Kammer berge.

„Seit Sonntag san m'r nur unser drei“ Die Tür ist halb offen.

„Kann man einen Blick in die Wohnung werfen?“

„Warum denn nicht? Sehn S' nur hinein!“

Betroffen hemme ich auf der Schwelle meinen Schritt. ... Ein kleiner Sarg steht auf dem Schubladekasten und dahinter brennt ein Lämpchen. Der Ubertan deckt das kleine starre Kör-

perchen, und nur das wächserne Gesichtchen mit den eingefallenen Wangen ist sichtbar.

„Da hab'n S' ja ein Engerl?“

„Ja, gehen S'nur hinein, schau'n Sie's nur an.“

„Wann is 's denn g'storb'n?“

„Am Sonntag“

„Und heut is die Leich?“

„Ja, heut auf d'Nacht.“

Das sagt mir schon die Schwester der kleinen Louisi, eine Siebzehnjährige, die eben an der Toilette ist. Ein blaues Waschkleid mit weißem Maschinspitz, der steif und eckig absteht, hat sie als ihr Bestes angelegt zur Totenfeier der kleinen Louisi.

„War die Louisi Ihre Schwester?“

„Ja.“

„Da war aber eine große Pause ...“

„O na, die Mutter hat ja zwölf Kinder g'habt. Nach der Louisi no ans, das is scho früher g'storb'n. Von die Klan hab'n m'r kans davonbracht. Grad' nur mir zwa Größeren leben. I und mei Schwester.“

„Wie alt ist die?“

„Einundzwanzig“

„Und alle übrigen sind gestorben?“

„Ja.“

„Wie lange wohnen Sie hier?“

„Zwölf Jahre“

„Da sind alle hier geborenen Kinder auch hier gestorben?“

„Ja.“

„Wieviele, waren es?“

„Das weiß ich nicht. Alle Jahr a Tauf oder a Leich. Manchmal beides.“

(Max Winter, Das schwarze Wienerherz, Sozialreportagen aus dem frühen 20. Jhdt. Herausgegeben von Helmut Strutzmann, Wien 1982, 81f)

LITERATUR

M. FLOIGER/U. EBENHOCH/K. TSCHEGG/M. TUSCHEL, Stationen 3, Wien 1991.

KRAWARIK/SCHRÖCKENFUCHS/WEISER, Spuren der Zeit 7, Wien 1991.

O. ACHS/M. SCHEUCH/E. TESAR, Aus Geschichte lernen 7, Wien 1995.

SCHEUCHER/WALD/LEIN/STAUDINGER, Zeitbilder 7, Wien 1992.

Soziale (oder politische Steuerung) des Bevölkerungswachstums in der vorindustriellen Gesellschaft?

Blütenlese zum Konzept der ‚Stelle‘ in der Süßmilchianischen Tradition

Q2

„Wenn zwey Menschen eine Stelle sehen, wo sie ihre Nahrung finden, und sich durch ihren Fleiß und Arbeit die Nothdurft und Bequemlichkeit des Lebens erwerben können, da heirathen sie einander“

(Johann Heinrich von Justi, *Die Grundfeste zu der Macht und Glückseligkeit der Staaten oder ausführliche Vorstellung der gesamten Polizey-Wissenschaft*, Königsberg 1760, Bd. 1, 177)

Q3

„Unsers Ermessens kommt die ganze Sache darauf an, daß in einem Staate viele Stellen vorhanden sind, auf welche sich fleißige Menschen ernähren können. [Das Bevölkerungswachstum beruht darauf], daß der Staat viele Gelegenheiten verschaffe, worauf und wodurch sich viel Menschen ernähren und in den Stand setzen können, Getraide und andere Lebensmittel zu kaufen.“

(Johann Friedrich von Pfeiffer, *Deutsche Encyclopädie oder Allgemeines Real-Wörterbuch aller Künste und Wissenschaften*, Frankfurt 1778–1804, s.v. *Bevölkerung*)

Q4

„Jedes Dorf hat seine abgemessene Flur und gewisse Zahl Ackerhöfe, wozu dann noch eine proportionierte Zahl Tagelöhner und Handwerker gehören. Hat jedes Dorf so viel Menschen und Familien als es braucht; so erlangt das Heyraten einen Stillstand. Die ledigen und erwachsenen Leute können daher nicht heyraten, wenn sie wollen, sondern wenn der Tod Platz macht. Daher in einer hinlänglich besetzten und bevölkerten Provinz nur jährlich eine gewisse Zahl neuer Ehen entstehen kann. Solange aber noch eine Gelegenheit zur Nahrung vorhanden ist, so lange noch unbebaute Ackerhöfe oder nicht genutzte Felder vorhanden

sind; so lange folgt der Mensch dem natürlichen Triebe, und sucht zu heyraten.“

(Johann Peter Süßmilch, *Die göttliche Ordnung in der Veränderung des menschlichen Geschlechts aus dem Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen*, 4. Aufl., Berlin 1798 [zuerst 1741], Bd. 1, 143)

Q5

„Wer aber kann die innerliche Verfassung von einer Stadt, noch mehr aber von einem Lande, so genau kennen? Wer kann es wissen, daß ein Land hinlänglich besetzt, und daß weder der Ackerbau, noch die Handwerker und Manufacturen in Städten einen größeren Zuwachs leiden?“

(Johann Peter Süßmilch, *Die göttliche Ordnung in der Veränderung des menschlichen Geschlechts aus dem Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen*, 4. Aufl., Berlin 1798 [zuerst 1741], Bd. 1, 147)

Q6

„Es gibt Vollstellen, die die ganze Arbeitsleistung einer Vollfamilie beanspruchen, deren Ertrag ihr aber auch ein angemessenes Dasein gewährt; es gibt Kleinstellen mit schrumpfender Tragfähigkeit, die nur beschränkt und vermindert eine Familie ernähren; es gibt endlich Teilstellen, die nur eine ledige Arbeitskraft tragen. Die Teilstellen sind daher vom ehelichen Gattungsvorgang ausgeschlossen und gehören unmittelbar nur der Arbeitsverfassung an.“

(Gunther Ipsen, *Agrarische Bevölkerung*, in: *Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik* 9 [1941], 209–214, hier: 212)

Q7 Causes of the happiness of nations

„The happiness of a country does not depend, absolutely, upon its poverty or its riches, upon its youth or its age, upon its being thinly or fully inhabited, but

upon the rapidity with which it is increasing, upon the degree in which the yearly increase of food approaches to the yearly increase of an unrestricted population. This approximation is always the nearest in new colonies, where the knowledge and industry of an old State, operate on the fertile unappropriated land of a new one. In other cases, the youth or the age of a State is not in this respect of very great importance. It is probable, that the food of Great Britain is divided in as great plenty to the inhabitants, at the present period, as it was two thousand, three thousand, or four thousand years ago. And there is reason to believe that the poor and thinly inhabited tracts of the Scotch Highlands, are as much distressed by an overcharged population, as the rich and populous province of Flanders.

Were a country never to be overrun by a people more advanced in arts, but left to its own natural progress in civilization; from the time that its produce might be considered as an unit, to the time that it might be considered as a million, during the lapse of many hundred years, there would not be a single period, when the mass of the people could be said to be free from distress, either directly or indirectly, for want of food. In every State in Europe, since we have first had accounts of it, millions and millions of human existences have been repressed from this simple cause; though perhaps in some of these States, an absolute famine has never been known.“

(*Essay on the Principle of Population* by Thomas Robert Malthus 1798, Chapter VII, www.trmalthus.com/essay.htm)

Einige Links zum Thema:

<http://www.dsw-online.de>
<http://www.demographie.de/info/index2.htm>
<http://www.demogr.mpg.de/>
<http://migration.ucdavis.edu/mn/mntxt.html>
<http://www.unfpa.org>
<http://www.popnet.org/>
<http://popindex.princeton.edu/>
<http://www.dse.de/zg/lernbibl/lernbib.htm>

Q8 Warum die Menschheit so rasant wächst

Der „demographische Übergang“

Der rasante Anstieg des Bevölkerungswachstums beginnt mit der Industrialisierung (ab Mitte des 18. Jahrhunderts). Mit wachsendem Wohlstand und vor allem hygienischen und medizinischen Fortschritten wurden die Menschen älter. Die Sterbefälle in den Industrienationen in Europa und wenig später auch in Nordamerika nahmen rapide ab, während die Zahl der Neugeborenen (Geburtenrate) erst mit einiger Zeitverzögerung ebenfalls auf ein niedriges Niveau sank. Bevölkerungswissenschaftler sprechen vom Modell des „demographischen Übergangs“ (Transition).

Diese Theorie stellt vereinfacht ein Drei-Phasen-Modell dar und berücksichtigt auch wirtschaftliche Entwicklungen. Es geht zunächst von einer hohen Geburten- und Sterberate in vorindustriellen Gesellschaften aus. Schlechte Lebensbedingungen, mangelnde medizinische Versorgung und Armut lassen die Menschen sehr früh sterben. Wegen der hohen Kindersterblichkeit müssen viele Kinder geboren werden; zudem gelten sie als „Altersversicherung“ (Phase eins). Das Bevölkerungswachstum ist in dieser Phase gering.

Bestimmte gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen wie die Industrialisierung erzielen medizinische Fortschritte und eine Verbesserung der Lebensstandards. Die Menschen leben länger und es entsteht ein Geburtenüberschuß, da die Geburtenzahlen zunächst hoch bleiben. Wissenschaftler sprechen dann von einer sich öffnenden „Bevölkerungsschere“, in der die Bevölkerung stark wächst (Phase zwei).

Mit wachsendem Wohlstand und fortschreitender Urbanisierung (alles über Verstädterung/Urbanisierung) treten Konsumwünsche

in den Vordergrund, die sich mit weniger Kindern besser realisieren lassen. Zudem sorgt die Medizin dafür, daß die Säuglingssterblichkeit ganz erheblich zurückgeht. Viele Kinder sind nun nicht mehr notwendig. Die Geburtenrate gleicht sich dem niedrigen Niveau der Sterberate an (Phase drei).

Diesen „demographischen Übergang“ haben die Industrienationen schon durchlebt. Noch am Ende des 19. Jahrhunderts wuchsen sie stark an. Dann sank die Zahl der Neugeborenen bis auf das heutige niedrige Niveau. Natürlich ist die Bevölkerungsentwicklung hier nicht immer genau nach diesem Schema verlaufen. So sind beispielsweise in Frankreich schon seit dem Ausgang des 18. Jahrhunderts nicht nur die Sterbe-, sondern auch die Geburtenzahlen zurückgegangen. Die Industrieländer tragen derzeit kaum noch zum Bevölkerungswachstum bei.

Viele Entwicklungsländer in Asien, Afrika und Lateinamerika befinden sich erst in der Anfangsphase des „demographischen Übergangs“. Die medizinischen Fortschritte haben auch hier die Todesfälle reduzieren können, aber nach wie vor werden sehr viele Kinder geboren.

Wenngleich viele Entwicklungsländer heute da zu stehen scheinen, wo die Industrieländer Ende des 19. Jahrhunderts standen, sind die Ausgangsbedingungen doch sehr unterschiedlich. Schon die ungleichen Größenordnungen lassen die Frage aufkommen, ob das Modell zur Erklärung für die heutige Situation der Entwicklungsländer überhaupt geeignet ist. Damals handelte es sich um 200 Millionen Europäer gegenüber etwa 4,2 Milliarden Menschen in den heutigen Entwicklungsländern. Weitere Unterschiede sind die Zuwachsraten, die heute in vielen

Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerika bei weitem höher sind.

Doch auch in diesen Ländern hat es einen „demographischen Übergang“ gegeben, der in der Regel sogar schneller vonstatten ging als in Europa und Nordamerika des vorigen Jahrhunderts. Viele europäische Länder brauchten annähernd 100 Jahre für die Transition. China und Thailand schafften das in nur sieben beziehungsweise acht Jahren. Fast alle Entwicklungsländer weisen heute einen geringeren prozentualen Zuwachs ihrer Bevölkerungen auf als Anfang der 60 Jahre. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau (= Fruchtbarkeits- oder Fertilitätsrate) ist in Asien von 5,1 Kindern (1975) auf heute 2,8 Kinder gefallen und in Lateinamerika von fünf auf drei Kinder. In Afrika bekommt eine Frau heute durchschnittlich 5,6 Kinder, 1975 waren es noch 6,6. Zum Vergleich: In Europa bringen Frauen heute durchschnittlich 1,4 Kinder auf die Welt.

Entscheidend für heutige Lösungsstrategien ist, welche Faktoren den „demographischen Übergang“ beschleunigen können, damit sich die Bevölkerungsschere auch in diesen Ländern schließen kann.

(Quelle: EINE WELT FÜR ALLE e. V.: *Ein überbevölkerter Planet?*, 1994, Deutsche Welthungerhilfe, 1998; Deutsche Stiftung Weltbevölkerung: *Weltbevölkerung*, 1998; Kuls: *Bevölkerungsgeographie*, 1980)

© G.O. - Wissen Online
<http://www.g-o.de>

Quellensammlung: Thomas Sokoll

Glossar

Begriffe rund um die Bevölkerung

Bevölkerungsschere

Beschreibt die Entwicklung von Geburten- und Sterberaten anhand der graphischen Darstellung des Modells des „demographischen Übergangs“. Die Bevölkerungsschere öffnet sich zunächst beim Absinken der Sterbeziffern. Da die Geburtenraten zunächst hoch bleiben, wächst die Bevölkerung in dieser Phase enorm. Allmählich schließt sich die Schere wieder durch das Absinken der Geburtenraten auf ein ähnliches Niveau wie die Sterberaten. Das Modell des „demographischen Übergangs“ ist inzwischen höchst umstritten, da es viele Länder gibt, auf deren demographische Entwicklung es kaum paßt.

Bruttoreproduktionsrate (BRR)

Anzahl der Mädchen, die eine Frau zur Welt bringen würde, wenn sie ihre fruchtbaren Jahre genau mit den zu einem bestimmten Zeitpunkt herrschenden altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten durchlaufen würde.

Demographische Transition

Andere Bezeichnung für den „demographischen Übergang“, den nach landläufiger Auffassung jede Bevölkerungsgruppe durchläuft. Hohe Sterbe- und Geburtenraten pendeln sich nach einer Phase des Übergangs, der Transition, in dem die Geburtenraten aber zunächst hoch bleiben, nach dem allmählichen Absinken der Geburtenraten, auf ein niedriges Niveau ein. Siehe auch Bevölkerungsschere.

Fertilität/Fruchtbarkeit

Ein Begriff, der sowohl in der Anthropologie als auch Zoologie verwendet wird. Er beschreibt die Fähigkeit der Menschen (Lebewesen), Nachkommen hervorzubringen, bezogen auf die Gesamtpopulation und/oder eine Region. Siehe auch **natürliche Fruchtbarkeit**.

Fertilitätsrate

Verhältnis von Lebendgeborenen zu Frauen im gebärfähigen Alter. Das gebärfähige Alter wird in der Regel zwischen 15-45 angesetzt. Es werden auch altersspezifische Fertilitätsraten sowie spezielle Fertilitätsraten für einzelne soziale Gruppen oder Schich-

ten, für Verheiratete und Ledige, etc. berechnet, die durch ihre regionalen Unterschiede Hinweise auf die Bevölkerungs- und Sozialstruktur eines Raumes geben.

Gastrointestinale Krankheiten

Den Magen und Dünndarm betreffende Störungen

Geburten- und Sterberaten

Jährliche Geburten und Sterbefälle eines Raumes/Landes pro 1.000 Einwohner. Diese Raten werden oft als „rohe“ Raten bezeichnet, da sie die Altersstruktur nicht beachten. Daher sind die „Sterberaten“ in den Industrieländern, die einen relativ großen Anteil von älteren Menschen aufweisen, oft höher als die in den Entwicklungsländern mit einer niedrigeren Lebenserwartung.

Generatives Verhalten

Summe aller Einflussfaktoren, vor allem kulturelle, demographische und soziale Faktoren, die auf die Geburtenhäufigkeiten und Geburtenzahl einer bestimmten Bevölkerungsgruppe einwirken.

Intrinsische Wachstumsrate

Natürliche Wachstumsrate einer stationären Bevölkerung (Bevölkerung mit konstanter Altersstruktur). In Wirklichkeit gibt es keine Bevölkerung, deren Altersstruktur über einen längeren Zeitraum konstant ist. Gleichwohl ist das statistische Modell einer solchen Bevölkerung sinnvoll, weil es erlaubt, den Zusammenhang der Wachstumsrate mit den Fertilitäts- und Mortalitätsraten (**Bruttoreproduktionsrate, Lebenserwartung bei der Geburt**), in denen (im Unterschied zu den rohen **Geburten- und Sterberaten**) die Altersstruktur ebenfalls berücksichtigt ist, mathematisch darzustellen.

Lebenserwartung bei der Geburt

(e_0) Statistischer Mittelwert, der sich aus der Altersverteilung aller in einen bestimmten Zeitraum erfolgten Todesfälle ergibt. Die niedrige Lebenserwartung in vorindustriellen Bevölkerung erklärt sich vor allem

aus der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit.

Ledigenquote

Anteil der in der Altersgruppe 40-44 (oder 45-49) weder verheirateten noch verwitweten oder geschiedenen Personen.

Mortalität

Anzahl von Menschen einer Population, die während einer definierten Periode stirbt, unabhängig von biologischen, ökologischen oder sozialen Ursachen.

Natürliche Fruchtbarkeit

Dieses Konzept wurde vom Office of Population Research in Princeton im Rahmen des großangelegten European Fertility Projects, einer vergleichenden Studien über den Fruchtbarkeitsrückgang in Europa, eingeführt. Es bezieht sich nicht etwa, wie man meinen könnte, auf das biologische Reproduktionsmaximum, sondern auf die für die nordamerikanischen Hutterer dokumentierte Fruchtbarkeit von rund 13 Lebendgeburten pro Frau im gebärfähigen Alter, die dem (wie man damals meinte) höchsten für eine menschliche Population zuverlässig dokumentierten Fruchtbarkeitsniveau entspricht. Inzwischen kennen wir historische Populationen, deren Fruchtbarkeit noch höher liegt.

Natürliche Wachstumsrate

Geburtenrate minus Sterberate ergibt die jährliche Wachstumsrate der Bevölkerung, ohne die Auswirkungen von Migration (Wanderungen) miteinzubeziehen. Sie wird in Prozent ausgedrückt.

Nuptialität

Heiratshäufigkeit. Veränderungen im Zeitverlauf hängen von zwei (voneinander unabhängigen) Faktoren ab: dem mittleren Heiratsalter und der Verehelichungsquote (Verheirate pro 1.000 der Bevölkerung [oder spezifischer: bestimmter Altersgruppen] im heiratsfähigen Alter).

Säuglingssterblichkeit

Sterbefälle im ersten Lebensjahr pro 1.000 Lebendgeborene eines Jahres.

Quelle: Diercke Wörterbuch der Allgemeinen Geographie, 1997

© G.O.-Wissen Online <http://www.g-o.de>

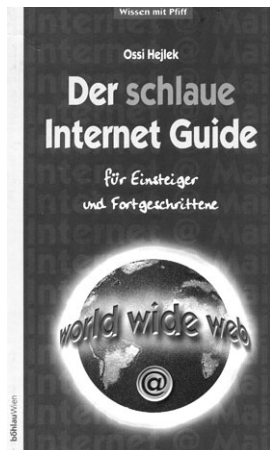
Thomas Sokoll, Klaus Edel

Rezensionen

Ossi Hejlek:

Der schlaue Internet Guide für Einsteiger und Fortgeschrittene

Böhlau Wien, ISBN 3-205-99189-3, ATS 298,-



Mit seinem Internet Guide für Einsteiger und Fortgeschrittene hat Hejlek dem Reihentitel „Wissen mit Pfiff“ alle Ehre gemacht: Auf über 300 Seiten im Vierfarbendruck werden dem Leser/der Leserin auf angenehm aufbereitete Weise Internet-Basics, Information über Mailprogramme, Chatrooms, Suchmaschinen, Homebanking, E-Commerce, Sicherheit im Netz u.a.m. geboten. Dazu gesellt sich ein umfangreiches Internet-Glossar und eine Sammlung von 2.500 nachfolgenden Branchen und Interessengebieten geordnete Internetadressen: *Ämter und Politik, Auto Banken, Bildung, Buchhandel, Buchverlage, Computer, Erotik, Essen & Trinken, Familie, Fernsehen, Gesundheitswesen (+ Medizin), Immobilien, Jobbörse, Kino & Film, Kunst & Kultur, Medienwelt, Mode, Museen, Musik, Politik, Prominenz, Reise, Shopping, Sport, Tiere und Umwelt, Versicherung, Universitäten, Wissen*. Der Text ist durchgängig mit Screenshots und erläuternden Skizzen aufgelockert

und ein detailliertes Inhaltsverzeichnis sowie ein Register verhelfen zu rascher Orientierung.

Zwei Dinge seien kritisch angemerkt: Die Screenshots deuten auf Hejlek als „eingeschworenen Apple-User“ hin, obwohl in der Internetwelt der Apfel schon längst zum Minderheitenprogramm geworden ist; eine Anpassung an den Browser-Mainstream wäre durchaus am Platz gewesen. Der zweite Punkt betrifft die mitgelieferten 2.500 Webadressen: Wer tippt diese schon gern selbst ein – hier hätte eine beigelegte CD-ROM oder eine spezielle Zugangsseite auf der Böhlau-Homepage der Benutzerfreundlichkeit sehr gut getan.

Für interessierte LehrerInnen und SchülerInnen ist der Guide sicher ein sehr niederschwellig gestaltetes Einstiegsportal in die Internetwelt und daher der Ankauf durch die Schulbibliothek durchaus anzuraten.

Eduard Fuchs

Quellensammlung zur mittelalterlichen Geschichte



Im Zuge der Vorarbeiten zum Thema Investiturstreit (Beiträge 3/99) stieß ich auf die „Quellensammlung zur mittelalterlichen Geschichte“, eine CD-ROM aus dem Bogon, Müller, Pentzel Verlag, Berlin, die 22 wichtige mittelalterliche Texte sowohl in Latein wie in Deutsch anbietet. Darunter befinden sich unter anderem Einhard mit seiner Lebensbeschreibung Karls d. Großen, Gregor von Tours, Hrosvit von Gandersheim oder Otto von Freising.

Dank der sehr benutzerfreundlichen Oberfläche gestaltet sich die Arbeit mit der CD-ROM problemlos. Die Texte sind alphabetisch angeordnet und können per Mausklick geöffnet werden. Zu jeder Quelle gibt eine multimedial aufbereitete Einführung, die entweder mit Bildern, Karten, Stammbäumen oder beispiels-

weise auch mit Zitaten von Wilhelm Busch versehen ist, ergänzende Informationen. Wird der Punkt „Zusätzlich/Wattenbach“ angewählt, öffnet sich ein Fenster mit dem entsprechenden Kapitel von Wilhelm Wattenbachs Quellenkunde. Im Feature „Zusätzlich/Literatur“ erfährt man, woher der Text auf der CD-ROM bzw. die Übersetzung stammt und findet weiterführende Literaturhinweise.

Sehr hilfreich ist auch die synchrone Bearbeitungsmöglichkeit des jeweiligen Quellentexts: ohne lästiges Suchen befindet sich der Cursor beim Wechseln des Fensters an der jeweiligen Stelle, auf die im deutschen bzw. lateinischen Text positioniert worden ist. Die Suchfunktion ermöglicht sowohl die Suche nach jedem in den Texten vorkommenden Wort als auch nach Jahreszahlen und Sachgebieten sowie der Verknüpfung von Wort und Zahl. Die gefundenen Stellen können in das eigene Textverarbeitungsprogramm exportiert und damit direkt als Zitat eingebaut werden. Dies bedeutet nicht nur für wissenschaftlich Arbeitende eine wesentliche Erleichterung, sondern auch für LehrerInnen, die damit ohne großen Bastel- oder hohen Schreibaufwand für den Unterricht benötigte Quellen vorbereiten können.

Es bieten sich mehrere Möglichkeiten an, diese Quellensammlung im Geschichtsunterricht einzusetzen. Für den thematischen Unterricht besteht die Möglichkeit, zu Sachthemen über die Suchfunktion geeignete Textstellen

zu finden. Zur Vertiefung können bei einem Mittelalterschwerpunkt im Wahlpflichtfach eine Reihe von Quellen eingesetzt werden. Schließlich lässt sich für einen fächerübergreifenden Unterricht bzw. für eine fächerübergreifende Reifeprüfung mit Latein die zweisprachige Ausstattung der CD-ROM ideal nutzen.

Die von fachwissenschaftlicher Seite geäußerte Kritik der willkürlichen Textauswahl, der tlw. nicht kommentierten Textkürzungen und Texteingriffe sowie der Übersetzungsauswahl (siehe dazu Thilo Koehn in einer Rezension für die Diskussionsliste H-Soz-u-Kult unter <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/rezensio/>) sollte nicht unerwähnt bleiben, scheint für einen schulischen Einsatz jedoch eher irrelevant zu sein. So hebt auch Koehn den Wert dieser digitalisierten Quellenedition aufgrund der schwierigen und kostspieligen Zugänglichkeit mittelalterlicher Quellensammlungen – so z.B. der Quelleneditionen der Monumenta Germaniae historica – hervor.

Inzwischen ist auch eine Fortsetzungs-CD-ROM mit weiteren 30 Quellentexten des 12.–14. Jahrhunderts – nunmehr für beide CD-ROMs im Heptagon-Verlag – herausgekommen.

So erscheint es durchaus sinnvoll, diese CD-ROM für die Schulbibliothek bzw. das Informatik Kustodiat anzuschaffen (nähere Informationen und Bestellungen über info@heptagon.de)

Klaus Edel



LEHRER/INNENFORTBILDUNGSSEMINARE SCHULJAHR 2000/2001

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien
Adolf-Czettel-Bildungszentrum
„Arbeitswelt und Schule“,
Theresianumgasse 16-18
1041 Wien
Tel.-Nr. 50165/3134DW

Im Rahmen der Aktion „*Arbeitswelt und Schule*“, die von der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien gemeinsam mit dem Österreichischen Gewerkschaftsbund durchgeführt wird, bieten wir Wiener Lehrerinnen und Lehrern regelmäßig Fortbildungsseminare zu Themen der politischen

Bildung an. Diese Veranstaltungen erfolgen in Kooperation mit dem Stadtschulrat für Wien und den Pädagogischen Instituten. Die Seminare von „Arbeitswelt und Schule“ sind großteils für den *fachübergreifenden und projektorientierten Unterricht* konzipiert und beziehen daher viele Unterrichtsgegenstände ein. Mit diesem Prospekt geben wir Ihnen einen Gesamtüberblick über unser *Seminarangebot* für das **Schuljahr 2000/2001** und hoffen, Ihnen damit die Auswahl zu erleichtern.

SEMINARANMELDUNGEN: Wenn Sie an einem unserer Seminare teilnehmen wollen, muss eine Anmeldung auf dem *üblichen Dienstweg* an das für Sie zuständige Pädagogische Institut erfolgen. *Ein wichtiger Hinweis:* Wir können Ihnen bereits jetzt die Nummern angeben, die die Veranstaltungen in den Verzeichnissen der Institute haben werden.

AUFENTHALTSKOSTEN: Diese werden von den Veranstaltern getragen.

WINTERSEMESTER 2000/2001

„PRAXIS UND PROBLEMATIK DER BERUFSORIENTIERUNG IM ALLGEMEINEN SONDERSCHUL- UND INTEGRATIONSBEREICH“

Modul im Rahmen der Ausbildung zur Unterrichtsberechtigung der verbindlichen Übung „Berufsorientierung“ an der ASO und in Integrationsklassen

Zielgruppe: LehrerInnen an SPZ und in Integrationsklassen der Sekundarstufe

Termin: 16. 10. 2000 – 19. 10. 2000

Ort: Berghaus Annental, NÖ

Veranstalter: AK-Wien in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien

Veranstaltungsnummer: PIS 2000

„VERNETZTES LERNEN IN DER INFORMATIONSGESELLSCHAFT“

Zielgruppe: LehrerInnen aller Schultypen

Termin: 6. 11. 2000 – 8. 11. 2000

Ort: Karl-Weigl-Bildungshaus, Mödling

Veranstalter: AK-Wien in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien und dem Pädag. Institut des Bundes

Veranstaltungsnummer: PIS 2000, PIB 900431

„BERUFSORIENTIERUNG – PRAKTISCHE UMSETZUNG IM UNTERRICHT“

Zielgruppe: LehrerInnen an HS, SPZ und AHS-Sekundarstufe

Termin: 6. 11. 2000 – 8. 11. 2000

Ort: Bildungszentrum der AK Wien

Veranstalter: AK Wien in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien

Veranstaltungsnummer: PIS 2000

„MENSCHEN IN DER KRISE. UMBRÜCHE ALS CHANCE“ – VERANSTALTUNG NR. 17 DER REIHE „BEITRAG DER RELIGIONSPÄDAGOGIK ZUR LÖSUNG GESELLSCHAFTLICHER FRAGEN“

Zielgruppe: ReligionslehrerInnen an HS, AHS und BMHS

Termin: 19. 11. 2000 – 22. 11. 2000

Ort: Seminarhotel Velm, NÖ

Veranstalter: Gewerkschaft der Privatangestellten und Religionspädagog. Institut in

Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut des Bundes und dem Pädag. Institut der Stadt Wien

Veranstaltungsnummer: PIS 2000, PIB 900281, RPI

„VOM TRAUM ZUR WIRKLICHKEIT II. FOLGESEMINAR: „BERUFSORIENTIERUNG UND LEBENSPLANUNG IM PROJEKTUNTERRICHT“

Zielgruppe: LehrerInnen aller Schularten ab der 5. Schulstufe

Termin: 27. 11. 2000 – 29. 11. 2000

Ort: Seminarhotel Velm, NÖ

Veranstalter: AK Wien und Gewerkschaft der Privatangestellten in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien

Veranstaltungsnummer: PIS 2000

SOMMERSEMESTER 2001

„GESTALTUNG VON UNTERRICHTSSEQUENZEN UND – MATERIALIEN MIT NEUEN MEDIEN“

Zielgruppe: LehrerInnen aller Schularten; Vorkenntnisse in der Gestaltung von HTML-Seiten erforderlich

Termin: 23. 4. 2001 - 25. 4. 2001

Ort: Karl-Weigl-Bildungshaus, Mödling

Veranstalter: AK Wien in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien und dem Pädag. Institut des Bundes

Veranstaltungsnummer: PIS 2001, PIB 901041

„DER MENSCH IN BERUFS- UND ARBEITSWELT“

Modul der Ausbildung für die verbindliche Übung „Berufsorientierung“

Zielgruppe: LehrerInnen an HS, AHS-Unterstufe, PS

Termin: 7. 5. 2001 – 10. 5. 2001

Ort: Berufsorientierungszentrum für LehrerInnen in Wien

Veranstalter: AK Wien in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien

Veranstaltungsnummer: PIS 2001

„WOZU BRAUCHT EIN PROVIDER EINE TAUCHERBRILLE? – KREATIVES SCHREIBEN ZUM THEMA ARBEITSWELT“

Zielgruppe: LehrerInnen aller Schularten, die in ihren Unterrichtsfächern Themen mit dem Medium des kreativen Schreibens bearbeiten wollen (besonders geeignet für die Fächer Deutsch und Kommunikation, Politische Bildung, den Projekt- und den Berufsorientierungsunterricht ab der 7. Schulstufe)

Termin: 7. 5. 2001 – 9. 5. 2001

Ort: Seminarhotel Velm, NÖ

Veranstalter: Gewerkschaft der Privatangestellten in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien und dem Pädag. Institut des Bundes

Veranstaltungsnummer: PIS 2001, PIB 901061

INTERESSEN UND KONFLIKTE IN ALLTAG, SCHULE, ARBEITSWELT UND POLITIK – HOCHSCHULKURS

Zielgruppe: LehrerInnen aller Schularten und Bundesländer

Termin: 9. 7. 2001 - 13. 7. 2001

Ort: Berghaus Annental, NÖ

Veranstalter: Institut für Politikwissenschaften der Universität Innsbruck (Univ. Prof. Dr. Anton Pelinka), AK Wien und Gewerkschaft der Privatangestellten in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut der Stadt Wien und dem Pädag. Institut des Bundes

Veranstaltungsnummer: PIS 2001, PIB 901051

„TEAMSPIEL. SOZIALE KOMPETENZ ALS BERUFLICHE QUALIFIKATION“

Zielgruppe: LehrerInnen aller Schularten, insbesondere Klassenvorstände aller Bundesländer

Termin: 27. 8. 2001 – 31. 8. 2001

Ort: Karl-Weigl-Bildungshaus, Mödling

Veranstalter: AK Wien in Zusammenarbeit mit dem Pädag. Institut des Bundes und dem Pädag. Institut der Stadt Wien

Ziel: Erwerb sozialer Kompetenzen, die als berufliche Qualifikationsanforderungen immer mehr an Bedeutung gewinnen

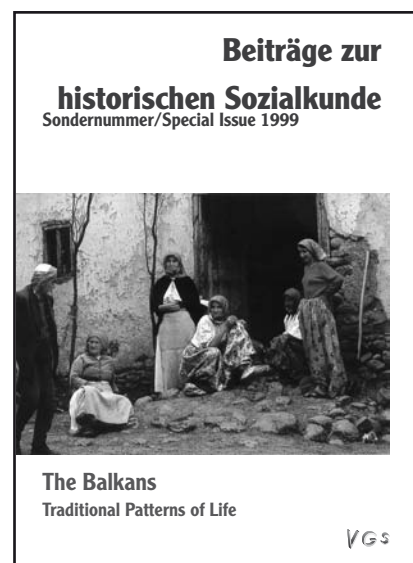
Veranstaltungsnummer: PIS 2001, PIB nicht im Heft

Sondernummer / Special Issue

The Balkans. Traditional Patterns of Life

Inhaltsverzeichnis

	1	Introduction
Michael Mitterauer	4	A Patriarchal Culture? Funktionen and Forms of Family in the Balkans
Karl Kaser	21	Descent, Relationship and the Public
Hannes Grandits/ Joel M. Halpern	32	Traditional Value Pat- terns and The War in Ex-Yugo- slavia



The Russian Federation. History and History Teaching since 1991 – A Multiperspective Approach

Grundidee dieser Sondernummer ist es, Beispiele für eine Reziprozität der Geschichtsbetrachtungen zu geben: Im ersten Teil wird sowohl aus russischer als auch aus westeuropäischer Perspektive über die Entwicklung des politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Systems in der RF seit dem Ende der UdSSR berichtet. Im zweiten Teil werden einige zentrale Veränderungen dargestellt, die damit für das Fach Geschichte und insbesondere für den Geschichtsunterricht in den Sekundarschulen verbunden sind.

The aim of this special edition of „Beiträge zur historischen Sozialkunde“ is to describe the development of history and especially history teaching in the Russian Federation in a multiperspective approach. In the first part the authors describe the development of the political, social and economic systems in the RF since the decline of the CCCP from both the western European and the Russian perspective. The second part is dedicated to changes in historiography and especially in history teaching in secondary schools.

Contents

Introduction; *Andreas Kappeler* – From the multinational Soviet Empire to 15 National States; *Hans-Georg Heinrich* – Problems of the Transformation period in Russia; *Martina Ritter* – From Soviet Society to Civil Society? *Tatiana Milko* – The political and social development of Russia – the inner perspective; *Alois Ecker* – History teaching in the Russian Federation – as seen from the perspective of process-oriented didactics; *Alison Cardwell* – The Council of Europe's contribution to the reform of history teaching in the Russian Federation and the succession states of the former Soviet Union; *Ludmilla Alexashkina* – The development of history curricula for secondary schools in the Russian Federation; *Alexander Shevyrev* – The history textbooks in contemporary Russia. A new generation; *Ludmila Andruchina* – The development of the initial and in-service training for history teachers in the Russian Federation; *Nina Hriacheva* – New methods in the training of secondary school teachers.

Diese beiden Nummern sind für **SCHULEN KOSTENLOS** über das BMBWK – Abteilung für Politische Bildung, z. H. Eva Weingartner (Fax 01/531 20-3123, e-mail: politische.bildung@bmuk.gv.at) zu beziehen!

Preis öS 100,– /für Abonnenten: öS 80,–

Verein für Geschichte und Sozialkunde, c/o Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Universität Wien,
A-1010 Wien, Dr. Karl Lueger-Ring 1
Tel.: +43-1/4277/41305, Fax: +43-1/4277/9413, e-mail: vgs.wirtschaftsgeschichte@univie.ac.at

