

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 Suburbanisierungstendenzen 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 Sterb-

lichkeit. 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 österreichischen 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 unbekanntem 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 Wesentlichen, 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, Themsewasser oberhalb von Hampton Court zu entnehmen und zu filtrieren. Dies änderte natürlich nichts an einer an kommerziellen Interessen orientierten Unternehmenspolitik. Metropolitanere 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 Er-

sten 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 Diphterieimpfungen, 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 Pasteurisierungsverfahrens, 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 er-

gänzte 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 Hygieneausstellung 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 Bevölkerungsschichten 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 Industriezeitalters, 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 „Konsumtionsstädten“ 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 tradier-

ten restriktiven städtischen Heiratsmuster und die patriarchalische 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 Enthaltbarkeit, 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 Zwischenkriegszeit – unter dem Eindruck der Weltwirtschaftskrise – verschärfte sich dieser Trend noch zunehmend. Der Erhalt 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 Stadtgebieten 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.

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.
