



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

DFG Projekt Die Grenzboten

Die Grenzboten

Berlin u.a., 1841 - 1922

Walter, H. A.: Bevölkerungsvemehrung und Sozialhygiene

urn:nbn:de:gbv:46:1-908



Bevölkerungsvermehrung und Sozialhygiene

Von H. A. Walter in London



annigfache Gründe sind vorhanden, die eine weitere Verminderung im Tempo der Bevölkerungsvermehrung unerwünscht erscheinen lassen. Moralische Bedenken über die absichtliche Einschränkung der Geburtenziffer sind noch am ehesten auszuschließen, weil das ganze Problem kein rein moralisches ist, sondern von starken wirtschaftlichen Beweggründen beeinflusst wird. Diese wirtschaftlichen Ursachen werden selbst durch wirtschaftliche Maßnahmen, wie Besserung der Lebenshaltung jener Klassen, die am meisten zum Bevölkerungszuwachs beitragen können, Steuererleichterungen für jedes Kind usw. teilweise aufgehoben werden können.

Gleichzeitig wird durch solche Maßnahmen die Möglichkeit der Eheschließung erleichtert und so die Voraussetzung für eine absolute Steigerung der Bevölkerungsvermehrung geschaffen.

Ausschlaggebend für die Beurteilung des Problems ist der national-wirtschaftliche Gesichtspunkt. Je stärker die Bevölkerung des deutschen Reiches, desto stärker ist — neben der Zahl der Produzenten — die der Konsumenten, die die ersteren in Nahrung setzen. Desto stärker ist aber auch die Zahl der Personen, die wir an die Kolonien und das Ausland abgeben können, um dort die Absatzmärkte für die Produkte deutschen Industriefleißes zu erweitern. Für den Engländer gilt der Leitsatz: „Der Handel folgt der Flagge.“ Für Deutschland, mit seinen wenigen Kolonien und ihrer relativen Ungeeignetheit als Siedlungskolonien, kann dieses Leitmotiv nur beschränkte Geltung haben. Wir müssen statt dessen den Grundsatz aufstellen: „Der Handel folgt dem Blute.“ Je mehr Personen deutscher Stammeszugehörigkeit im Auslande tätig sind, desto mehr Abnehmer für deutsche Exportwaren sind vorhanden. Je größer dann die Exportziffern, desto größer auch die Beschäftigungsmöglichkeit, die Heiratsmöglichkeit und die Geburtsmöglichkeit in der Heimat.

Einseitig auf diese Weise läßt sich natürlich das Problem nicht lösen. Aber derartige nationalwirtschaftliche Gedankengänge werden leichter Anhänger finden, als rein religiöse und moralische. Es ist nun nicht meine Absicht, an dieser Stelle im einzelnen die Bedingungen, Möglichkeiten und Schlußfolgerungen zu erörtern, die sich aus den obigen Gedankengängen ergeben; vielmehr möchte ich auf einen anderen Weg hinweisen, der nur durch Verstärkung von Tendenzen, die schon vorhanden sind, die jährliche Bevölkerungsvermehrung bis zu einem Hunderttausend, vielleicht sogar darüber hinaus, steigern kann: Sozialhygiene.

In fast allen Diskussionen über das Problem der Bevölkerungsvermehrung kommt zum Ausdruck, daß bisher der Überschuß der Geburten über die Todesfälle mit wenigen Ausnahmen von Jahr zu Jahr gestiegen ist. Der Geburtenüberschuß betrug im Jahresdurchschnitt:

1851 bis 1860	9,0 %
1861 " 1870	10,3 %
1871 " 1880	11,9 %
1881 " 1890	11,7 %
1891 " 1900	13,9 %
1901 " 1910	14,3 %

Es wird auch allgemein die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, daß es möglich sei, die Sterblichkeitsrate noch weiter herabzudrücken — bis zu einem gewissen Minimum. Wann aber tritt dieses Minimum ein? Und wie weit geht die heutige Sterblichkeitsrate noch über dieses Minimum hinaus? Dies sind die Fragen, die amtliche und nichtamtliche Sozialreformer sich vorlegen müssen. Ist erst einmal der Minimalatz der Sterblichkeit erkannt, dann muß die volle sozialpolitische Energie auf das Ziel gerichtet werden, „den Tod bis hinter diesen Punkt zurückzumerfen.“

Der Tod an sich ist nicht nur unabwendbar, sondern auch notwendig. Die Menschheit im allgemeinen und die Nation im besonderen erhält sich nur durch die Erneuerung. Eine ideale Norm wäre nun im natürlichen Tod durch allmähliches Erlöschen der Lebenskräfte gegeben. Wenn die Menschheit diese Norm auch niemals wird erreichen können, so wird doch eine Annäherung möglich sein. Dieser Gedanke erscheint um so wahrscheinlicher, als man bei der Durchsicht der Todesstatistik auf die Tatsache stößt, daß das, was die Ausnahme bilden sollte, der frühzeitige Tod, die Regel ist. Von den im Jahre 1910 gestorbenen männlichen Personen entfallen auf die Zeit nach dem sechzigsten Lebensjahr — die wir hier, wenn auch etwas willkürlich, als natürliche Sterbepériode bezeichnen wollen — nur 285,8 ‰ aller Gestorbenen, von den weiblichen nur 347,6 ‰. Dagegen sehen wir, daß 332,2 ‰ der männlichen und 272,0 ‰ der weiblichen Gestorbenen das erste Lebensjahr nicht überschritten hatten. Und nehmen wir die Zeit von der Geburt bis zum zurückgelegten vierzehnten Lebensjahre, so finden wir, daß diese Altersgruppe bei den männlichen Personen 442,9 ‰ und bei den weiblichen 395,7 ‰ der Todesfälle stellt. Nehmen wir dazu noch die Tatsache, daß im genannten Jahre 2,9 ‰ aller

Geburten Totgeburten waren, was bei 58 057 Totgeborenen ungefähr 50 ‰ der Todesfälle gleichkommt, so ergibt sich der Schluß, daß fast die Hälfte aller Gestorbenen dem Kindesalter angehörten, also auf Grund irgendwelcher Einflüsse starben, die nicht in der menschlichen Natur liegen, sondern sozial verursacht sind.

Das gleiche läßt sich natürlich auch von den Altersgruppen zwischen dem vierzehnten und dem sechzigsten Lebensjahre sagen. Allerdings darf man nun nicht soweit gehen, zu behaupten, daß Todesfälle vor dem sechzigsten Lebensjahre völlig verhütbar sind. Ebenwenig wie mit dem Zurücklegen des sechzigsten Lebensjahres der Tod unmittelbar eintreten muß. Es soll nur angedeutet werden, daß das Verhältnis zwischen den Personen, die vor dem sechzigsten Jahre und denen, die später sterben, ein unnatürliches ist, das durch zweckentsprechende sozialpolitische und sozialhygienische Maßnahmen dem ange deuteten Normalzustand angenähert werden konnte. Die Sterberate ist in den einzelnen Verwaltungsgebieten des Reiches verschieden. Es sollte Aufgabe der Einzelstaaten sein, die Ursachen dieser Verschiedenheit durch besondere Untersuchungskommissionen feststellen zu lassen und zunächst einmal einen energischen Kampf gegen die Sterblichkeit dort zu unternehmen, wo die Todesrate über dem Durchschnitt des Reiches steht. Die Ausarbeitung einheitlicher Vorschriften für Bezirke, deren soziale und wirtschaftliche Zustände weit voneinander abweichen, genügt durchaus nicht. Wo selbst bei schärfster Durchführung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften die Todesrate höher ist, als im Durchschnitt des Reiches, sollten Sondermaßnahmen getroffen werden.

Dieser Reichsdurchschnitt betrug 1910 17,1 auf 1000 Einwohner. Darüber hinaus ging die Todesrate in Bayern (20,0 ‰), Württemberg (18,0 ‰), Baden (17,5 ‰), Mecklenburg-Strelitz (19,7 ‰), Sachsen-Altenburg (18,7 ‰). Der Durchschnitt für Preußen betrug 16,9 ‰ und variierte in den Provinzen von 14,5 ‰ (Schleswig-Holstein), auf 20,6 ‰ (Schlesien). Es ist vorläufig nicht zu erwarten, daß die günstige Ziffer von Schleswig-Holstein überall leicht erreicht werden kann, aber es sollte nicht geduldet werden, daß die landwirtschaftlichen Provinzen Ostpreußen (mit 19,5 ‰), Westpreußen (mit 19,7 ‰) und Posen (mit 19,0 ‰) soweit hinter dem Durchschnitt des Staates zurückbleiben. Schlesien ist mit seinen wirtschaftlichen und sozialen Zuständen nicht so sehr verschieden von Westfalen und der Rheinprovinz und doch hat Westfalen nur eine Sterbeziffer von 15,4 ‰, die Rheinprovinz eine solche von 15,5 ‰, gegen Schlesiens 20,6 ‰. Die Aussicht, daß die höhere Geburtenziffer mit der höheren Sterbeziffer irgendwie in Zusammenhang steht, läßt sich durch Vergleich ebenfalls abweisen, denn Westfalen steht mit 36,9 Geburten auf 1000 Einwohner weit über Ostpreußen mit 32,4 ‰ und die Rheinprovinz bleibt mit 32,2 Geburten nicht weit dahinter zurück. Berlin hat zwar die geringste Geburtenziffer (22,2 ‰) aber auch die Sterberate ist niedrig (15,4 ‰) und hier sind die schädigenden Einflüsse des Großstadtlebens in Betracht zu ziehen.

In dem Verhältnis der Totgeborenen zu der Gesamtzahl der Geburten waren, mit einziger Ausnahme von Berlin (3,8 ‰), größere Abweichungen von dem Reichsdurchschnitt von 2,9 ‰ nicht vorhanden. Da auch die Abnahme der Totgeburten während der letzten Zeit relativ nur gering war, so ist wohl anzunehmen, daß das Minimum hier fast erreicht ist und sich in absehbarer Zeit nicht unter 2 ‰ herunterdrücken lassen wird. Anders verhält es sich mit der Säuglingssterblichkeit. Diese ist im Jahrzehnt 1901/1910 von 20,7 ‰ auf 16,2 ‰ der Lebendgeborenen im Reichsdurchschnitt heruntergegangen. Über dem preußischen Durchschnitt von 15,7 ‰ stehen Bayern (20,2 ‰), Sachsen (17,4 ‰), Württemberg (16,6 ‰), Mecklenburg-Schwerin (17,6 ‰), Mecklenburg-Strelitz (22,5 ‰), Sachsen-Altenburg (19,6 ‰), Neuß ä. L. (16,9 ‰), Schaumburg-Lippe (20,4 ‰). Nehmen wir in Preußen selbst auch wieder Westfalen (12,5 ‰) und Rheinland (13,4 ‰) zum Maßstab des heute bereits Erreichbaren, so finden wir, daß mit Ausnahme von Hessen-Rassau (10,1 ‰) und Hannover (11,7 ‰) alle preußischen Gebietsteile schlechter dastehen. Am weitesten zurück befinden sich Westpreußen (20,1 ‰), Pommern (19,3 ‰), Schlesien (19,1 ‰), Ostpreußen (18,9 ‰) und Hohenzollern (18,3 ‰). Berlin steht genau auf dem Staatsdurchschnitt.

Den Ursachen dieser Differenzen nachzugehen, sei den örtlichen Verwaltungsbeamten und Ärzten überlassen. Gewisse Gedankengänge drängen sich unwillkürlich auf, doch möchte ich keine Schlußfolgerungen ziehen, die ich im einzelnen nicht belegen kann. Aber es berührt merkwürdig, daß in rein landwirtschaftlichen Distrikten Preußens die weitaus größte Säuglingssterblichkeit herrscht. In England (ohne Schottland und Irland), wo, nebenbei gesagt, die durchschnittliche Rate der Säuglingssterblichkeit in Städten 1910 nur 11,5 ‰ betrug, hat man eine ganz entgegengesetzte Bemerkung gemacht. Eine Untersuchung der Ziffern für 1908 durch den Medizinalbeamten des Local Government Board, Dr. Newsholme, ergab die folgenden Differenzen in acht Grafschaften mit höchster und acht mit niedrigster Säuglingssterblichkeit. Die Durchschnittsrate für ganz England (120,4 ‰/100) = 100:

Glamorgan	129	Dyford	61
Durham	126	Heresford	64
Northumberland	123	Derffshire	65
Monmouth	117	Dorset	65
Carmarthen	117	Wiltshire	65
Stafford	110	Hertsford	66
Yorkshire (West)	110	Buckingham	66
Lancashire	110	Surrey	66

Hier sind die Grafschaften mit höchster Sterblichkeit sämtlich industriell, die mit niedrigster ohne Ausnahme landwirtschaftlich. Dies entspricht der allgemein herrschenden Anschauung, daß die Begleiterscheinungen industrieller Zustände gesundheitschädlicher sind als die in landwirtschaftlichen Gebieten. Wenn nun in Deutschland und speziell in Preußen die entgegengesetzte Erscheinung zutage

tritt, so muß dies daran liegen, daß die Methoden der öffentlichen Hygiene in den landwirtschaftlichen Distrikten viel zu wünschen übrig lassen.

Eine größere Annäherung der am schlechtesten dastehenden Distrikte an diejenigen mit günstigeren Ziffern ist sehr wohl möglich und die englischen Ziffern zeigen, wieviel noch getan werden kann, ehe das Minimum der Säuglingssterblichkeit erreicht ist. Greifen wir einige besondere Krankheiten heraus, so erscheint das Mißverhältnis zwischen den englischen und den deutschen Ziffern noch krasser. Die Todesfälle (aller Altersgruppen) durch Brechdurchfall betragen im Jahre 1910 in London 45,1 auf Hunderttausend Einwohner, in Berlin 114,3; Scharlach verursachte in London eine Todesrate von 4,4 auf Hunderttausend, in Berlin eine solche von 19; für Diphtherie waren die Relativziffern 9,0 in London und 33,9 in Berlin. Die Todesfälle durch Masern ergaben allerdings ein für London ungünstigeres Bild.

Von manchen Seiten ist die Säuglingssterblichkeit als ein Ausleseprozeß dargestellt worden, der notwendig ist, um die schwachen Volkselemente zu beseitigen und größeren Raum für die Lebenskräftigen zu schaffen, die sonst vielleicht von den Schwächeren Krankheitskeime übernehmen. Diese Ansicht ist durch die oben erwähnte Untersuchung des englischen Local Government Board widerlegt worden. Es hat sich dabei ergeben, daß in den höheren Jahresklassen wohl eine Annäherung der Sterblichkeitsziffer in Grafschaften mit hoher und niedriger Sterblichkeit stattfindet, daß aber immer noch eine erhebliche Differenz bestehen bleibt. Die Sterblichkeitsrate betrug (die höchste Rate in Glamorgan gleich Hundert) in

	0—1 Jahr	1—5 Jahre	5—10 Jahre	10—15 Jahre	15—20 Jahre
5 Grafschaften mit höchster Sterblichkeit	95,8	95,6	102,6	88,0	97,2
5 Grafschaften mit niedriger Sterblichkeit	51,8	42,6	62,2	61,6	69,0

Aus diesen Ziffern ergibt sich, daß durch die „Auslesefaktoren“ eine Art Schwächezentrum im Volkskörper geschaffen wird, während dort, wo die Säuglingssterblichkeit weniger selektiv wirkt, auch die schwächeren Elemente erstarken. Wenn nun der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in Deutschland auch aufs flache Land getragen wird, so werden wir bald sehen können, daß die Sterblichkeitsrate einen normaleren Umfang annimmt. Gelingt es uns nur, die Sterblichkeit auf das englische Niveau von 11,5 % der Lebendgeborenen herabzudrücken, so erhalten wir auf Grund der Geburtenziffern von 1910 einen weiteren Bevölkerungszuwachs von ungefähr 90 000 jährlich.

Größere Widerstandsfähigkeit der Neugeborenen bedingt in der nächsten Generation selbstverständlich auch größere Lebenskraft der Erwachsenen. Krankheitskeime werden keinen so günstigen Boden finden, wie jetzt. Der Fortschritt der vergangenen Jahrzehnte war so groß, daß Todesfälle von Tuberkulosis vom Jahresdurchschnitt 1877—1881 von 357,7 pro Hunderttausend Einwohner auf 177,8 in 1910 zurückgehen konnten. Auch hier könnte ausgleichend gewirkt

werden. Es läßt sich z. B. nicht einsehen, warum Breslau mit 259,2 soweit hinter dem Reichsdurchschnitt zurückbleibt und vergleichen wir den letzteren mit der Ziffer für London (114,0), so sehen wir, was noch zu tun übrig bleibt. Krebskrankheiten zeigen ähnlich großen Unterschied: London 88,2, Berlin 117,6.

Das sind nur einige Anregungen, in großen Umrissen gegeben. Es leuchtet ein, daß daneben noch unzählige andere Wege möglich sind, einmal, um den Neugeborenen Leben und Gesundheit zu sichern und dann, um die durchschnittliche Lebensdauer zu verlängern und dadurch größere Zeugungsmöglichkeit herbeizuführen. Derartige Maßnahmen sind zweckfester, als die Predigt gegen Beschränkung der Kinderzahl. Diese würde sich vollständig erübrigen, wenn es uns gelingen könnte, die Säuglingssterblichkeit von 16 % auf ungefähr 3 bis 4 % herabzudrücken und alle Krankheiten der späteren Altersstufen so einzuschränken, wie es bei Typhus und Influenza möglich gewesen ist.



Reform der inneren Verwaltung

(Schluß)

Personalverwaltung

Es bleibt noch das wichtige Gebiet der Personalverwaltung zu besprechen. Sicher ist es wohl sogar das wichtigste; denn es läßt sich kaum bestreiten: keine Organisation der Verwaltung, mag sie noch so vorzüglich sein, wird je Segen bringen können, wenn es nicht gelingt, die hierfür geeigneten Personen ausfindig zu machen und dieser Verwaltung dauernd zuzuführen, wie denn auch keine Organisation so schlecht ist, daß nicht befähigte Persönlichkeiten mit ihr bis zu einem gewissen Grade Gutes schaffen könnten. Überhaupt sind im staatlichen Leben nicht gerade die Einrichtungen selbst daran schuld, wenn diese sich zu überleben und unbrauchbar zu werden scheinen. Weit mehr ist hierfür der Umstand von Bedeutung, daß die geeigneten Persönlichkeiten sich für die vorhandenen Einrichtungen nicht mehr finden, oder auch nicht mehr gesucht werden. So könnte man denn zu dem Glauben gelangen, daß die ganze Organisationsfrage der Verwaltung nur von geringer Bedeutung ist, und daß man eigentlich nur nötig hat, sich mit der Personenfrage abzugeben. Gewiß wäre hiermit das Spiel gewonnen, wenn nur die Personenfrage selbst sich zur Zufriedenheit erledigen ließe. Leider ist das nicht der Fall. Um fähige oder auch nur geeignete Köpfe zu erkennen, gehört für den Erkennenden selbst wieder ein gewisses Maß von Fähigkeiten und Eigenschaften, die nun einmal nicht immer zu finden sind. Und irgendwelche Leitsätze und allgemeine Regeln