

Der demographische Übergang

1. Begriff und Befunde im Überblick (MARSCHALCK 1984, Kap. 3, 4)

a. *Begriff*: Demographischer Übergang meint (1) den *Übergang von hohen* Geburten- u. Sterbeziffern (Geburten bzw. Todesfälle pro 1000 Einw.), wie sie für die meisten vormodernen Gesellschaften charakteristisch waren (30–40‰), zu niedrigen Geburten- u. Sterbeziffern um 10‰. — (2) Dieser Übergang vollzog sich in den einzelnen Ländern in unterschiedlichem Maß *zeitversetzt*, d. h. die Mortalität sank vor der Fruchtbarkeit → starkes Bevölkerungswachstum (in Europa v. a. 2. H. 19./frühes 20. Jh.).

b. *Befunde zu Deutschland*. (1) *Der Rückgang der Sterblichkeit*. Bereits in der 2. H. 18. Jh. begann in mehreren Regionen ein leichter Rückgang der Sterbeziffern (Norddeutschland 3. V. 18. Jh. gut 30‰, um 1850 ca. 25‰). Ca. 1870–1930 Rückgang der Sterbeziffer von knapp 30‰ auf ca. 11,5‰. Parallel stieg die Lebenserwartung bei der Geburt von 27,6 J. (Preußen 1816/60) bzw. 37,0 J. (Reich 1871/80) auf 61,3 (1932/34) bzw. 73,0 J. (1978/80). Im Zuge der Verstädterung nahm die Säuglingssterblichkeit (Alter < 1 J.) im 3. V. 19. Jh. eher wieder zu u. sank erst ab ca. 1900 nachhaltig (1871/80 235‰, 1891/1900 216‰, 1939 61‰). Vor 1900 sank v. a. die Sterblichkeit von Kindern, etwas weniger stark von Erwachsenen. — (2) *Der »erste« Fruchtbarkeitsrückgang* (KNODEL 1974). Rückgang der Geburtenrate von 36,0‰ 1899/1900 auf 22,2‰ 1921/25 bzw. 16,5‰ 1931/35. Der Rückgang erfolgte relativ spät u. langsam in ländlichen u. kath. Gebieten sowie solchen mit hoher Säuglingssterblichkeit. Arbeitererehen wiesen in der ganzen Periode um ca. ¼ höhere Geburtenzahlen auf als Angestellte (CASTELL 1981). — (3) *Der »zweite« Fruchtbarkeitsrückgang* (PEUCKERT 1996, Kap. 4.1). In der BRD Rückgang der Geburtenrate von 17,7‰ 1965 auf 9,7‰ 1975, seither Fluktuation um leicht höhere Werte. Er wird oft mit einer Verbesserung der Verhütungstechniken in Verbindung gebracht (»Pillenknick«).

2. Gründe und Folgen des Rückgangs der Sterblichkeit (EHMER 1990; CONRAD 1994; VÖGELE 2001)

a. *Gründe*. (1) *Verbesserung der Geburtshilfe und der Säuglingspflege* → Rückgang der Säuglingssterblichkeit. 2. H. 18. Jh. verbreitet Erfassung ländlicher Hebammen durch von städtischen Ärzten initiierte Ausbildungsprogramme, welche die Geburtshilfe u. die postnatale Hygiene verbesserten. Im Zuge eines *generellen Aufbaus einer kommunalen Gesundheitspolitik zunächst in den Großstädten im späten 19. Jh.* Entwicklung der Fürsorge für Mütter u. Säuglinge nach 1900 (erste Mütterberatungsstellen in Berlin u. Nürnberg 1905). Angesichts des Sachverhalts, dass zu Beginn des 20. Jh. die Sterblichkeit von künstlich (Flasche, Brei, Branntwein/Bier) ernährten Säuglingen 3–7mal höher war als von gestillten Säuglingen zielte die Beratung v. a. auf das Verbreiten von Stillen, sekundär auf eine Verbesserung der Hygiene.

(2) *Assanierung der Städte, 2. H. 19. Jh.* Urbanisierung führte im mittleren 19. Jh. zu einer deutlichen Verschlechterung der hygienischen Verhältnisse der städtischen Bevölkerung. Zentrale Trinkwasserversorgung mit einfacher Schotter-Sand-Filterung führte

zu verheerenden Typhus- u. Cholera-Epidemien (ab 1831/32 z. B. Wien, Moskau, Paris; zuletzt Hamburg 1892). Deshalb meist durch kommunale Träger veranlasste Verbesserung der Filtersysteme, Verlagerung von der Versorgung mit oft verschmutztem lokalem Flusswasser zur Heranführung von Quellwasser. Parallel Aufbau von Kanalisationssystemen, auf dem Land zunehmend Schließung von Jauchegruben.

(3) *Prävention und Hygienekampagnen*. Ab dem frühen 19. Jh. verbreitet Pockenimpfung. Im frühen 20. Jh. Aufbau städtischer Systeme der Früherkennung von Infektionsherden insbes. von Tuberkulose (kann erst seit 2. WK behandelt werden) u. a. über Vorsorgeuntersuchungen in Schulen. Breite Hygienekampagnen u. a. durch Hygieneausstellungen (z. B. Dresden 1911) u. Krankenkassen, die durch Verbreitung von körperlicher u. auf das Wohnen bezogener Reinlichkeit Krankheitsherde zu eliminieren trachteten. Ähnliche Ziele verfolgte die Wohnreformbewegung.

b. *Sozialversicherung*. Der Rückgang der Erwachsenensterblichkeit u. die Zunahme der Lebenserwartung bedeutete die Verbreitung einer Lebensphase jenseits der Arbeitsfähigkeit. V. a. in der Unterschicht implizierte dies verbreitete Altersarmut. Der Aufbau von staatl. Sozialversicherungssystemen zur Absicherung gegen Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Invalidität u. Alter setzte deshalb meist zuerst für Industriearbeiter ein; in D 1889: Kapitalgedeckte Rente mit Reichszuschuss 50 M je Rente, Staffelung der Leistung nach Beiträgen. 1895 Erfassung von 54% der Erwerbsbevölkerung, aber lange Mindestbeitragszeiten von 5 (Invalidität) bzw. 30 J. (Alter), bei Alter Leistung erst ab 70, noch um 1900 erst von ca. ¼ der Männer erreicht. 1913 wurden deshalb 51% der Inv.-Renten an Männer 55–69 gezahlt. Durchschnittsleistung 1914 ca. 1/6 des durchschnittl. Jahresverdienstes von Industriearbeitern. Dennoch 1895–1907 Rückgang erwerbstätiger Männer ab 60. 1911 Einschluss der Angestellten, in der Zwischenkriegszeit Ausdehnung auf die gesamte Bevölkerung. 1957 Rentenreform: Einführung eines Umlagesystems u. Anpassung der Leistungen an allgemeine Einkommensentwicklung.

c. *Wohnen im Alter*. (1) ... *im Haushalt*. Die Entstehung einer Lebensphase ohne Arbeitsfähigkeit erschwerte alten, insbes. verwitweten Menschen im Verlauf des 19. Jh. zunehmend das Führen eines eigenen Haushalts. Ein steigender Anteil war bei Kindern, anderen Verwandten u. (insbes. Männer) bei Nichtverwandten als Kostgänger(innen) untergebracht. Die Ausdehnung der Sozialversicherung ermöglichte dann 1. H. 20. Jh. wieder eine deutliche Zunahme des Anteils der selbst einen Haushalt führenden Alten. Allerdings lebten Alte nun meist allein bzw. als Paar u. ohne weitere Familienmitglieder (wichtiger Grund für die Reduktion der Haushaltsgröße im 20. Jh.) — (2) ... *in Anstalten*. Im Rahmen der Ausdifferenzierung des Anstaltswesens erfolgte um 1900 zunehmend die Forderung nach spezialisierten Altersheimen. Der Wachstums- u. Differenzierungsprozess geschlossener Anstalten im 19. u. frühen 20. Jh. begünstigte jedoch zunächst andere Altersgruppen; in Köln sank 1850–1925 der Anteil in Anstalten untergebrachten Menschen über 60 Jahre von 9–10% auf 2–3%. Seit Mitte 1920er J. wurden systematisch Altersheime geplant, ihre Realisierung wurde jedoch durch Weltwirtschaftskrise u. 2. WK verzögert.

3. Der Geburtenrückgang

a. *Allgemeines.* In der vormodernen Gesellschaft wurde die Höhe der Geburtenziffer v. a. durch das Heiratsalter u. die Ledigenquote, höchstens sekundär durch Schwankungen der ehelichen Fruchtbarkeit bestimmt. Wichtiges Merkmal des demographischen Übergangs ist der massive Rückgang der ehelichen Fruchtbarkeit, während die Heiratsrate 2. H. 19. Jh. etwas zunahm u. das Heiratsalter sank. Der Fruchtbarkeitsrückgang erfolgte in der Form der Verminderung der Geburten höheren Ranges, d. h. Ehepaare orientierten sich an einer Zielkinderzahl u. praktizierten Geburtenkontrolle nach Erreichen dieser Zahl. Dieses Verhaltensmuster entstand im 17. Jh. v. a. in evang. Gebieten u. verbreitete sich in F nach der Revolution von 1789; seine Durchsetzung in den übrigen Ländern erfolgte aber erst ab dem letzten V. 19. Jh.

b. *Erklärungen I: Anpassung an gesunkene Sterblichkeit* (im Konzept des demographischen Übergangs inhärente These). Das spätestens ab 1900, in den Unterschichten etwas langsamer erfolgte Absinken der Säuglingssterblichkeit erforderte vermehrt Geburtenbeschränkung, auch wenn die Zielkinderzahl gleich blieb.

c. *Erklärungen II: Veränderung des Werts von Kindern.* (1) *Sinkender ökonomischer Nutzen von Kindern.* Der Anteil in der Landwirtschaft u. in der gewerblichen Heimarbeit, wo Kinderarbeit noch im frühen 20. Jh. üblich war, tätiger Haushalte sank. Im Industriesektor ab 1830er/40er J. (Preußen 1839) Bestrebungen zur Abschaffung von Kinderarbeit, bis 1890er J. konsequent durchgesetzt. Mit dem Aufbau von Systemen der sozialen Sicherung sank schließlich die Bedeutung von Kindern für die Altersversorgung. Seit dem Übergang zum 20. Jh. stellten Kinder somit für die meisten Haushalte primär einen Kostenfaktor dar. — (2) *Steigende Opportunitätskosten* (Einbußen an Nutzen, die aus dem Verzicht auf alternativen Einsatz von Zeit u. Ressourcen erwachsen). Um 1927 gaben Angestelltenhaushalte bei gleichem Einkommen mehr für Theater/Konzert, Kino u. Rundfunk aus als Arbeiterhaushalte. Um 1990 wiesen Haushalte mit Kindern ein geringer ausgeprägtes Freizeit- u. Konsumverhalten sowie einen kleineren Freundeskreis auf als Singles. Mit dem Aufkommen des Massenkonsums wurde somit das Kinderkriegen eine Form des Konsums von Lebenszeit, die gegen alternative Verwendungen abgewogen werden musste.

d. *Erklärungen III: Trennung von Sexualität und Fortpflanzung — Technologie und Wissen der Verhütung* (CASTELL 1981; HAGEMANN 1990, S. 224–268; ROSENBAUM 1992, S. 74–84, 187–200). Von 1930 in einer großstädt. Klinik befragten Frauen verwendeten zur Verhütung 60,6% coitus interruptus, 20,1% Kondom, 6,9% Spülungen, 4,2% Diaphragma, 2,4% chemische Mittel, der Rest verschiedene Techniken (inkl. Enthaltsamkeit). Erst ab Mitte 1960er J. standen zuverlässige pharmazeutische (»Pillenknicke«) u. mechanische (»Spirale«) Verhütungsmittel zur Verfügung. Die geringe Effektivität der in 1. H. 20. Jh. gängigen Verhütungsmethoden führte zur Vermehrung von Abtreibungen, ansatzweise sichtbar in Krankenhausstatistiken über Fehlgeburten: In Hamburg betrug das Verhältnis Fehlgeburten/Lebendgeburten 1910 5,5%, 1919 10,6%, 1928 16,4% (Höhepunkt); 1919–1923 starben rd. 10% der Frauen mit »Fehlgeburten« (Höhepunkt). Nach §§218–220 StGB (1871) war Abtreibung verboten, so dass ärztliche Indikation fehlte;

Einleitung erfolgte durch Schwangere (Tränke, Spülung, Punktion der Fruchtblase) bzw. durch gewerbsmäßige Abtreiberinnen.

Gründe für die geringe Effizienz der Verhütung trotz starkem Wunsch danach: (1) *Geringe Verbreitung von Verhütungsmitteln.* Der Vertrieb von Verhütungsmitteln war (mit Ausnahme der Spülbirne) illegal, da Unzucht fördernd (§184 StGB von 1900); besonders über chemische Mittel existierte daher auch keine staatl./ärztl. Aufsicht. Auch waren Verhütungsmittel relativ teuer (z.B. Gummikondome: 1 Stundenlohn eines Arbeiters; wurden mehrfach gebraucht, dadurch unsicher). — (2) *Geringe medizinische Begleitung.* Medizinische Forschung u. Ausbildung zur weiblichen Fruchtbarkeit waren lange schwach entwickelt; Feststellung des Termins des Eisprungs erfolgte erst Anfang 1930er Jahre (Knaus/Ogino), so dass lange auch falsche Auskünfte erteilt wurden. — (3) *Sprachlosigkeit im Alltag.* Besonders coitus interruptus erforderte Verständigung zwischen Sexualpartnern, v. a. vor dem Hintergrund, dass Sexualität primär als männl. Recht erfahren wurde (Interview ROSENBAUM 1992, 200: »Der Beischlaf war das Zubrot für den Mann«). In Arbeiterhaushalten wurden Nacktheit u. Sexualität tabuisiert; Aufklärung erfolgte nicht in der Familie, sondern in Jugendgruppe über abwertende Witze. Sexualität war damit vielfach mit Ekel u. Angst vor Schwangerschaft verbunden. Ansätze zur Aufklärung in den 1920er J. durch Sozialistische Arbeiterjugend u. sexualhygienische Vereine (insbes. Bund f. Mutterschutz, 1905–1933). Die Umwertung des Geschlechtsverkehrs zur sexuellen Erfüllung als legitimem Wert erfolgte auf breiter Basis erst seit den 1960er J. (W. Reich: Die sexuelle Revolution, 1936/71).

Zitierte Literatur

- CASTELL, Adelheid: »Unterschichten im »Demographischen Übergang«: ...«, S. 373–394 in Hans MOMMSEN und Winfried SCHULZE (Hg.), *Vom Elend der Handarbeit: ...* (Stuttgart: Klett-Cotta, 1981).
- CONRAD, Christoph: *Vom Greis zum Rentner: Der Strukturwandel des Alters ... zwischen 1830 und 1930* (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1994).
- EHMER, Josef: *Sozialgeschichte des Alters* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1990).
- HAGEMANN, Karen: *Frauenalltag und Männerpolitik: Alltagsleben und gesellschaftliches Handeln von Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik* (Bonn: Dietz, 1990).
- KNODEL, John E.: *The decline of fertility in Germany, 1870–1939* (Princeton: Princeton University Press, 1974).
- MARSCHALCK, Peter: *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert* (Frankfurt: Suhrkamp, 1984).
- PEUCKERT, Rüdiger: *Familienformen im sozialen Wandel* (Leverkusen: Leske, 1996²).
- ROSENBAUM, Heidi: *Proletarische Familien: Arbeiterfamilien und Arbeiterväter im frühen 20. Jahrhundert ...* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1992).
- SPREE, Reinhard: *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod: ... im Deutschen Kaiserreich* (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1981a).
- VÖGELE, Jörg: *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker und Humblot, 2001).