

3. Erkenntnisse zur Säuglingssterblichkeit in Deutschland im 18. und 19. Jahrhundert

3.1. Das Bild der Zeitgenossen

3.1.1. Die Bestandsaufnahme von Medizinalstatistikern und Sozialhygienikern

In der dänischen Forschung sind die 1880er Jahre unlängst als die Dekade beschrieben worden, in der das Thema Säuglingssterblichkeit als Objekt der Analyse "erfunden" worden sei¹. Ähnlich äußerte sich vor zehn Jahren bereits D. Armstrong, als er die Säuglingssterblichkeit als Schöpfung der Statistik bezeichnete². Nun sind "Entdeckungen" bekanntermaßen von der Resonanz bzw. Tragweite abhängig, die das gesellschaftliche Umfeld des Entdeckers dem "Fund" beimißt. Die hohe Säuglingssterblichkeit des 18. und 19. Jahrhunderts war alltägliche Wirklichkeit für Eltern, Großeltern, Geschwister, Nachbarn und Gemeindemitglieder. Sie wurde erlebt, erlitten, beklagt, mit Gleichmut oder als gottgegeben hingenommen, mitunter ersehnt oder gar gefördert. Sie war ein Thema in privaten Korrespondenzen³, wurde zum öffentlich gemachten Inhalt religiös motivierten Dankes bzw. persönlicher Fürbitte z.B. auf Votivtafeln⁴, oder gab den Anlaß für christlich-erbauliche Topoi in Leichenpredigten. Letztere wurden von evangelischen Pfarrern für Angehörige der städtischen Oberschicht nicht nur am Grab gehalten, sondern auch schriftlich niedergelegt⁵. Auch in Zahlen ausgedrückt und regional verglichen wurde die Säuglingssterblichkeit bereits im 18. Jahrhundert: allen voran bei J.P. Süßmilch⁶. Zum Gegenstand systematischer, direkt auf das Thema bezogener Analyse wurde sie jedoch tatsächlich erst, als die öffentliche Reichsstatistik das Material lieferte, dessen Erhebung dem wachsenden öffentlichen Interesse ebenso zu verdanken war, wie es dasselbe förderte.

Statistiker, Sozialhygieniker, Sozialökonomien und Ärzte nahmen sich des Themas an. Entsprechend setzte sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts eine wachsende Zahl von Autoren in einer sprunghaft wachsenden Zahl von Artikeln und Monographien mit der hohen Säuglingssterblichkeit ihrer Zeit auseinander⁷. Sie beobachteten regionale Unterschiede in Deutschland, verglichen die Werte mit den Verhältnissen im europäischen und außereuro-

¹ A. Løkke ("No Difference without a cause..." [1995], 89-91) nimmt in ihrer Argumentation Bezug auf eine zeitgenössische Publikation in deutscher Sprache: H. Westergaard, Die Lehre von der Mortalität und Morbidität. Eine Darstellung und Verwertung der in neuerer Zeit veröffentlichten Untersuchungen über die Sterblichkeit in den verschiedenen Bevölkerungsklassen. Jena 1881/Kopenhagen 1882.

² D. Armstrong, "The Invention of Infant Mortality", in: *Sociology of Health and Illness* (1986), 211-232.

³ Beispiele für Briefwechsel, in denen der Tod von Kindern zum Thema gemacht wurde, finden sich in E. Badinter, *Die Mutterliebe...* (1991), 64-66.

⁴ Das Votivbild einer Mutter findet sich in H. Wunder, 'Er ist die Sonn', sie ist der Mond'... (1992), 163. Für weitere Beispiele und mehr Informationen vgl. das Projekt "Votivtafeln digital" von A.E. Imhof, vorgestellt im INTERNET, Homepage-Adresse: <http://userpage.fu-berlin.de/~aeimhof/> mit u.a. folgenden Links: Projekt-Beschreibung, 100 Votivtafeln aus Sammarei, Sammarei-CD-ROM-Produktion. Datum: 09.07.1997.

⁵ I.E. Kloke, "Das Kind in der Leichenpredigt" (1984).

⁶ J.P. Süßmilch, *Die göttliche Ordnung...* (1761).

⁷ Voraussetzung für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Säuglingssterblichkeit war die Zusammenstellung von Vergleichsdaten. Vgl. dazu die akribische Arbeit von A. Würzburg, "Die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche..." (1887/1888).

päischen Ausland, befaßten sich eingehend mit Stadt-Land-Gegensätzen, wiesen auf die soziale Bedingtheit von Mortalität hin und arbeiteten nicht selten populäre Schriften zur Gesundheitserziehung für medizinisches Personal und Eltern aus, die dabei helfen sollten, die Überlebenschancen von Säuglingen und Kindern zu erhöhen. Dieses Engagement stand in einem engen Wechselverhältnis zum gewachsenen Interesse der Obrigkeit an der Gesundheit und medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im Zusammenhang mit dem seit Beginn der Neuzeit erwachten Bewußtsein von der Fürsorgepflicht und Verantwortlichkeit des Staates für das Wohl der Untertanen ist der Begriff "Polizey"⁸ zu nennen. Er umfaßte administratives Planen in den Bereichen Gefahrenabwehr, öffentliche Sicherheit, Schutz des Gemeinwohls und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit ("Medizinische Polizey")⁹. Welchen Anteil letztere an der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit hatten, die seit Beginn des 20. Jahrhunderts in allen deutschen Landesteilen endgültig und anhaltend zurückging, wurde von den Zeitgenossen - und wird auch heute noch¹⁰ - kontrovers diskutiert.

Maßgeblich gestaltet wurde die zeitgenössische Debatte von F. Prinzing, dem Wegbereiter der auf Säuglinge bezogenen Mortalitätsforschung in Deutschland. Prinzing unterscheidet zwischen örtlichen und zeitlichen Unterschieden in der Säuglingssterblichkeit¹¹. Erstere seien im wesentlichen durch Ernährung und Pflege der Säuglinge bestimmt, letztere durch wirtschaftliche Verhältnisse¹². Die Schlüsselrolle spiele die Ernährung: *"Den Ausschlag für das Gedeihen des Säuglings giebt in erster Linie die Art der Ernährung und der übrigen Verpflegung"*¹³. Regionale Unterschiede in der Sterblichkeit hingen unabhängig von schichtenspezifischen Unterschieden unmittelbar mit dem Stillverhalten zusammen: *"Wo Kindern regelmäßig die Mutterbrust gereicht wird, ist die Kindersterblichkeit klein"*¹⁴. *"Die örtlichen Verschiedenheiten der Kindersterblichkeit werden vor allem durch die Gebräuche und Mißbräuche bei der Ernährung der Säuglinge bedingt und nur zum kleinen Teil durch die Wohlhabenheit der Bewohner"*¹⁵. Neben der Ernährung habe die Wartung und Pflege der Säuglinge einen größeren Einfluß auf die Höhe der Sterblichkeit als die sozialen Verhältnisse. Häufigste Todesursache unter Neugeborenen sei der Magen- und Darmkatarrh, dem besonders viele Säuglinge während der Sommermonate zum Opfer fielen. Gründe für zeitliche Mortalitätsdifferenzen sucht Prinzing in den Auswirkungen von Notjahren. Höhere Mortalitätsziffern von männlichen Neugeborenen und unehelichen Säuglingen beobachtet der Autor, ohne sie näher zu erläutern. Das gleiche gilt für die niedrige Säuglingssterblichkeit in jüdischen Familien¹⁶. Für 19 europäische Staaten bzw. Regionen unterstreicht Prinzing den Zusammenhang zwischen der Geburtsziffer und der Säuglingssterblichkeit, ohne den Konnex zu kommentieren. Bezogen auf Preußen stellt Prinzing einen Anstieg der Säuglingssterblichkeit seit Beginn des 19. Jahrhunderts fest, der in den 1870er Jahren seinen Höhepunkt erreicht habe. Ursache für den Anstieg sei *"die*

⁸ Zur Geschichte des Begriffs vgl. R. Münch, Gesundheitswesen... (1995), 15.

⁹ Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens ist in den letzten Jahren zum häufiger behandelten Thema von Historikern geworden. Vgl. stellvertretend Ch. Barthel, Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung... (1989); I. Tamm, Die Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitswesens... (1992) und R. Münch, Gesundheitswesen... (1995).

¹⁰ Mit Blick auf Deutschland hat sich zu diesem Thema in erster Linie R. Spree geäußert. Vgl. R. Spree, On infant mortality change... (1995). Einen Einblick in die Forschungsdiskussion geben R. Schofield und D. Reher, "The decline of mortality..." (1991), bes. 14f. An Einzelartikeln sollen folgende hervorgehoben werden: R.I. Woods, P.A. Watterson und J.H. Woodward, "The causes of rapid infant decline..." (Teil I/1988 und Teil II/1989); S.H. Preston und M. Haines, Fatal years... (1991) und M.F. Morel, "Les soins prodigués aux enfants..." (1989).

¹¹ F. Prinzing, "Die Kindersterblichkeit in Stadt und Land..." (1900), 595.

¹² F. Prinzing, "Die Entwicklung der Kindersterblichkeit..." (1899), 578-579.

¹³ Ebda., 578.

¹⁴ Ebda.

¹⁵ Ebda. Mit dem Terminus "Kindersterblichkeit" ist von Prinzing grundsätzlich die Sterblichkeit im Alter 0-1 Jahr gemeint.

¹⁶ Ebda., 580.

üble Lage der arbeitenden Klassen" und eine *"gewisse Gleichgültigkeit der Behörden"* gewesen. Die Ursachen für den Rückgang seit 1875 faßt der Autor mit *"sanitätspolizeilichen Maßnahmen (gutes Trinkwasser, gesunde Wohnungen, Beaufsichtigung des Milchhandels u.s.w.)"*, der *"Besserung der wirtschaftlichen Lage der Arbeiter"* und *"sozialer Gesetzgebung"* zusammen¹⁷. Das mit Zahlen belegte West-Ost-Gefälle in den preußischen Provinzen¹⁸ wird nicht nur konstatiert, sondern in Anlehnung an Seutemann¹⁹ mit sozioökonomischen Strukturen in Verbindung gebracht: *"Seutemann weist darauf hin, daß sich die westlichen Provinzen Preußens durch eine günstigere Verteilung des ländlichen Grundbesitzes, durch eine blühende Industrie, die reichliche Arbeitsgelegenheit bietet, die vorteilhafte Lage am offenen Meer, durch schiffbare große Flüsse in viel besseren ökonomischen Bedingungen befinden"*²⁰. Dieser Erklärungsansatz ist umso interessanter, als er nicht nur Prinzing's Eingangsthese widerspricht, wonach die örtlichen Unterschiede in der Höhe der Säuglingssterblichkeit allein auf Unterschiede in der Form der Ernährung zurückzuführen seien, sondern auch dem bevorzugten Erklärungsmodell für die regionalen Unterschiede zwischen Nord- und Süddeutschland entgegensteht, welche der Autor tatsächlich auf abweichende Ernährungsgewohnheiten (i.e. Verabreichung von Kuhmilch anstelle von Muttermilch), und zwar als Folge großer Drangsal im Dreißigjährigen Krieg zurückführt: *"... und es ist nicht unwahrscheinlich, daß gerade in dieser Zeit die schrecklichen Mißbräuche in der Kinderernährung sich eingebürgert haben und infolge von Unwissenheit und Gleichgültigkeit später bestehen blieben"*²¹. Aus heutiger Sicht bemerkenswert ist die Kontinuität Prinzing'scher Argumentationsführung in gegenwärtigen Forschungsarbeiten. So findet W.R. Lee Erklärungsansätze für die Mortalitätsunterschiede zwischen Ost und West in den preußischen Provinzen im 19. Jahrhundert in ökonomischen Strukturunterschieden²², während A.E. Imhof die hohe Säuglingssterblichkeit im Süden Deutschlands im Rahmen eines "system of wastage of human life" u.a. auf traumatische Erfahrungen im Dreißigjährigen Krieg zurückführt²³.

Besondere Aufmerksamkeit in der Literatur des ausgehenden 19. Jahrhunderts fanden die Stadt-Land-Gegensätze in der Säuglingssterblichkeit. L. Pfeiffer spricht vom *"kinderverzehrenden Einfluss der grossen Städte"*²⁴, und C. Ballod geht so weit, im allgemeinen eine höhere Säuglingssterblichkeit in den Städten vorauszusetzen, und da dies z.B. für München nicht zutrifft, für diese Stadt auf der einen Seite ein Verschicken unehelicher und ehelicher Kinder auf das Land und auf der anderen Seite Entbindungen ländlicher Ehefrauen in städtischen Kliniken anzunehmen²⁵. F. Prinzing weist demgegenüber auf die örtlichen und zeitlichen Mortalitätsdifferenzen in Stadt und Land hin²⁶. Mit Blick auf die eheliche Säuglingssterblichkeit belegt der Autor für die preußischen Provinzen in den 1890er Jahren eine in neun Bezirken unter dreiprozentige und in elf Bezirken über fünfzehnprozentige Ungunst der Städte. Immerhin in drei Bezirken und Berlin seien die Überlebenschancen der Säuglinge in der Stadt größer als auf dem Land gewesen²⁷. Von vergleichbar differenzierten Verhältnissen konnte bei den unehelichen Kindern nicht die Rede sein. Hier lag die Sterblichkeit der Säuglinge in den Städten fast ausnahmslos höher als auf dem

¹⁷ Ebda., 585f.

¹⁸ Ebda., 587. Säuglingssterblichkeit im Zeitraum 1871-75 in Prozent: Ostpreußen: 22,42; Westpreußen: 24,05; Stadt Berlin: 33,99; Brandenburg (ohne Berlin): 24,93; Pommern: 19,87; Posen: 23,50; Schlesien: 27,18; Sachsen: 23,34; Schleswig-Holstein: 15,17; Hannover: 16,67; Westfalen: 17,64; Hessen-Nassau: 18,35; Rheinland: 20,01; Hohenzollern: 33,18.

¹⁹ K. Seutemann, *Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsgruppen...* (1894).

²⁰ Vgl. F. Prinzing, *"Die Entwicklung der Kindersterblichkeit..."* (1899), 588.

²¹ Ebda., 598.

²² R. Lee, *"Demographische Veränderungen..."* (1989).

²³ A.E. Imhof, *"Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit..."* (1981).

²⁴ L. Pfeiffer, *"Die proletarische und criminelle Säuglingssterblichkeit..."* (1882), 18.

²⁵ C. Ballod, *Die mittlere Lebensdauer in Stadt und Land* (1899), 16-20.

²⁶ F. Prinzing, *"Die Kindersterblichkeit in Stadt und Land..."* (1900).

²⁷ Ebda., 596, bes. Tab.II.

Land²⁸. Zwischen den 1870er und den 1890er Jahren stieg die Säuglingssterblichkeit nach Prinzing in Stadt und Land. Zitierenswert ist in diesem Zusammenhang die wohl gegen C. Ballod gerichtete Feststellung "..., daß in Preußen die Kindersterblichkeit auf dem Lande nicht nur da höher geworden ist, wo sich die Industrie bedeutender entwickelt hat"²⁹. Nach 1880 sank die Säuglingssterblichkeit in den Städten³⁰, während sie auf dem Land stagnierte, wofür Prinzing den Rückgang der Geburtenziffern, die größere Offenheit der Eltern für Verbesserungen in der Säuglingsernährung sowie die Häufigkeit der Berührung mit gut ausgebildeten Ärzten und Hebammen verantwortlich macht³¹. Da die Sterblichkeit noch kurz vor der Jahrhundertwende in der überwiegenden Zahl der preußischen Städte trotz des Rückgangs höher war als auf dem Land, sucht Prinzing auch hierfür nach Gründen. Verantwortlich macht er an erster Stelle das aus Erwerbsgründen gering ausgeprägte Stillverhalten der Mütter. Allerdings gelte es auch hier zu differenzieren. So war die Säuglingssterblichkeit "in den Städten in denjenigen Staaten und Landesteilen größer, in welchen es üblich ist, den Kindern die Mutterbrust zu reichen, und umgekehrt ist sie dort auf dem Lande größer, wo die Kinder mit künstlicher Nahrung auferzogen werden"³². Die zuletzt genannte Beobachtung bringt Prinzing mit dem von ihm herausgefundenen Umstand in Verbindung, daß die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat auf dem Land in der Regel höher war als in der Stadt. Der Autor führte das zum einen auf die schwereren Arbeiten zurück, die die Schwangeren auf dem Land noch bis kurz vor der Geburt zu leisten hatten, zum anderen auf das seltenere Hinzuziehen eines Arztes zur Behandlung der Neugeborenen und auf geringere Sorgfalt bei der Pflege der Kinder³³. Was die Todesursachen betraf, so waren Magen- und Darmkatarrhe auf dem Land in der Regel häufiger als in den Städten, wo folgerichtig auch die Sommersterblichkeit geringer gewesen sei als auf dem Land. Mit dieser Meinung äußerte sich Prinzing zu einem Thema, das unter den zeitgenössischen Forschern große Beachtung fand. Die seasonspezifische Sterblichkeit der Säuglinge wurde in Stadt und Land untersucht. Bemerkenswert sind die Ergebnisse von P. Hanssen, der in Schleswig-Holstein (Amt Segeberg und Kirchspiel Münsterdorf) im 18. Jahrhundert keinen Sommergipfel feststellen kann³⁴. In der Stadt Königsberg war die Sommersterblichkeit im 18. Jahrhundert ebenfalls vergleichsweise schwach ausgeprägt, was aber eher den Gesetzmäßigkeiten entspricht, die Prinzing aufgestellt hat³⁵. K. Kisskalt bezeichnet den ausgeprägten Sommergipfel in Deutschland deshalb als Charakteristikum des 19. Jahrhunderts³⁶ und bringt ihn mit Blick auf die Stadt Königsberg mit der geringeren Verbreitung des Stillens in Zusammenhang.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß Prinzing bei der Suche nach Erklärungen für die unterschiedliche Sterblichkeit in Stadt und Land die "Anhäufung von Menschen", bzw. die Bevölkerungsdichte zuungunsten der Städte berücksichtigte, ebenso die beengten und unzureichenden Wohnverhältnisse, die allerdings auch auf dem Land anzutreffen waren, wo Kleinstkinder mit Haustieren wie Federvieh, Hunden, Katzen, ja selbst Schweinen, zusammenlebten. Soziale und ökonomische Verhältnisse waren nach Meinung Prinzings im Ver-

²⁸ Ebda., 603, bes. Tab. IV.

²⁹ Ebda., 615. C. Ballod hat die preußischen IM-Werte zwischen 1876/80 und 1895/96 dahingehend interpretiert, daß die Lebenserwartung bei der Geburt in den Landgemeinden der stärker agrarisch geprägten Provinzen am meisten zugenommen habe, am wenigsten dagegen in den überwiegend industrialisierten. Er weist jedoch auch darauf hin, daß sie in den östlichen Provinzen, mit Ausnahme Pommerns, im ganzen immer noch niedriger war als im Westen. Vgl. C. Ballod, Die mittlere Lebensdauer in Stadt und Land (1899), 39.

³⁰ C. Ballod differenziert den Rückgang in den preußischen Städten nach Stadtgröße. Demnach nahm die Säuglingssterblichkeit in den Großstädten zwischen 1880/81 und 1895/96 um 20% ab, in den Mittelstädten unter 10% und in den Kleinstädten kaum 4-5%. Ebda., 35.

³¹ F. Prinzing, Die Kindersterblichkeit in Stadt und Land... (1900), 640f.

³² Ebda., 633.

³³ Ebda., 606f.

³⁴ P. Hanssen, "Über Säuglingssterblichkeit in früheren Jahrhunderten..." (1912), 192.

³⁵ K. Kisskalt, "Die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert" (1921), 468.

³⁶ Ebda.

gleich zu ernährungsbedingten Unterschieden in ihrem Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit zweitrangig.

Genau diese beiden Faktorenkomplexe verknüpft H. Ploss. Der Mediziner stellt eine Korrelation zwischen Beschäftigungsart, Stillverhalten und -dauer, Fertilität und Säuglingssterblichkeit her: *"Die Ärzte Sachsens wissen zur Genüge, dass bei der Ackerbaubevölkerung das Kind verhältnismässig lange gesäugt wird; die Mutter fährt ihr Kind im kleinen Wagen bei der Ernte mit hinaus auf das Feld, um ihm rechtzeitig die Brust reichen zu können; man setzt das Stillen bis zu 1 1/2 Jahre lang fort, so giebt die kräftige Mutter dem Kleinen eine treffliche Kost; allein sie selbst wird dabei auch nicht so häufig schwanger"*. Dagegen gäbe die *"Proletarier-Frau"* ihr Kind zur Pflege, wo es zu Tode gefüttert würde, während sie selbst alsbald wieder schwanger wäre, *"um einem neuen Todes-Candidaten das Leben zu geben"*³⁷. Von den Zeitgenossen abgewertet³⁸ wurde die These desselben Autors, daß die Höhenlage eines Ortes oder einer Region mittels der jeweils vorherrschenden Beschäftigungs- und Ernährungsweise Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit genommen habe. Nach einem Vergleich der sächsischen Amtshauptmannschaften, die Ploss in die drei Kategorien Tiefland/Ackerbau, Gebirgsland/Industrie mit Ackerbau und Obergebirge/Fabrikindustrie einteilt, kommt er zu dem Ergebnis, daß sich beim Vergleich *"... die statistische Erscheinung einer in der Niederung geringeren Kindersterblichkeit zeige, als in höher gelegenen Bezirken"*³⁹. Die Ursachen für die beobachtete Differenz sucht Ploss in klimatischen Bedingungen, aber auch in der Feststellung, daß *"ackerbauende Districte verhältnismässig weniger Kinder verlieren, als Fabrikdistricte"*, was wiederum, wie bereits oben erwähnt, mit der geringeren Kinderzahl der Ackerbaubevölkerung zusammenhänge.

Hatte die Kinderpflege nach Ploss einen direkten Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit, so war diese nicht nur von der Beschäftigung, sondern auch von der *"Intelligenz"*, dem Wohlstand, der *"Stammesverschiedenheit"* (i.e. jüdische/christliche Bevölkerung) und den Sitten abhängig. Die hohe Säuglingssterblichkeit in Süddeutschland bringt der Autor (unter Bezugnahme auf die unlängst auch bei H. Medick⁴⁰ ausführlich gewürdigte Schrift des Pfarrers C.F. Rüdiger⁴¹) mit dem fast sechzigprozentigen Anteil nichtgestillter Kinder in Verbindung, den Rüdiger für das Oberamt Blaubeuren beziffern konnte⁴². Rüdiger zufolge wurden selbst die Kinder, die zunächst gestillt worden waren, sehr schnell entwöhnt, *"...weil die Mütter ihren gewöhnlichen Geschäften so bald als möglich wieder nachgehen wollen etc."*. Äußerst interessant ist Rüdigers Mitteilung, daß das Stillen dem Arbeitsethos widersprach: *"...eine Mutter wird als übertrieben faul verschrieen, wenn sie sich entschliesst und Zeit nimmt, ihrem Kinde die Brust zu reichen, und darum macht sie es am Ende lieber wie die anderen und lässt es bleiben"*⁴³. In Bayern seien die Mortalitätsunterschiede zwischen Stadt und Land klein, weil das Nichtstillen weit verbreitet sei. In Oberbayern und Schwaben bilde eine stillende Frau die Ausnahme. Es würde in diesen Gegenden bereits in den ersten Lebenswochen mit Mehlbrei gefüttert und Zuckerwasser zu trinken gegeben. *"Selbst die Kuhmilch wird vielen Kindern in manchen Gegenden Schwabens aus Geiz, um dieselbe zur*

³⁷ H. Ploss, "Studien über die Kindersterblichkeit" (1874), 160.

³⁸ F. Oesterlen, Handbuch der Medizinischen Statistik. Tübingen 1865, 148.

³⁹ H. Ploss, "Studien über die Kindersterblichkeit" (1874), 158. Vgl. auch die Tabelle auf Seite 160.

⁴⁰ H. Medick, Weben und Überleben... (1996), 364-366.

⁴¹ C.F. Rüdiger, Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr... (1868).

⁴² C.F. Rüdiger: *"Von den 5103 in den Jahren 1861-1866 im Oberamt Blaubeuren geborenen Kindern haben 2772 keine Muttermilch erhalten, somit 54 Procente und bei weiteren 5 Proc. kann es nicht bestimmt werden, ob sie gestillt worden sind, oder nicht"*. Zitiert in H. Ploss, "Studien über die Kindersterblichkeit" (1874), 163.

⁴³ Ebda.

*Käsebereitung verkaufen zu können, entzogen; daher dort so häufiges Auftreten von Rachitis, schwerem Zahnen, Diarrhöen und Convulsionen der Kinder beobachtet wird*⁴⁴.

Angesichts z.T. erheblicher Mortalitätsunterschiede von Ort zu Ort, wie sie in dieser Arbeit z.B. für Ostfriesland belegt werden können⁴⁵, ist Ploss' Hinweis auf die Vielfalt der Pflegepraktiken in regional begrenzten Räumen erwähnenswert: *"Eine grosse Verschiedenheit der Pflege der Neugeborenen findet aber in den einzelnen Polizeidistricten eines und desselben Regierungsbezirkes statt"*⁴⁶.

In der Mehrzahl der Fachbeiträge vor der Wende zum 20. Jahrhundert stimmen die Autoren darin überein, daß die wirtschaftliche, politische und soziale Lage der Bevölkerung wesentlich für regionale und schichtenspezifische Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit verantwortlich sei, zumal in Stadt und Land. Ebenso einig sind sich die meisten Wissenschaftler jedoch darin, daß der gesamte Ursachenkomplex "Ernährung und Pflege" eine noch wichtigere, unmittelbare Auswirkung auf die Überlebenschancen der Säuglinge habe. Das folgende Zitat faßt diese Überzeugung zusammen: *"Es kann nicht oft und nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, daß alle für die hohe Säuglingssterblichkeit verantwortlich gemachten Gründe schließlich nur in der Thatsache der falschen Ernährung wurzeln. Denn es liegt auf der Hand, daß politische Wirren, schlechter Geschäftsgang, verkehrte Sitten und schlechte Gewohnheiten bewirken, daß die Eltern bezw. Pfleger nicht genügend Mittel und Zeit haben, für die Kinder sachgemäß zu sorgen; daß die unehelichen Kinder nur deshalb eine so hohe Sterblichkeit aufweisen, weil sie infolge der meist schlechten wirtschaftlichen Lage ihrer Mütter irrationell ernährt werden. Hohe Geburtenzahl und Säuglingssterblichkeit decken sich deshalb, weil je mehr Kinder, desto weniger an Sorgfalt u.s.w. auf das einzelne entfällt. In den Centren der Kindersterblichkeit werden hauptsächlich diejenigen Kinder hinweggerafft, deren Mütter dem Verdienst außerhalb des Hauses nachgehen müssen, wodurch wiederum die künstliche Ernährung an Stelle der naturgemäßen treten muß. Überall also tritt in Folge socialer Verhältnisse das Unvermögen hervor, die Kinder gut zu ernähren,..."*⁴⁷.

⁴⁴ Ebda., 164f.

⁴⁵ Kap.5.2.1.

⁴⁶ H. Ploss, "Studien über die Kindersterblichkeit" (1874), 165. Der Satz bezieht sich auf bayerische Distrikte.

⁴⁷ o.N., "Der Verlauf der Säuglingssterblichkeit im Großherzogthum Baden von 1852-1895", in: Beiträge zur Statistik der inneren Verwaltung des Großherzogthums Baden, 26, Abt.I., Karlsruhe 1904, 3-23, zit. 18.

3.1.2. Medizinischen Topographien: Der Blick der Ärzte

Die Quellengattung "Medizinische Topographien" wurde in Kap.2.3. vorgestellt. Im folgenden geht es um eine knappe Darstellung des sich wandelnden "ärztlichen Blickes" im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert. Jan Brügelmann rekonstruiert denselben auf der Grundlage von Medizinischen Topographien¹. Der Autor benutzt die ursprünglich von M. Foucault geprägte Formel vom "ärztlichen Blick"² einerseits als Paradigma für den sich verändernden Zustand der Medizin während des genannten Zeitraumes und andererseits als Assoziationsträger für die Betonung der höchst subjektiven Einstellungen und Aktionen der Ärzte. Anhand von Zitaten stellt Brügelmann heraus, wie die zeitspezifischen Körperkonzepte und Krankheitsvorstellungen unterschiedliche Krankheitsunterscheidungen, -bezeichnungen und Therapien hervorgebracht haben³. Die konzeptfreien, beobachtenden Nosologen sahen lediglich die Äußerungen der Krankheit an der Körperoberfläche. Humoral-pathologisch orientierte Ärzte stellten die ursprünglich auf Hippokrates zurückgehende und seit Galen bewährte, wenn auch nach 1500 Jahren fast überholte, Verbindung zu den vier konstituierenden Säften (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) her. Die iatrochemisch oder iatrophysisch orientierten Ärzte sahen in dem menschlichen Körper entweder ein alchemistisches Laboratorium im kleinen oder eine nach physikalischen Gesetzen funktionierende Maschine. Für die Therapie spielte dies eine bedeutende Rolle, denn nicht mehr die Stabilisierung der Säfte war die Aufgabe eines Aztes, sondern die Steuerung der chemischen oder physikalischen Vorgänge im Körper durch Gabe von chemischen Substanzen oder Anwendung von physikalischen Mitteln. Mit Vesal, Paracelsus, Descartes und Morgagni hatte sich der ärztliche Blick auf den Weg ins Innere des menschlichen Körpers gemacht zu den Organen und Geweben als den vermuteten Schauplätzen der Krankheiten. Die Folge war ein Aufschwung der pathologischen Anatomie und auf längere Sicht die methodische und erkenntnistheoretische Hinwendung zur Empirie. Diese sorgte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts für Innovationen innerhalb des Berufsfeldes und Professionalisierung des Berufsstandes.

Doch zurück zu den medizinischen Topographien. Die Entstehung und Entwicklung dieser literarischen Gattung ist von der Entwicklung der territorialstaatlichen Gesundheitspflege, mithin von der "Medizinischen Polizey" und der medizinischen Aufklärung nicht zu trennen⁴. Wurden die Probleme von Krankheit und Gesundheit in der traditionellen Ständegesellschaft weitgehend im Rahmen der begrenzten privaten Lebenswelten bewältigt, so kam in der Phase des Kameralismus ein Prozeß der Entprivatisierung und Vergesellschaftung in Gang⁵. Zum ersten Mal wurde das bis in die heutige Zeit gültige Axiom von der Abhängigkeit des staatlichen Reichtums und Wohlergehens von der zahlenmäßigen Stärke der Bevölkerung, von deren vitaler und moralischer Konstitution definiert. Die Bevölkerung erschien als bewirtschaftbare, optimierbare Ressource, in deren Bestand und Vermehrung zum Wohle des Staates investiert werden konnte und mußte. Um aber eine von staatlicher Seite geplante und auf verwaltungstechnischer Ebene gut vorbereitete Manipulation der Bevölkerung vornehmen zu können, bedurfte es zunächst einer systematischen Erfassung und Bestandsaufnahme der Gesamtheit "Bevölkerung".

¹ J. Brügelmann, Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag... (1982).

² *"In diesem Buch ist die Rede vom Raum, von der Sprache und vom Tod. Es ist die Rede vom Blick"*. Zitat aus M. Foucault: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main 1993 (Titel der französischen Originalausgabe: "Naissance de la Clinique", 1963), 7.

³ A.E. Imhof (Biologie des Menschen in der Geschichte...) spricht in der Einleitung zu dem von ihm herausgegebenen Buch ebenfalls von der Zeitgebundenheit des ärztlichen Blickes. Dieser sei gerade während der Blütezeit der Medizinischen Topographien einem tiefgreifenden Wandel unterlegen. Vgl. A.E. Imhof, "Einleitung" (1978), 20.

⁴ Vgl. Ch. Barthel, Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung... (1989), 19.

⁵ R. Münch, Gesundheitswesen... (1995), 15-26.

Entsprechend lautete der Auftrag an die Verfasser der Medizinischen Topographien. Der Ruf nach Empirie war demnach zum Bindeglied geworden zwischen dem politischen Interesse an dem so detailliert wie möglich belegten Stand der Volksgesundheit und dem medizinischen Interesse an einer - im Sinne des medizinischen Diskurses - möglichst konzeptfrei zu haltenden Körperschau. Folgerichtig beschrieben die Ärzte in der Frühphase des medizintopographischen Schrifttums vor 1800 vor allem äußerliche Krankheitsmerkmale ihrer Patienten, wobei sie sich aufgrund ihrer symptomorientierten Sehweise in der Regel nicht für die individuellen Kranken(vor)geschichten interessierten. In der Krankheitsterminologie existierten neben symptomaddierenden Krankenbezeichnungen (wie z.B. "Seitenstiche mit Fieber, Kopfschmerz und Erbrechen") feststehende Termini (wie z.B. "Blattern"/"Pocken" oder "Ruhr") und solche, die unabhängig von den medizinischen Systemen gebräuchlich waren, wie z.B. "Fieber", "Entzündung", "Wassersucht" (für alle ödematösen Erkrankungen) sowie "Krämpfe" oder "Aus- und Abzehrung" (für alle konvulsivischen und von körperlichem Verfall begleiteten Krankheiten). Aus heutiger Sicht simplifizierend waren die Krankheitsdefinitionen in zahlreichen Medizinischen Topographien, die in den ersten dreißig Jahren nach der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert publiziert wurden. Dies galt besonders dann, wenn sie sich an das pathologische Reizfaktoren-System des Schotten J. Brown (1735-1788) anlehnten. Gesundheit bedeutete hier ein *"Maß der ausgeglichenen Erregung"*. Krankheit entstand durch *"ein Übermaß an Reizen ("sthenische Krankheiten") oder durch Reizdefizite ("asthenische Krankheiten")"*⁶. Der Gruppe der sthenischen Krankheiten, die nur durch schwächende, reizmindernde Mittel wie Aderlässe, Brechmittel, sparsame Ernährung oder äußere Kälte zu behandeln waren, rechnete Brown z.B. alle stärkeren Entzündungen, exanthematischen Krankheiten, Fieber sowie Rheumathismus zu. Der Gruppe der asthenischen Krankheiten, die nur durch anreizende Substanzen und Kuren wie Rauschmittel (u.a. Alkohol), kräftige und häufige Nahrung, Chinin oder äußere Wärme zu behandeln waren, rechnete Brown z.B. alle gastro-intestinalen Beschwerden wie Kolik, Diarrhöe, Erbrechen, Ruhr und Typhus zu, aber auch Menstruationsstörungen der Frauen oder Krämpfe, Epilepsie und Abzehrung. Der Gedanke, daß organische Veränderungen als Grund körperlicher Funktionsveränderungen und damit der Krankheit betrachtet werden können, tauchte erst in den Medizinischen Topographien des Zeitraumes 1830 bis 1850 auf. Vereinzelt wurde nun erkannt, daß eine Vielzahl von Symptomen womöglich auf eine gemeinsame anatomische, lokalisierbare Disfunktion zurückzuführen ist.

Bis weit ins 19. Jahrhundert im Grundmuster unverändert blieb demgegenüber der ätiologische Blick der Mediziner. Für die Autoren der letzten Phase medizintopographischen Schrifttums (1850 bis ca. 1880) spielte die "allgemeine Konstitution" für die Diagnose von Krankheiten eine noch fast ebenso große Rolle wie für die Ärzte des 18. Jahrhunderts. Die Betonung liegt auf "allgemeine", denn gemeint war weniger die individuelle körperliche Konstitution als vielmehr die Gesamtheit der Ursachen, die nach Ansicht der Ärzte zu einer Krankheit geführt hatten. Dabei bildete nach traditioneller ärztlicher Auffassung der Jahreszeitenrhythmus bzw. das zu einer bestimmten Zeit vorherrschende Klima einen der entscheidenden Gesundheits- bzw. Krankheitsfaktoren. *"Alle meteorologischen Messungen und Exkurse der Topographien zielen daraufhin ab, Korrelationen zwischen Witterung und vorherrschenden Krankheiten zu untermauern"*. Eine Sichtweise, die Brügelmann als "aeristische" zitiert⁷. Weitere ätiologische Momente wurden in den Bereichen a) Boden-, Luft- und Wasserbeschaffenheit, b) Gewohnheiten, Normen, Traditionen, c) Wohnungsbedingungen, hygienische Verhältnisse, d) Ernährung und e) - ab 1800 - in den ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen weiter Teile der von Massenarmut und Hungerkrisen betroffenen Stadt- und Landbevölkerung im vor- bzw. protoindustriellen Deutschland gesucht.

⁶ Informationen aus K.E. Rothschild: *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart 1978, S. 342, zitiert in J. Brügelmann, *Der Blick des Arztes...* (1982), 146.

⁷ Ebda., 141.

Als Ärzte und medizinpolitische Strategen interessierten sich die Autoren der Medizinischen Topographien im Verlauf des 19. Jahrhunderts deshalb zunehmend für die meßbaren öffentlichen und privaten Lebensverhältnisse ihrer Patienten. Die statistische Erfassung der Gesamtbevölkerung gewann an Bedeutung. Sie sollte - im Idealfall - den mit medizinischen Kenntnissen ausgestatteten zeitgenössischen Spezialisten in Praxis und Verwaltung mit Hilfe einer Fülle gesammelter Daten (insbesondere zur alters-, geschlechts, monats-, berufs- und todesursachenspezifischen Sterblichkeit) eine umfassende Rekonstruktion der Pathozönose und ihrer Dynamik in einer gegebenen Bevölkerung ermöglichen.

Aufgrund dieses Anspruches und seiner zum Teil sehr ins Detail gehenden Umsetzung werden die Medizinischen Topographien in Kap.5.1. dazu herangezogen, pathologischen Zuständen in ausgewählten zeitlich und räumlich begrenzten Bevölkerungen auf die Spur zu kommen. Daß sich die Autoren der Medizinischen Topographien mitunter direkt zum Thema Säuglings- und Kindersterblichkeit äußerten, sollte angesichts der zumeist von ihnen selbst statistisch belegten hohen Mortalität nicht verwundern.

3.2. Themen und ausgewählte Ergebnisse heutiger historisch-demographischer Forschung

Auch in der Frühen Neuzeit war die Mortalität und mit ihr die Mortalität der Säuglinge - entgegen der Einschätzung vieler Zeitgenossen¹ - nicht ausschließlich "widerfahrene Biologie"², eine von Menschen unbeeinflussbare Größe, sondern eine Determinante der Bevölkerungsentwicklung, die, im Wechselspiel mit anderen demographischen sowie wirtschaftlichen und sozialen Faktoren, in hohem Grad historischer Bedingtheit unterlag. Dies erkannten bereits - trotz konträrer Grundpositionen - beide "Väter" der Historischen Demographie: J.P. Süßmilch und Th.R. Malthus³. In seinem "first essay"⁴, den er später ergänzte, in Teilen revidierte⁵, nahm Malthus allerdings noch einen naturgesetzlich-biologischen Standpunkt ein. Von diesem Standpunkt aus stellte er die bis heute viel beachtete These auf, daß Mortalität, insbesondere Krisenmortalität, ein notwendiges Übel sei, daß im Rahmen eines Bevölkerungsprinzips, das Naturgesetzmäßigkeiten folgt, die Funktion habe, in Form von "positive checks" (wie z.B. Kriegen oder Seuchen) die Menschheit vor Überbevölkerung und den daraus resultierenden Katastrophen zu bewahren. Demgegenüber hatte Süßmilchs Ruf nach Sozialreformen und gerechter Einkommensverteilung bereits sechzig Jahre zuvor die Überzeugung vorausgesetzt, daß Mortalität sozial determiniert sei⁶. Diese Beobachtung besitzt bis heute gerade mit Blick auf die Säuglingssterblichkeit so uneingeschränkte Gültigkeit, daß IM-Werte als sensible Indikatoren für den sozialen und ökonomischen Entwicklungsstand von Staaten ständiger Beobachtung unterliegen⁷.

Wie so oft im Falle historisch-demographischer Forschung durchbricht die Frage nach den Ursachen des differentiellen Säuglingstodes in der Frühen Neuzeit die Fachgrenzen wissenschaftlicher Disziplinen. Entsprechend umfangreich ist die Fachliteratur, mit der sich

¹ Vgl. dazu z.B. die Sterbetopoi in Leichenpredigten. Zur Quellengattung der Leichenpredigten und zur Auswertung derselben in Zusammenhang mit dem Tod von Kindern vgl. I.E. Kloke, "Das Kind in der Leichenpredigt" (1984). Zur Geschichte des (kindlichen) Todes vgl. auch: Ph. Ariès, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris 1960 und Ders., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du moyen âge à nos jours*, Paris 1975 sowie A.E. Imhof, *Ars Moriendi*, Wien 1991 und S. Wollgast, *Zum Tod im späten Mittelalter und in der Frühen Neuzeit...* (1992).

² *"Darunter verstehen wir Erscheinungen, bei denen das rein Biologische im Vordergrund steht, wo der Mensch nur am Rande in Erscheinung tritt, wo er selbst nicht handelt, nicht einmal reagiert, sondern wo er in Mitleidenschaft gezogen wird, wo er seinem Körper und der ihn umgebenden Biologie ausgeliefert ist."* Dieses Zitat zur Kapitelüberschrift "Widerfahrene Biologie" ist dem Band von A.E. Imhof (Hrsg.), *Biologie des Menschen in der Geschichte...* (1978) entnommen.

³ Obwohl Süßmilchs Bevölkerungslehre in seinem Hauptwerk (*Die göttliche Ordnung...* [1741]) eine metaphysische Fundierung hat, stimmt seine praktische Forschungstätigkeit mit den Maßstäben und Methoden der heutigen Demographie erstaunlich überein. H. Birg (*"Johann Peter Süßmilch und Thomas Robert Malthus..."* [1989], 71) ist der Überzeugung, daß Süßmilch *"den modernen Gedanken der Interdependenz zwischen ökonomischen, sozialen und demographischen Faktoren und den Gedanken der Homöostase bei der Erklärung der Bevölkerungsveränderung vorweggenommen hat"*. P. Marschalck (*Bevölkerungsgeschichte Deutschlands...* [1984], 14) schreibt Malthus das Verdienst zu, und zwar besonders deutlich in der 1803 erschienenen 2. Auflage des *"Essay on the Principle of Population..."* (1. Auflage 1798), auf die *"sozialen Rahmenbedingungen für Bevölkerungswachstum, für Fruchtbarkeit und Sterblichkeit"* hingewiesen zu haben. Zuletzt setzte sich Marschalck mit den sozialen Unterschieden bei Sterblichkeit und Fruchtbarkeit im Denken von Süßmilch und Malthus in seinem Beitrag *"Kontinuitäten und Brüche im bevölkerungswissenschaftlichen und bevölkerungspolitischen Denken in Deutschland während der letzten zwei Jahrhunderte"*, in: *Acta Demographica* 1992, 117-130, auseinander, bes. Seite 119f.

⁴ Th.R. Malthus, 1. Auflage der Streitschrift *"An Essay on the Principle of Population..."* (1798).

⁵ Th.R. Malthus, 2. Auflage des *"An Essay on the Principle of Population..."* (1803), hrsg. von P. James 1989.

⁶ Vgl. hierzu nochmals H. Birg, *"Johann Peter Süßmilch und Thomas Robert Malthus..."* (1989), 70.

⁷ Jährlich veröffentlicht z.B. die Weltbank (Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung) IM-Zahlen aus den Industrie- und Entwicklungsländern im Weltentwicklungsbericht.

jeder konfrontiert sieht, der sich auch nur mit ausgewählten Aspekten des thematischen Blockes Säuglingssterblichkeit befassen will. In dieser Situation wäre der Blick in eine umfassende Bevölkerungsgeschichte wünschenswert.

Bis heute gibt es in Deutschland eine solche, französischen oder englischen Werken vergleichbare⁸, Bevölkerungsgeschichte nicht. Das hat viele Gründe, genannt werden sollen hier aber nur solche, die sich auf einige der zahlreichen "Zweiteilungen" Deutschlands beziehen. Zweigeteilt war das ganze Land in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg, als die Historische Demographie - ausgehend von Frankreich - vor allem in den skandinavischen und angelsächsischen Ländern einen ebenso schnellen wie institutionalisierten Aufschwung nahm⁹. Zweigeteilt war die Forschungstradition: makroregional ausgerichtete Bevölkerungsgeschichte hier, zunächst stärker mikroregional orientierte Historische Demographie dort¹⁰. Zweigeteilt war die im Blickfeld stehende historische Zeit: in eine "vorstatistische" und eine "statistische"¹¹, entsprechend zweigeteilt die Quellengrundlage, die Methodik, das Themenspektrum, selbst die Forschungsintention.

Die Erforschung der Säuglingssterblichkeit stand und steht noch immer unter dem Einfluß dieser Sachlage. Eine Enzyklopädie, die sich auf ganz Deutschland bezieht und einen Zeitraum von mehreren hundert Jahren abdeckt, gibt es nicht.

Stattdessen müssen Informationen zur Säuglingssterblichkeit in Deutschland häufig aus querschnittartig angelegten Überblicksdarstellungen zu bevölkerungsgeschichtlichen Entwicklungen¹², Abhandlungen zur allgemeinen Geschichte¹³ oder historischen Abrissen, die auf bestimmte Gesichtspunkte resp. Epochen spezialisiert sind¹⁴, zusammengestellt

⁸ Vgl. E.A. Wrigley und R.S. Schofield, *The population history of England, 1541-1871...* (2. Aufl. 1989) und J. Dupâquier et al., *Histoire de la Population Française*, Bde. 1 u. 2 (1987 und 1988).

⁹ Zur Etablierung der Historischen Demographie in Deutschland vgl. A.E. Imhof, "Historische Demographie heute" (1993), 347. Die Entwicklung der Historischen Demographie ist nicht das Thema dieser Arbeit. Sie ist nichtsdestoweniger spannend und für deutschsprachige Leser immer noch am kürzesten und prägnantesten in A.E. Imhofs Einführung in die Historische Demographie (1977) zusammengefaßt.

¹⁰ Ch. Pfisters enzyklopädische Darstellung der Bevölkerungsgeschichte in Deutschland (*Bevölkerungsgeschichte und Historische Demographie...* [1994]) basiert erstmals auf beiden Zugängen zum Verständnis des Bevölkerungsprozesses. Seine Kurzcharakteristik der Herangehensweisen ist kurz, knapp und sachlich: *"Die 'Bevölkerungsgeschichte' deckt anhand von (proto-)statistischen Mas sendaten demographische Makrostrukturen für ganze Länder oder Staaten wie 'Deutschland' auf, liefert Aussagen über Grobtrends und zeigt die räumliche Dimension von Wanderungsbewegungen auf. Die im Mikrobereich angesiedelte historische Demographie rekonstruiert und interpretiert, vom einzelnen Kirchenbucheintrag ausgehend, die Vielfalt der demographischen Ziffern auf regionaler oder lokaler Ebene, welche in ihrem Zusammenspiel den Bevölkerungsprozeß in international vergleichbarer Weise charakterisieren, und sucht die gewonnenen Muster aus der lokalen Lebenswelt - den geltenden Normen, den sozialen Beziehungen und den Eigenarten des Arbeitsrhythmus - heraus zu deuten"* (1994, 1f.). Zu dem Thema vgl. auch A.E. Imhof, "Bevölkerungsgeschichte und Historische Demographie", in: R. Rürup (Hrsg.), *Historische Sozialwissenschaft*, Göttingen 1977, 16-58.

¹¹ Die vorstatistische Zeit endete in einzelnen deutschen Ländern mehr als 50 Jahre vor Einführung der Reichsstatistik: z.B. 1805 in Preußen, 1808 in Bayern, 1820 in Württemberg.

¹² Grundlegend: P. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands...* (1984) und Ch. Pfister, *Bevölkerungsgeschichte...* (1994). Darüber hinaus informativ: W.R. Lee, "Germany" (1979); H. Harnisch, "Bevölkerungsgeschichtliche Probleme..." (1979); W. Köllmann, "Bevölkerungsgeschichte" (2. Aufl. 1986); Ders., "Lage der Bevölkerung in Preußen..." (1989); W. G. Rödel, "Die demographische Entwicklung in Deutschland..." (1989). Im Manuskript fertiggestellt, aber noch unveröffentlicht: R. Gehrman, *Generationenschicksale. Aspekte der norddeutschen Bevölkerungsgeschichte zwischen Aufklärung und Vormärz*, Berlin 1997.

¹³ H.-U. Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1700-1815*, München ²1989; Th. Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1800-1866*, München ⁶1993, bes. 102-114; R.v. Dülmen, *Kultur und Alltag in der Frühen Neuzeit*, Bd.1: *Das Haus und seine Menschen*, München 1990, 80-101.

¹⁴ Ch. Dipper, *Deutsche Geschichte...* (1991), 42-75; W.G. Rödel, "Die demographische Entwicklung..." (1989), 21-41.

werden. In Artikeln einschlägiger in- und ausländischer Fachzeitschriften¹⁵ wird zumeist der Einfluß einzelner Faktoren auf die Säuglingssterblichkeit diskutiert. Hinsichtlich ihres zeitlichen Bezugsrahmens lassen sich die Beiträge in der Regel in zwei Gruppen einteilen. Die erste Gruppe behandelt die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der statistischen Zeit, die zweite die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der vorstatistischen Zeit.

In der Regel bezieht sich die erste Gruppe von Veröffentlichungen auf Deutschland als Nationalstaat, behandelt die Zeit nach der Reichsgründung 1871, basiert auf statistischem Quellenmaterial, sucht nach Erklärungen für den Rückgang der Säuglingssterblichkeit von einem relativ hohen Niveau gegen Ende des 19. Jahrhunderts auf ein deutlich niedrigeres in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts und konzentriert sich dabei auf Stadt-Land-Unterschiede, auf die Erfolge öffentlicher Gesundheitsfürsorge, die Ergebnisse landesweiter Stillkampagnen, die Konsequenzen der Hygienisierungsbewegung, die Hebung des medizinwissenschaftlichen Kenntnisstandes, die Verbesserung der medizintechnischen Infrastruktur und auf den Rückgang der inner- und außerehelichen Fertilität aufgrund zunehmender Geburtenkontrolle¹⁶.

Die zweite Gruppe von Veröffentlichungen bezieht sich auf so viele verschiedene städtische und ländliche Regionen im territorialstaatlich geprägten Deutschland wie möglich, sie behandelt in erster Linie das 18. und die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts, basiert auf Familienrekonstitutionen (die wiederum auf der Auswertung von Kirchenbuchmaterial gründen) sucht nach Erklärungen für den fortschreitenden Rückgang der um 1750 bereits vergleichsweise niedrigen Säuglingssterblichkeit im Norden und Westen Deutschlands und für den kontinuierlichen Anstieg der um die Mitte des 18. Jahrhunderts bereits vergleichsweise hohen Säuglingssterblichkeit im Süden und Osten Deutschlands. Sie konzentriert sich dabei auf geschlechts-, alters- und geburtsrangspezifische Mortalitätsdifferenzen, auf den Einfluß von Krisen und Konfessionen, die Konsequenzen von Ernährungs- und Pflegepraktiken, das Zusammenspiel von Fertilität und Mortalität und auf die Auswirkungen, die unterschiedliche sozioökonomische Systeme auf die Säuglingssterblichkeit genommen haben können¹⁷.

Von größtem Wert für die Erforschung der Säuglingssterblichkeit in vorstatistischer Zeit sind Parochialstudien. Dieselben basieren auf der sogenannten Familienrekonstitutionsmethode (vgl. Kap.2.2.). "Vater" der zuvor von P. Goubert propagierten Methode ist der französische I.N.E.D.¹⁸-Demograph L. Henry. Im Jahr 1953 erschien sein Pionieraufsatz "Une richesse démographique en friche: les registres paroissiaux" in der Zeitschrift *Population* (S. 281-290). Fünf Jahre später wurde seine (zusammen mit E. Gautier verfaßte) *Crulai-Mono-*

¹⁵ Als die 12 wichtigsten Zeitschriften und Informationsquellen bezeichnet A.E. Imhof in seiner 1995 bei K.G.Saur veröffentlichten CD-Rom "Historische Demographie I" (vorgestellt über INTERNET in der Homepage des Autors, <http://userpage.fu-berlin.de/~aeimhof/saurhd1>, 31.3.1997): *Annales de Démographie Historique* (Paris), *Population* (Paris), *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* (Wiesbaden), *Acta Demographica* (Heidelberg), *Berliner Statistik* (Berlin), *Population Studies* (London), *Genus* (Rom), *Population Index* (Princeton), *Social Science & Medicine* (Oxford), *Health Transition Review* (Canberra), *IUSSP- Newsletter/Bulletin de liaison de l'UIESP* (Liège), *H-Demog - Diskussionsforum für Historische Demographie im INTERNET* (Chicago).

¹⁶ Als Veröffentlichungsbeispiele seien nur ausgewählte der letzten Jahre genannt: R. Spree, "On infant mortality change in Germany since the early 19th century..." (1995); J.P. Vögele, "Sanitäre Reformen und der Sterblichkeitsrückgang..." (1993); Ders., "Différences entre ville et campagne et évolution de la mortalité en Allemagne..." (1996); H.J. Kintner, "Infant mortality decline in Germany, 1871-1925..." (1994); W.R. Lee und P. Marschalck, "The dynamics of demographic change..." (1996).

¹⁷ Da Forschungsergebnisse aus dieser Gruppe im folgenden noch starke Beachtung finden werden, sei hier lediglich auf zwei Veröffentlichungen verwiesen, die noch heute Grundlage jeder Auseinandersetzung mit der Säuglingssterblichkeit Deutschlands sind: A.E. Imhof, "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland..." (1981) und J.E. Knodel, *Demographic behavior in the past...* (1988).

¹⁸ Institut National d'Études Démographiques (= I.N.E.D.) in Paris.

graphie veröffentlicht¹⁹. Dreißig Jahre später waren nach der Darstellung von J. Dupâquier, Studiendirektor an der "École des Hautes Études en Sciences Sociales" in Paris, mehr als 500 Parochialstudien auf der Grundlage der Familienrekonstitutionsmethode entstanden, davon die bei weitem größte Zahl in Frankreich²⁰.

Für Deutschland wuchs die Zahl der Studien auf Mikroniveau seit Anfang der siebziger Jahre. R. Gehrmanns und W.R. Lees erste ausführliche Zusammenstellungen derselben²¹ enthalten vor allem die Untersuchungen von Knodel²², Imhof²³, Lee²⁴ und Houdaille²⁵. In den achtziger und neunziger Jahren ist die Zahl der Mikrostudien für Deutschland weiter gewachsen, wie sich der aktuelleren Zusammenstellung in App.A.2.a. entnehmen läßt²⁶. Die Liste spiegelt eine Zunahme von Mikro-Historien. Auch in diesen, wie zuletzt in H. Medicks Laichingen-Studie²⁷, werden die zentralen Komponenten des Bevölkerungsprozesses auf der Basis von Familienrekonstitutionen analysiert. Mindestens ebensoviel Raum nehmen in dessen wirtschafts-, familien- und kulturhistorische Aspekte der Lokalgeschichte ein.

Nicht unerwähnt bleiben soll die in den letzten Jahren wachsende Zahl der Examensarbeiten mit bevölkerungshistorischen Themen, z.B. in der Mainzer Arbeitsgruppe um W. G. Rödel²⁸, Dissertationen zum Thema Säuglingssterblichkeit an den Universitäten von Gießen und Ulm²⁹ und medizinhistorische Doktorarbeiten³⁰. In den zuletzt genannten

¹⁹ E. Gautier und L. Henry, *La population de Crulai paroisse normande. Étude historique* (= I.N.E.D., Travaux et Documents, 33). Paris 1958.

²⁰ J. Dupâquier, *Pour la Démographie Historique*. Paris 1984.

²¹ R. Gehrman, "Einsichten und Konsequenzen..." (1979), Tab.3, 469 und W.R. Lee, "Germany" (1979), Table 4.10.

²² J.E. Knodel und E. van de Walle, "Lessons from the past: Policy implications of historical fertility studies", in: *Population and Development Review* 5 (1979), 217-245.

²³ A.E. Imhof (Hrsg.), *Historische Demographie und Sozialgeschichte: Gießen und Umgebung...* (1975).

²⁴ W.R. Lee, *Population growth, economic development and social change in Bavaria...* (1977).

²⁵ J. Houdaille, "Quelques résultats sur la démographie..." (1970) und Ders., "La population de Remmesweiler..." (1970).

²⁶ Hervorgehoben werden sollen die Parochialstudien von J.E. Knodel, *Demographic behavior...* (1988); R. Gehrman, *Leezen...* (1984) und J. Schlumbohm, *Lebensläufe...* (1994). Sie werden um ausgewählte Arbeiten ergänzt, die nicht Teil der erwähnten Liste in App.A.2.a. sind: W. Bechberger, "St. Leon und seine Bevölkerung 1707-1757. Beiträge zur demographischen und sozialen Entwicklung einer dörflichen Gemeinde im Hochstift Speyer", in: *Zeitschrift für die Geschichte des Oberrheins* 134 (1986), 129-193; K. Dussel, "Die Alltäglichkeit von Not und Tod im Dorf. Das speyerisch-badische Forst und seine Bevölkerung im 18. und 19. Jahrhundert", in: *Zeitschrift für die Geschichte des Oberrheins* 141 (1993), 241-277; Th. Kohl, *Familie und soziale Schichtung. Zur historischen Demographie Triers 1730-1860*. Stuttgart 1985; E. Lutsch, *Dudeldorf. Lebensverhältnisse, Wirtschaft, demographische Strukturen und Bewohner bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts* (= *Trierer Historische Forschungen*, 16) Trier 1991; W.G. Rödel, *Mainz und seine Bevölkerung...* (1985); H. Schultz, *Berlin 1650-1800...* (1987). Der Wert dieser Untersuchungen für die Erforschung der Säuglingssterblichkeit ist sehr unterschiedlich. Nicht immer wird die Anzahl der Sterbefälle auf die Zahl der Geburten bezogen (Lutsch, Rödel, Schultz).

²⁷ H. Medick, *Weben und Überleben in Laichingen...* (1996).

²⁸ Hervorgehoben werden sollen die Dissertationen von E. Rettinger, *Die Umgebung der Stadt Mainz und ihre Bevölkerung. 17. bis 19. Jahrhundert. Ein historisch-demographischer Beitrag zur Sozialgeschichte ländlicher Regionen*, Diss. Mainz 1995 und T.G. Saunders, *Familie, Fortpflanzung und Bevölkerungsentwicklung im Hunsrück. Eine historisch-demographische Untersuchung der Lebensverhältnisse und gesellschaftlichen Strukturen in Kirchberg, Kastellaun und Gemünden 1650-1800* (= *Europäische Hochschulschriften*, 674) Frankfurt/New York/Bern 1995.

²⁹ L. Krucker, *Säuglings- und Kindersterblichkeit in einer ostthessischen Gemeinde im 18. und 19. Jahrhundert...* (1993); G. Sponholz, *Die Säuglingssterblichkeit in zwei ländlichen Gemeinden...* (1995).

³⁰ Eine ganze Reihe von entsprechenden Dissertationen wurde in den 1980er Jahren bei R. Winau am Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin publiziert. Vgl. z.B. M. Werner, *Sterblichkeit und Todesursachen in der Berliner Sophiengemeinde von 1825 bis 1834*. Diss. Berlin 1987. Unlängst erschien eine Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig: Ch.-M. Engst, *Säuglings- und Kindersterblichkeit in den Dörfern Schmerzke, Butzow und Marzahn...* (1995).

Untersuchungen beschränkt sich das Erkenntnisinteresse allerdings häufig auf die Todesursachen-Problematik.

National angelegte Symposien, bei denen die Säuglingssterblichkeit entweder im Vergleich zur Sterblichkeit anderer Altersgruppen oder als multikausales Phänomen alleine im Zentrum des Interesses stand, gab es 1995 und 1996³¹. Referenten der Tagungen waren u.a. R. Gehrman (Säuglingssterblichkeit in Stadt und Land), I.E. Kloke (Säuglingssterblichkeit und Wirtschafts- und Sozialstruktur), W.R. Lee und P. Marschalck (Säuglingssterblichkeit in Bremen), J. Schlumbohm (Säuglingssterblichkeit im Entbindungshospital der Universität Göttingen), S. Stöckel (Säuglingssterblichkeit und Hygienekonzepte), E. Voland (Säuglingssterblichkeit aus der Sicht der Verhaltensökologie) und J. Vögele zusammen mit W. Woelk (Säuglingssterblichkeit und Öffentliche Gesundheitsfürsorge).

Die wichtigsten Impulse erhält die Erforschung der Säuglingssterblichkeit aus dem Ausland. In europäischen Ländern wie z.B. Frankreich, England oder Schweden hat sie gegenüber Deutschland einen großen Vorsprung. Dies ist zum einen auf eine weitaus günstigere Quellenlage zurückzuführen (Familienrekonstitution auf nationaler Ebene in Frankreich³² und England³³, Demographische Datenbasis der Universität Umeå in Schweden³⁴) und zum anderen auf eine institutionalisierte Forschungstradition im Bereich der Historischen Demographie. Dem Thema "(Früh)neuzeitliche Sterblichkeitsentwicklung" wird gerade in diesen Ländern permanente Aufmerksamkeit zuteil³⁵.

In der Einleitung zu dem von ihm herausgegebenen Sammelband "European demography and economic growth"³⁶ unterzog W.R. Lee bereits 1979 einige der bis heute nicht ausdiskutierten Thesen zur Erklärung der Mechanismen des Sterblichkeitsrückganges im 18./19. Jahrhundert einer kritischen Analyse. Zwölf Jahre später taten R. Schofield und D. Reher dasselbe im Einleitungsaufsatz zum 1991 erschienenen Sammelband "The decline of mortality in Europe"³⁷.

³¹ Die beiden Tagungen, die sich ausschließlich mit dem Thema Säuglingssterblichkeit beschäftigten, fanden im Rahmen der Herbsttagungen des Arbeitskreises "Historische Demographie" der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft statt: am 6.-7.10.1995 in Köln und am 1.-2.11.1996 in Osnabrück.

³² Wie bereits erwähnt, entstand, basierend auf der Arbeit von L. Henry ("Démographie historique", in: Population 30, Sonderband 1975), ein für ganz Frankreich repräsentatives Sample von Parochialstudien für den Zeitraum 1740-1829. U.a. darauf aufbauend: J. Dupâquier et al., Histoire de la population Française, 4 Bde. (1987/88).

³³ Für England stehen Sterbeziffern für die Zeit ab 1541 zur Verfügung. Zu den Techniken der Datenermittlung (Stichwort "retrospective projection") vgl. E.A. Wrigley und R.S. Schofield, The population history of England... (1989).

³⁴ Die Bevölkerungsdatenbank POPUM basiert auf Kirchenregistern, Hausverhørsregistern und Wanderungsregistern. Die zentrale Periode der Erfassung ist das 19. Jahrhundert. Vgl. A. Brändström, I. Egerbladh, C. Sjöström, L.-G. Tedebrand, "Lebenserwartung in Schweden..." (1994), 340-343.

³⁵ Vgl. z.B. die Sonderbände der Zeitschrift Annales de Démographie Historique 1989 (Thema: Le déclin de la mortalité) und 1994 (Thema: La mortalité des enfants dans le passé) sowie die folgenden Sammelbände: W.R. Lee (Hrsg.), European demography and economic growth... (1979); P.M. Boulanger und D. Tabutin (Hrsg.), La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire... (1980); T. Bengtsson, G. Fridlitzius und R. Ohlsson (Hrsg.), Pre-industrial population change... (1984); L. Bonfield, R.M. Smith und K. Wrightson (Hrsg.), The world we have gained... (1986); R. Schofield, D. Reher, A. Bideau (Hrsg.), The decline of mortality in Europe... (1991); C.A. Corsini und P.P. Viazzo (Hrsg.), The decline of infant mortality in Europe... (1993). Schließlich seien aus der großen Zahl der Aufsätze drei mit Überblickscharakter herausgehoben: A.E. Imhof, "Säuglingssterblichkeit im europäischen Kontext..." (1984); J. Vallin, "Mortality in Europe 1720 to 1914..." (1991); C. Rollet, "La lutte contre la mortalité infantile dans le passé..." (1993) und T. Bengtsson und Ch. Lundh, "La mortalité infantile et post-infantile..." (1994).

³⁶ W.R. Lee, "Introduction..." (1979), 10-25.

³⁷ R. Schofield und D. Reher, "The decline of mortality..." (1991), 1-17.

Die These des Th. McKeown geht davon aus, daß strukturelle Reformen im primären Sektor zu einer verbesserten Ernährungssituation geführt haben³⁸. Voraussetzung für diese These ist die Annahme, daß Infektionskrankheiten infolge von Mangel- oder Fehlernährung ausbrechen. Lee nimmt dieser These gegenüber eine ablehnende Haltung ein, indem er die Überzeugung vertritt, die Zunahme des agrarischen Outputs infolge von Landesausbau und Intensivierung - z.B. in den preußischen Ostprovinzen - habe sich vor allem durch die rapide gewachsene Arbeitsbelastung der Mütter (die wiederum ungünstigen Einfluss auf die Stillpraxis gehabt habe) negativ auf die Überlebenschancen der Säuglinge ausgewirkt³⁹. R. Gehrman wies kürzlich ebenfalls mit Blick auf differente Stillpraktiken darauf hin, daß die McKeown-These günstiger im Zusammenhang mit der Kindersterblichkeit zu überprüfen sei als im Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit⁴⁰.

Die Medikalisierungsthese basiert auf der Überzeugung, daß die Zunahme medizinischer Institutionen, die umfassendere Ausbildung medizinischen Personals (u.a. der Hebammen) und die Zunahme von Versorgungsinstanzen (Arzt/Patienten-Dichte) einen Rückgang der Sterblichkeit bewirkt hat. Für das 20. Jahrhundert liefern H. Preston und M. Haines eindrucksvolle Beispiele für die Richtigkeit dieser These und die Bedeutung öffentlicher Gesundheitspflege⁴¹. Für die Zeit vor 1850 ist der These jedoch - Lee zufolge - nicht dieselbe Bedeutung zuzumessen⁴². Dem stimmt M.-F. Morel prinzipiell zu, sie verweist aber auch auf erste Erfolge von staatlichen Initiativen zur Hebung des medizinischen Kenntnisstandes⁴³. Vor dem Hintergrund neuester Forschungsergebnisse ist Morels Argumentation zumindest mit Blick auf das Hebammen-Training beizupflichten. So können S. Beauvalet und J. Renard für die Normandie bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts einen Rückgang der Müttersterblichkeit infolge besser ausgebildeter Hebammen belegen⁴⁴. R. Woods weist auf die generelle Schwierigkeit hin, den Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und Verbesserungen im Öffentlichen Gesundheitswesen zu messen⁴⁵.

Die krankheitsspezifische Hypothese sucht eine Erklärung für langfristige Veränderungen in der Säuglingssterblichkeit entweder in der sich wandelnden Virulenz bestimmter Krankheiten oder in der Immunität der Bevölkerung. Diese Überzeugung vertritt z.B. A. Perrenoud in Zusammenhang mit der Klima-These. Seiner Ansicht nach erfordern die prinzipiellen Verlaufsübereinstimmungen der Säuglingssterblichkeit im (früh)neuzeitlichen Europa den Ausschluß wirtschafts- und sozialer Faktoren. Demgegenüber hätten sich verändernde bio-meteorologische Bedingungen einen Rückgang der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten bewirkt⁴⁶. Die Klima-These wird von Autoren wie P.R. Galloway und G. Caselli unterstützt⁴⁷. C. Rollet bezeichnet diesen Faktor - und damit die Perrenoud-These - als bisher unterschätzt⁴⁸.

³⁸ Th. McKeown, *The Modern Rise of Population* (1976), 152-154.

³⁹ Vgl. auch W.R. Lee, *Mortality Levels and Agrarian Reforms...* (1984), 161-190.

⁴⁰ R. Gehrman, "Stadt-Land-Unterschiede..." (1995).

⁴¹ S. Preston und M. Haines, *Fatal years...* (1991).

⁴² W.R. Lee, "Medicalisation and Mortality Trends in South Germany in the early 19th Century", in: A.E. Imhof (Hrsg.), *Mensch und Gesundheit in der Geschichte...* (1978), 79-113.

⁴³ M.-F. Morel, "Les soins prodigués aux enfants: influence des innovations médicales..." (1989). Vgl. zu dem Themenkomplex auch: C. Duhamelle, *La petite enfance sous le regard médical dans l'Allemagne des Lumières (fin XVIIIe - début XIXe siècles)*, *Mémoire de maîtrise inédit*, Université de Paris I, 1987.

⁴⁴ S. Beauvalet-Boutouyrie und J. Renard, *Des sages-femmes...* (1994).

⁴⁵ R. Woods, "La santé publique..." (1989). G. Alter und J.A. Riley ("Frailty, sickness, and death..." [1989], 25-45) befassen sich schwerpunktmäßig mit den Folgen, die eine Reduktion der Säuglings- und Kindersterblichkeit auf den Gesundheitszustand der überlebenden Bevölkerung hat.

⁴⁶ A. Perrenoud, "Mortality decline in its secular setting..." (1984) und Ders., "La mortalité des enfants en Europe..." (1994).

⁴⁷ P.R. Galloway, "Long-term fluctuations in climate..." (1986); G. Caselli, "Health transition and cause-specific mortality..." (1991).

⁴⁸ C. Rollet, "La mortalité des enfants dans le passé..." (1994).

M.W. Flinn und A.J. Mercer vertreten die Pocken-Hypothese, wonach die Einführung der Schutzimpfung gegen Ende des 18. Jahrhundert die Sterblichkeitsveränderungen ermöglicht hat⁴⁹. Wenn diese These in der Forschung nur wenig Unterstützung erfährt, dann nicht, weil der Einfluß der Vakzination in Frage gestellt würde⁵⁰, sondern weil der Anteil der Pockensterblichkeit an der Säuglingssterblichkeit nicht so hoch war, daß eine Reduktion derselben entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung genommen haben könnte⁵¹.

Die Still-Hypothese geht davon aus, daß die Säuglingssterblichkeit in erster Linie eine Funktion der Ernährungsart ist und nicht des Nahrungsspielraumes. Knodel sieht in den regional unterschiedlichen Stillgewohnheiten den Hauptgrund für die Existenz unterschiedlicher Sterblichkeitsniveaus in Deutschland⁵². Schofield und Reher bezeichnen Ausmaß und Dauer des Stillens als Schlüsselfaktor der Säuglingssterblichkeit⁵³. Diese Überzeugung vertrat auch der "Pionier" der Säuglingssterblichkeits-Forschung in Deutschland F. Prinzing⁵⁴.

Die Imhof-These⁵⁵ bringt die regionalen Unterschiede in der europäischen Säuglingssterblichkeit mit der Existenz differierender demographischer Systeme in Zusammenhang. Diese Systeme seien wiederum auf unterschiedliche Konfessionszugehörigkeit und regional stark variierende "Traumatisierungen" von Bevölkerungen u.a. durch Kriege zurückzuführen. Unter Bezugnahme auf die schwäbische Gemeinde Gabelbach mit kontinuierlich exzessiver Mortalität im 18. bis 20. Jahrhundert und die ostfriesische Gemeinde Hesel mit vergleichsweise niedriger Säuglingssterblichkeit im selben Zeitraum spricht Imhof im ersten Fall von einem "system of wastage of human life" und im zweiten Fall von einem "system of conservation of human life". Der Autor versteht die extremen Mortalitätsunterschiede nicht als singuläres Phänomen, sondern als eines von mehreren Charakteristika zweier langfristig angelegter, generationenüberdauernder Strukturen. Diese seien gekennzeichnet gewesen durch meßbare demographische Verhaltensmuster, die das Leben der Neugeborenen bedrohten, wenn nicht sogar gering achteten: kurze bzw. lange Stillzeiten, hohe bzw. niedrige Müttersterblichkeitsraten, hohe bzw. niedrige Wiederverheiratsquoten und ausgeprägte bzw. geringe Witwen- und Witwenschaftsdauern⁵⁶. Daß außerdem die intergenetischen Intervalle kurz bzw. lang waren und die Fruchtbarkeit hohe bzw. niedrige Werte erreichte, führt auch Knodel auf "longstanding customs" zurück, hebt unter diesen jedoch, wie bereits erwähnt, in erster Linie die Praxis des Nicht- oder Kurzstillens hervor⁵⁷. Als prägende Ursachen für ein System der Verschwendung menschlichen Lebens nennt Imhof zum einen die Zugehörigkeit weiter Bevölkerungsteile im Süden Deutschlands zur katholischen Konfession, die - im Verständnis vieler Gläubiger - allein Gott die Verantwortung über Leben und Tod zuwies, und zum anderen die "Traumatisierung" weiter Bevölkerungsteile durch hohe Verluste infolge häufiger kriegerischer Ereignisse⁵⁸. Es handelt sich hier um einen mentalitätshistorischen Erklärungsansatz, der besonders dann

⁴⁹ M.W. Flinn, *The European demographic system...* (1981); A.J. Mercer, "Smallpox and epidemiological-demographic change in Europe..." (1985).

⁵⁰ Neueste Forschungen liegen vor von: R. Münch (Hrsg.), *Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik...* (Berlin 1994); R. Münch, *Gesundheitswesen im 18. Und 19. Jahrhundert...* (1995) und P. Sköld, "From inoculation to vaccination..." (1996).

⁵¹ K.J. Pitkänen, J.H. Mielke und L.B. Jorde ("Smallpox and its eradication..." [1989], 98-101) betonen jedoch die Bedeutung der Pockenimpfung für die erste Phase des Rückgangs der Mortalität in Finnland.

⁵² J.E. Knodel, *Demographic behavior...* (1988), 45.

⁵³ R. Schofield und D. Reher, "The decline of mortality..." (1991), 16.

⁵⁴ F. Prinzing, "Die Entwicklung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten" (1899), 578.

⁵⁵ A.E. Imhof, "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit..." (1981).

⁵⁶ Ebda., 343, 371-373.

⁵⁷ J.E. Knodel, *Demographic behavior...* (1988), 395-405.

⁵⁸ A.E. Imhof, "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit..." (1981), 366-369.

zum Tragen kommt, wenn es um das Verstehen makroregionaler Unterschiede, mithin des Nord-Süd-Gegensatzes, in der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit geht. In der Forschung ist zuletzt am Beispiel Laichingens die Traumatisierungs-Hypothese in Frage gestellt worden⁵⁹.

Die Lee-These⁶⁰ bringt demographische Veränderungen in Verbindung mit sozio-ökonomischem Wandel. Sie geht davon aus, daß mikroregionale Tendenzen der Säuglingssterblichkeit in Deutschland den Prozeß der Strukturveränderungen im Agrarregime von Ortsgemeinden spiegeln. Der Autor beschreibt und untersucht spezifische demographische Muster ländlicher Mikro- und Makroregionen in Deutschland. Unter regionaler Bezugnahme auf das von Knodel untersuchte Massenhausen in Waldeck⁶¹ und argumentativer Bezugnahme auf Kintner⁶², vertritt Lee die Ansicht, daß es in dieser Gemeinde mit hoher Säuglingssterblichkeit zu einer negativen Korrelation zwischen dem Anwachsen der weiblichen Arbeitslast im Zuge der Agrarreformen und der Intensität des Stillens gekommen ist. Als Begleiterscheinung der beobachteten Abnahme der Stilldauer trat ein Anstieg der Säuglingssterblichkeit ein, der zeitlich mit einer merklichen Vermehrung der Fertilität verknüpft war⁶³.

Die Voland-These⁶⁴ interpretiert die differentielle Säuglingsmortalität im 18. und 19. Jahrhundert aus sozio-biologischer Sicht. Demnach streben Angehörige unterschiedlicher sozialer Gruppen bewußt oder unbewußt stets eine optimale Reproduktion des eigenen Genotyps an.

Die intrafamiliäre These⁶⁵ versucht Sterblichkeitsgeschehen auf der einen Seite sowie sozioökonomische und epidemiologische Prozesse auf der anderen Seite vor dem Hintergrund der Verhältnisse zu sehen, mit denen sich ein Kind in seiner familiären bzw. häuslichen Umgebung konfrontiert sieht. Faktoren wie "eheliche Fertilität", "Familiengröße", "Geburtsrang", "Tod der Mutter", "Wiederverheiratung eines Elternteiles" wird besonders deshalb eine große Bedeutung beigemessen, weil die Säuglinge direkt, ohne vermittelnde Instanzen, von ihnen betroffen waren.

Die Säuglingspflege-These⁶⁶ unterteilt die Säuglingssterblichkeit in einzelne Altersabschnitte. Sie geht davon aus, daß im ersten Monat endogene Faktoren überwiegen. Eine deutliche Erhöhung der Lebenschancen im 2.-6. Lebensmonat in norddeutschen Stillgebieten führt sie weniger auf veränderte Stillpraktiken als vielmehr auf Fortschritte in der Säuglingspflege zurück. Diese hing zum Teil von individuellen Faktoren ab, in jedem Fall jedoch von der Verfügbarkeit von Kenntnissen über eine angemessene Säuglingspflege und dem Willen, solche Kenntnisse, so sie vorhanden waren, auch umzusetzen. Letzteres war wiederum abhängig von der sozialen Lage der Eltern.

⁵⁹ H. Medick, *Weben und Überleben...* (1996), 362.

⁶⁰ W.R. Lee, "Mortality levels and agrarian reform..." (1984); Ders., "Demographische Veränderungen..." (1989).

⁶¹ J.E. Knodel und C. Wilson, "The secular increase in fecundity in German village populations: an analysis of reproductive histories of couples married 1750-1899". In: *Population Studies* 35 (1981), 53-84.

⁶² H.J. Kintner, "Trends and regional differences..." (1985), 163-182.

⁶³ W.R. Lee, "Demographische Veränderungen..." (1989), 117.

⁶⁴ E. Voland, "Reproduktive Konsequenzen sozialer Strategien..." (1992); Ders. et al., "Population increase and sex-biased parental investment..." (1997).

⁶⁵ K.A. Lynch und J.B. Greenhouse, "Risk Factors for infant mortality..." (1994); M. Bengtsson, *Det Hotage Barnet...* (1996), 283-293.

⁶⁶ Diese These wird am deutlichsten von R. Gehrman formuliert. Vgl. R. Gehrman, "Stadt-Land-Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit..." (1995). Zum Themenkomplex vgl. auch M.-F. Morel, "Les soins prodigués aux enfants..." (1989).

Die weitere Forschungsübersicht ist für den Blick auf Details reserviert. Sie nimmt sich vor allem der folgenden zwei Themen an: 1) Levels und Trends der Säuglingssterblichkeit im Berichtszeitraum, 2) Die Suche nach dem oder den Key-Faktor/en der Säuglingssterblichkeit.

1) Die Existenz eines Nord/Süd- und West/Ost-Gefälles der Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist in der Forschung wiederholt beobachtet worden⁶⁷. A.E. Imhof, der diese Sachlage bereits Anfang der achtziger Jahre zum Ausgang seiner Überlegungen zur regional unterschiedlichen Säuglingssterblichkeit in Deutschland nahm⁶⁸, trug IM-Werte aus ausgewählten Mikrostudien (Datengrundlage: Familienrekonstitutionen) in eine Deutschlandkarte mit makroregionalen IM-Werten (Datengrundlage: aggregatives Material statistischer Ämter für die Jahre 1875-77) ein⁶⁹. Die von Imhof ausgewählten Mikroanalysen passen, trotz der Tatsache, daß es sich sowohl um städtische als auch um ländliche Gemeinden handelt, gut in die Makrolandschaften. Die Korrelation mit der "physischen Topographie" ist augenfällig. Folgerichtig vermutete Imhof, daß die Klima-, Wohn- und Ernährungsbedingungen im norddeutschen Flachland für das Überleben von Säuglingen geeigneter gewesen seien als in den Bayerischen Alpen oder in den Mittelgebirgen⁷⁰. Die Forschungsergebnisse von Knodel⁷¹ bestätigen die Existenz des Nord/Süd-Gefälles ebenso wie dies eine ganze Reihe von IM-Werten aus weiteren Mikrostudien, die seitdem erschienen sind, tun⁷². Letztere lassen aber auch vermuten, daß es zum Teil beträchtliche Niveauunterschiede der Säuglingssterblichkeit unterhalb der makroregionalen Ebene und zwischen den Extremen gab. Das Nord/Ost-Gefälle erfuhr die eindeutigste Bestätigung von Lee⁷³. Allerdings gibt es auch hier bereits beachtenswerte Ausnahmen. So waren die IM-Werte z.B. in der brandenburgischen Gemeinde Neuholland im 18. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts niedriger als die makroregionalen Verhältnisse erwarten lassen würden. Nach H. Harnisch war die Gemeinde durch eine besondere Form hochspezialisierter Milchviehwirtschaft gekennzeichnet. Die niedrige Säuglingssterblichkeit bringt der Autor insofern mit dem sozioökonomischen Profil der Gemeinde in Verbindung, als er vermutet, daß *"man wegen der Milchverarbeitung auf den Höfen doch schon ein höheres Maß an Hygiene pflegte, als sonst im Lande üblich"*⁷⁴.

Darauf, daß sich zumindest das Nord/Süd-Gefälle im europäischen Kontext bestätigt, verweist ebenfalls Imhof in seinem 1984 veröffentlichten Dialog mit A. Brändström⁷⁵. Die jüngste Karte zur regional unterschiedlichen Säuglingssterblichkeit in Europa illustriert diese Überzeugung anschaulich⁷⁶. Sie basiert jedoch besonders im Falle Englands, Frankreichs und der skandinavischen Länder auf nationalen Mittelwerten, die die zum Teil beträchtlichen regionalen Gegensätze in diesen Ländern überdecken⁷⁷.

⁶⁷ A.E. Imhof, "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit..." (1981), 364; J.E. Knodel, Demographic behavior... (1988), 45; W.R. Lee, "Mortality levels..." (1984), 162f. Die Kontinuität der regionalen Unterschiede betont u.a. P. Steinki, "Neue Erkenntnisse zur Säuglingssterblichkeit..." (1984), 112.

⁶⁸ A.E. Imhof, a.a.O.

⁶⁹ Ebda., Abb.10, 363.

⁷⁰ Ebda., 37.

⁷¹ Ebda.

⁷² Vgl. App.A.2.a.

⁷³ W.R. Lee, "Mortality levels..." (1984), 162f.

⁷⁴ H. Harnisch, "Agrar- und sozialgeschichtliche Aspekte..." (1989), 228-289, bes. S. 276.

⁷⁵ A.E. Imhof, Säuglingssterblichkeit im Europäischen Kontext (1984), 39-45.

⁷⁶ J. Vallin, "Mortality in Europe..." (1991), Fig.3.4., 50.

⁷⁷ Auf diese soll hier nicht im einzelnen eingegangen werden. Folgende Artikel geben einen Einblick in die Thematik: Y. Blayo, "La mortalité en France de 1740 à 1829" (1975), 123-142; C. Rollet und P. Bourdelais, "Infant mortality in France..." (1993), bes. 64-67; C.H. Lee, "Regional inequalities in infant mortality in Britain..." (1991), 55-65; N. Williams und Ch. Galley, "Urban-rural differentials in infant mortality..." (1995), 401-420; R. Woods, N. Williams und Ch. Galley, "Infant mortality in England..." (1993), 35-50; R. Woods, "La mortalité infantile en Grande Bretagne..." (1994), bes. 127f; T. Bengtsson und Ch. Lundh, "La mortalité infantile et post-infantile..." (1994), 23-43; A. Brändström, "Infant mortality

Hinsichtlich des Verlaufs der Säuglingssterblichkeit in Deutschland belegt P. Marschalck⁷⁸ für das 19. Jahrhundert eine Tendenz ansteigender Säuglingssterblichkeit zwischen dem zweiten und sechsten Jahrzehnt in Sachsen und Preußen. Im Reichsdurchschnitt setzte ein Abwärtstrend in den achtziger Jahren ein. Auf mehr als 60% belief sich der Rückgang erst zwischen den Dezennien vor und nach der Wende zum 20. Jahrhundert⁷⁹. Ohne genauere Kenntnis der Entwicklung im 18. Jahrhundert, festigte sich in der Forschung vor dem Hintergrund makroregionaler Entwicklungslinien, die zumeist Landesdurchschnitte urbaner und ruraler Verhältnisse repräsentierten, das Bild eines im ganzen 19. Jahrhundert hohen, häufig noch wachsenden Mortalitätsniveaus und einer erst um das Jahr 1900 rapide sinkenden Säuglingssterblichkeit.

Erkenntnisse aus einer seit zwanzig Jahren wachsenden Zahl von Parochialstudien zeigen, daß dieser Entwurf zu großflächig skizziert ist. Unterhalb der makroregionalen Ebene war die Säuglingssterblichkeit im Norden und Westen Deutschlands nicht nur während der gesamten zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und der gesamten ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erheblich niedriger als z.B. im württembergischen Süden Deutschlands⁸⁰, sie zeigte auch bereits seit den 1790er Jahren ein dauerhaftes Gefälle. In Leezen, Schleswig-Holstein⁸¹, bewegten sich die IM-Werte nach 1820 auf einem deutlich niedrigeren Level als im 18. Jahrhundert. In den von K.-J. Lorenzen-Schmidt untersuchten holsteinischen Kirchspielen Hohenfelde, Neuenbrook und Marne setzte ein dauerhafter Rückgang unmittelbar vor der Wende zum 19. Jahrhundert ein⁸². Auch in Butjadingen, einer norddeutschen Küstenregion, ereignete sich der entscheidende qualitative Sprung nach unten bereits zwischen 1776 und 1825⁸³.

Aus süddeutscher Mikro-Perspektive ist der für Preußen und Sachsen skizzierte Sterblichkeitsanstieg im Verlauf des 19. Jahrhunderts dagegen eine bruchlose Fortsetzung des hier bereits im 18. Jahrhundert eingeschlagenen Weges, wenn die Werte in Süddeutschland sich auch auf deutlich höherem Niveau bewegten. So fällt in Laichingen⁸⁴, einem proto-industrialisierten Ort lutherisch-pietistischer Konfession auf der Hochfläche der schwäbischen Alb, neben der ausserordentlichen Höhe der Säuglingssterblichkeit der kontinuierliche Anstieg der IM-Werte in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts auf. Dieser hatte zahlreiche Parallelen in Süddeutschland⁸⁵, wurde aber auch in der Landgemeinde Dittfurt am Südrand der Magdeburger Börde festgestellt⁸⁶.

In bezug auf regionale Mortalitätsdifferenzen zwischen deutschen Städten hat R. Gehrman kürzlich dargelegt, daß z.B. Altona (heute Stadtteil von Hamburg) bereits im 18. Jahrhundert eine generell niedrigere Säuglingssterblichkeit aufwies als die Fischerstadt Spandau (heute Stadtteil von Berlin)⁸⁷. Die Hauptursache für diese Differenz konnte in unterschiedlichen Stillpraktiken gefunden werden. Bei der Analyse innerstädtischer Sterblichkeitsverhältnisse steht die Frage nach schichtenspezifischen Differenzen häufig an erster Stelle. So war die Säuglingssterblichkeit in Bremen im 19. Jahrhundert in der

in Sweden..." (1993), 19-34; G. Fridlitzius und R. Ohlsson, "Mortality patterns in Sweden..." (1984), bes. 309; J. Sundin, "Culture, class, and infant mortality..." (1995), bes. 142f.

⁷⁸ P. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte...* (1984), 38 und Abb.7, 189.

⁷⁹ Ebda., Tab.3.17, 168.

⁸⁰ J.E. Knodel, *Demographic behavior...* (1988), 44.

⁸¹ R. Gehrman, *Leezen...* (1984), 132.

⁸² K.-J. Lorenzen-Schmidt, *"Lebenserwartung..."* (1983), 167.

⁸³ W. Norden, *Eine Bevölkerung in der Krise...* (1984), 65.

⁸⁴ H. Medick, *Weben und Überleben...* (1996), 356.

⁸⁵ Ebda., 361.

⁸⁶ P. Stephan, *"Sterben in früheren Jahrhunderten..."* (1993), 28-81, bes. Tab.4., 45.

⁸⁷ R. Gehrman, *"Urbane Mortalitätsmuster 1720-1914 am Beispiel Berlin-Spandaus und Hamburg-Altonas" ...* (1994), 242.

Oberschicht niedriger als in der Unterschicht⁸⁸. Zur Zeit untersucht Marschalck in Zusammenarbeit mit W.R. Lee Sterblichkeitsunterschiede zwischen ortsansässiger Bevölkerung und Zuwanderern in Bremen⁸⁹. Es zeigt sich, daß die Säuglinge von Zuwanderern in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geringere Überlebenschancen hatten als die Säuglinge der ortsansässigen Bevölkerung⁹⁰.

2.) Auf der Suche nach Ursachen für die differentielle Säuglingssterblichkeit in ländlichen Regionen Deutschlands kam R. Gehrman in seiner Familienrekonstitution des schleswig-holsteinischen Kirchspiels Leezen⁹¹ zu der Ansicht, daß der nach 1820 zu beobachtende Rückgang der Säuglingssterblichkeit struktureller Natur war, nicht mit sich verändernden Stillgewohnheiten in Zusammenhang zu bringen ist, nicht durch den Rückgang der Pockensterblichkeit infolge von Impfmaßnahmen bedingt sein konnte⁹², keine schichtenspezifische Erscheinung war und auch kein Ergebnis einer veränderten Gesundheitsversorgung. Stattdessen weist der Autor ebenso bemerkenswerte wie längerfristige Entwicklungsparallelen der Getreidepreise zur Säuglingssterblichkeit auf⁹³. Er findet Gründe für den Anstieg der Säuglingssterblichkeit zwischen 1770 und 1820 in der Intensivierung der Landwirtschaft und nennt die zunehmende Arbeitsbelastung der Frauen in derselben Periode eine überzeugende Ursache für den Anstieg der Säuglingssterblichkeit seit 1770. Ebenso könnte die abrupte Abnahme der Säuglingssterblichkeit nach 1820 mit einer sinkenden Arbeitsbelastung der Frauen in Zeiten wirtschaftlicher Flaute in Verbindung gebracht werden. Von noch größerer Bedeutung für die wachsenden Überlebenschancen der Säuglinge mag, so Gehrman, ein einschneidender Wandel der hygienischen Vorstellungen gewesen sein.

Was die von Gehrman beobachtete positive Korrelation zwischen Säuglingssterblichkeit und Getreide- bzw. Roggenpreisen betrifft, so kommt J. Schlumbohm für das Osnabrückische Kirchspiel Belm zum gleichen Ergebnis. Weniger klar war in der proto-industrialisierten Parochie die Beziehung zwischen Säuglingssterblichkeit und Leinenpreisen⁹⁴. Übereinstimmung gab es in Leezen und Belm auch hinsichtlich der schichtenspezifischen Unterschiede der Säuglingssterblichkeit: Sie waren weder hier noch dort nennenswert. Im gemischtkonfessionellen Kirchspiel Belm bedeutete auch die Zugehörigkeit zu einer der beiden großen christlichen Kirchen keinen Unterschied für das Sterberisiko der Kinder im 2. - 5. Lebensjahr, unter den Säuglingen scheinen Nachkommen lutherischer Eltern, vorzugsweise im 19. Jahrhundert, geringfügig bessere Überlebenschancen gehabt zu haben⁹⁵. Starb die Mutter im ersten Lebensjahr des Kindes, so nahm die Gefahr für dessen Leben um mehr als 70% zu⁹⁶.

Wichtigstes Ergebnis der Rekonstitution von Laichingen (Leineweberort auf der Schwäbischen Alb) in bezug auf die Säuglingssterblichkeit ist Medicks Feststellung, daß die *"günstige Konjunktur der protoindustriellen Leinenweberei seit den 70er Jahren des 18. Jahrhunderts, das Nachlassen der Sterblichkeitskrisen und die 'Verstetigung' der Gesamtsterblichkeit seit dieser Zeit ... also gerade nicht zu einem Rückgang der Säuglings-*

⁸⁸ Vgl. P. Marschalck, "Städtische Bevölkerungsstrukturen..." (1994). Zur Oberschicht rechnet Marschalck Vollbauern, Handwerksmeister, Kaufleute, Schiffskapitäne = 25% der Ehen, zur Unterschicht alle übrigen Berufe = 75% der Ehen.

⁸⁹ W.R. Lee und P. Marschalck, "The Dynamics of Demographic Change in a Port City Context..." (1996), 123-138.

⁹⁰ Ebda., 130.

⁹¹ R. Gehrman, Leezen... (1984), 125-171.

⁹² Höchstens 1/5 - 1/4 der Säuglingssterbefälle in Schleswig-Holstein war durch die Pocken bedingt, der Rückgang der Säuglingssterblichkeit nach 1820 in Leezen betrug jedoch fast 40%. Ebda., 147.

⁹³ Ebda., Fig.01, 41.

⁹⁴ J. Schlumbohm, Lebensläufe... (1994), 157.

⁹⁵ Ebda., Tab.3.16.d., 154 und 159.

⁹⁶ Ebda., 160.

und Kindersterblichkeit [führten I.E.K.]⁹⁷. Für das hohe Niveau der Säuglingssterblichkeit in Laichingen waren nicht allein die Sterblichkeitskrisen verantwortlich, denn als die Krisensterblichkeit im frühen 19. Jahrhundert zurückging, stieg die Säuglingssterblichkeit nochmals beträchtlich. Auch ein Mentalitätstrauma im Anschluß an langfristig wirkende Folgen des Dreißigjährigen Krieges schloß Medick als Ursache für die hohe Säuglingssterblichkeit aus. Dagegen schloß sich der Autor in seiner Erklärungssuche zeitgenössischen Beobachtern (wie C.F. Rüdiger⁹⁸) an, die die Hauptursache der extremen Säuglingssterblichkeit in der Ernährung (verbreitetes Nicht- oder Kurzstillen, frühzeitige Breizufütterung), der Behandlung und Pflege der Säuglinge sahen, wobei alle diese Faktoren unter der großen und in den Jahrzehnten des Vormärz noch wachsenden Arbeitsbelastung der Mütter zu leiden gehabt hätten. Schichtenspezifische Unterschiede ließen sich ebenfalls auf "*die Notwendigkeiten eines größeren oder geringeren Anteils an Frauenarbeit*"⁹⁹ zurückführen, die wiederum von so unterschiedlichen Faktoren wie der Größe der Bauernstelle, des Haushaltes oder dem Umfang von Nebenerwerbsanforderungen abhing. Tagelöhnerfamilien ohne nennenswerten Landbesitz hatten die niedrigste Säuglingssterblichkeitsrate, besonders hohe Werte wiesen Weberfamilien mit kleinem Landbesitz auf. Die in ganz Süddeutschland verbreitete Abneigung gegen das Stillen, die ihren Ausdruck auch in Laichingen in einer hohen neonatalen Sterblichkeit findet, wertet der Autor deshalb nicht als "*anthropologische Konstante*"¹⁰⁰, sie stehe vielmehr in einem engen Verhältnis zum sozioökonomischen Profil des untersuchten Ortes.

Besondere Beachtung verdienen auch die Ergebnisse von P. Stephan für Dittfurt, einer protestantischen Landgemeinde im nördlichen Vorharzland (Sachsen-Anhalt)¹⁰¹. Dittfurt wies eine Säuglingssterblichkeit auf, die zwar im Vergleich deutscher Landesteile eher im unteren Wertebereich angesiedelt war, von der Mitte des 17. Jahrhunderts bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts jedoch kontinuierlich von unter 150 p.m. auf über 200 p.m. stieg.

Im Rahmen des Forschungsüberblickes hervorzuheben ist Stephans evolutionsbiologischer Erklärungsversuch des sozial differenziert verlaufenden Anstiegs. Im Zentrum soziobiologischer Forschung steht die Überzeugung, daß Menschen grundsätzlich gen-egoistisch und in bewußter oder unbewußter Anpassung an Umwelteinflüsse handeln. Unter Berufung auf P. Schmidt-Hempel¹⁰² geht der Autor davon aus, daß nach den großen Bevölkerungsverlusten im Dreißigjährigen Krieg ein Ressourcen-Überangebot herrschte, das zu Reproduktions- bzw. Lebenslaufstrategien geführt hat, die nicht nur optimale Reproduktionserfolge, sondern auch bei den erwachsen gewordenen Nachkommen eine "Fitneß-Maximierung", d.h. eine Erhöhung der Reproduktionsfähigkeit des eigenen Genotyps sicherten. Der Anstieg der Säuglingssterblichkeit wäre folgerichtig synchron zu einer Abnahme der Ressourcen verlaufen, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts in einer verbreiteten Mangelsituation gipfelte. Die landwirtschaftlichen Betriebe seien durch Erbteilung so klein geworden, daß sie eine Familie nicht mehr ausreichend ernährten. "*In dieser Situation war eine Reduzierung der Zahl der Nachkommen von Vorteil und diente ebenfalls zur Fitneßmaximierung: Je weniger Kinder vorhanden waren, um so größer war die Möglichkeit, daß diese selbst zur Familiengründung und Reproduktion kamen, und somit das Aussterben der Familien verhindert und Erhalt bzw. Vermehrung der eigenen Erbanlagen gesichert wurden*"¹⁰³. Die Frage, warum die Fitneßmaximierung in der Form eines gewissermaßen permanenten, nicht von Krisenzeiten abhängigen "positive check" erfolgte und nicht durch eine ebenfalls

⁹⁷ H. Medick, *Weben und Überleben...* (1996), 359.

⁹⁸ C.F. Rüdiger, *Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr...* (1868), zitiert Ebda., 364-367.

⁹⁹ Ebda., 368.

¹⁰⁰ Ebda., 372.

¹⁰¹ P. Stephan, "Sterben in früheren Jahrhunderten..." (1993), 28-81.

¹⁰² P. Schmidt-Hempel, *Lebenslaufstrategien, "Fortpflanzungsunterschiede und biologische Optimierung"*, in: E. Voland (Hrsg.), *Fortpflanzung: Natur und Kultur im Wechselspiel...* (1992), 74-103.

¹⁰³ P. Stephan, "Sterben..." (1993), 47.

denkbare Anpassung des Heirats- oder Fruchtbarkeitsverhaltens in Form malthusianischer "preventive checks", erörtert Stephan nicht.

Den Umstand, daß in Dittfurt unter den Kleinbauern (Kossäthen) und Handwerkern die höchsten IM-Werte erreicht wurden, erklärt der Autor mit der sozialen Notlage dieser Bevölkerungsgruppen. Diese hätten zwar von der Auflösung der feudalen Strukturen dahingehend profitiert, daß sich erhöhter Arbeitseinsatz in der Mehrung persönlicher Besitzstände ausdrücken konnte, der vermehrte Arbeitseinsatz hatte jedoch auf dem Umweg über die Mutter zu großen Nachteilen für die Säuglingspflege und damit zu einer Minderung der Überlebenschancen Neugeborener geführt¹⁰⁴. Ob die aus der Landwirtschaft resultierenden Arbeitszwänge der Mutter gerade unter kleinbäuerlichen Familien, die auf Nebenerwerb angewiesen waren, und unter Handwerksfamilien, die zur Sicherstellung der Existenz kleine Ackerflächen bewirtschafteten, über Dittfurt hinaus zu einem verallgemeinerbaren Sterberisiko der Säuglinge führten, ist in der Forschung noch umstritten. Denn auch da, wo Untersuchungen nach dem sozialen Status der Eltern, der starken Besitzdifferenzierung im ländlichen Bereich gerecht werden, liegen durchaus unterschiedliche Ergebnisse vor, die in der Summe jedoch eher auf eine geringe Abstufung der Säuglingssterblichkeit innerhalb agrarischer Blöcke deuten. So ist der Umstand, daß die Säuglinge von Vollbauern (Ackermänner) in Dittfurt bei der Geburt eine höhere Lebenserwartung hatten als Säuglinge von Kleinbauern kein Regelfall. Sowohl im süddeutschen Laichingen¹⁰⁵ als auch im oldenburgischen Altenesch¹⁰⁶ war (zumindest in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts) das Gegenteil der Fall. Die Ursachen können in einer oberschichtsspezifischen Stillabneigung gesucht werden, die durchaus geschlechtsdiskriminierende Formen annehmen konnte. Bei mittlerem Sterblichkeitsniveau in Dittfurt konnte Stephan eine unterdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit männlicher Säuglinge von Ackerleuten nachweisen. In Anlehnung an E. Voland, der eine Bevorzugung von Töchtern privilegierter Familien auf der ostfriesischen Marsch (Krummhörn) belegt¹⁰⁷, vermutet Stephan ein *"geschlechtsbeeinflusstes elterliches, vom sozio-ökonomischen Status der Familie abhängiges Investment-Muster..."*¹⁰⁸.

An wenigen Faktoren entscheidet sich die Frage nach Leben oder Tod eines Neugeborenen so unmittelbar wie am Stillverhalten der Mutter. Das Gewicht dieser Einflußgröße wird in der Forschung so weitgehend anerkannt, daß bei der Suche nach weiteren Gliedern in der multikausalen Determinationskette einzelne Faktoren oder strukturelle Zusammenhänge, die direkt oder indirekt auf das Stillverhalten gewirkt haben können, besondere Beachtung finden. Das gilt insbesondere für demographische Autokorrelationen (Beispiel: Fertilitätsentwicklung), Konsequenzen sozialer und wirtschaftlicher Realitäten (Beispiel: Arbeitsbelastung der Mutter) sowie für die Folgen mentalitätsgeschichtlicher Bedingungen (Beispiel: fatalistische Grundhaltung infolge religiöser Überzeugungen oder traumatischer Erlebnisse). Wie oben erwähnt, bezeichnet

¹⁰⁴ Ebd., 40

¹⁰⁵ H. Medick, *Weben und Überleben...* (1996), Tab.4.17, 368.

¹⁰⁶ E. Hinrichs, R. Liffers und J. Ziegler, "Sozialspezifische Unterschiede im generativen Verhalten eines Wesermarsch-Kirchspiels (1800-1850)", in: W. Günther (Hrsg.), *Sozialer und politischer Wandel in Oldenburg*, Oldenburg 1981, 49-73, bes. 60.

¹⁰⁷ E. Voland, "Reproduktive Konsequenzen sozialer Strategien..." (1992), 290-305.

¹⁰⁸ Vgl. P. Stephan, "Sterben in früheren Jahrhunderten..." (1993), 45. Warum der höhere Elterninvest bei den Krummhörner Großbauern den Töchtern zugute kam, bei den Dittfurter Großbauern aber den Söhnen, untersuchen E. Voland und P. Stephan zusammen mit weiteren Autoren (R.I.M. Dunbar und C. Engel) in dem Aufsatz "Population Increase and Sex-Biased Parental Investment in Humans..." (1997), 129-135. Die Erklärung wird in der Wandlungsdynamik der ökonomischen Umwelt gesucht: *"If the economic environment is less variable, then Trivers and Willard (1973) would predict a willingness to pursue a more risky strategy at Dittfurt (and so an enhanced preference for boys); conversely, in the less predictable environment of the Krummhörn, girls should be preferred"* (S. 134; Die Literaturangabe im Zitat bezieht sich auf: R.L. Trivers/D.E. Willard, "Natural selection of parental ability to vary the sex ratio of offspring", in: *Science* 179, 1973, 90-92).

Knodel die Stillgewohnheiten als Schlüsselfaktor¹⁰⁹. Er führt die regionalen Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit von 14 familienrekonstituierten Landgemeinden in Nordwest-, Mittel- und Süddeutschland¹¹⁰ im 18. und 19. Jahrhundert in erster Linie auf schichten- und berufsgruppenübergreifende Stillpraktiken zurück, deren spezifische Ausprägung abhängig gewesen sei von mentalen Mustern mit Beharrungstendenz. Mit Nachdruck weist der Autor darauf hin, daß es eine durchgängige Autokorrelation zwischen Stillpraxis, Sterberisiko der Säuglinge, Geburtsintervallen und ehelicher Fertilität gegeben habe. Eines der am häufigsten zitierten Ergebnisse von Knodels Studie bezieht sich auf die schichtenspezifischen Sterblichkeitsunterschiede. Diese seien gering und wesentlich kleiner als die regionalen gewesen¹¹¹. Unterstützung findet Knodels Einschätzung durch R. Gehrmanns Ergebnisse für Leezen und J. Schlumbohms für Belm, die beide, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, keine signifikanten schichtenspezifischen Mortalitätsunterschiede feststellen konnten.

Forschungen, die Regionen im Norden Deutschlands oder Europas, insbesondere in den skandinavischen Ländern, im Blick haben, treffen nicht selten auf so intensive und vergleichsweise ausgedehnte Stillpraktiken, daß sie Erklärungshypothesen für regionenspezifische Unterschiede und Fluktuationen der Säuglingssterblichkeit, insbesondere in der postneonatalen Lebensphase, nahezulegen scheinen, die eben nicht mit der Ernährungsart in Zusammenhang stehen. E. Hinrichs und W. Norden favorisieren den Faktor "*epidemische Krankheiten*", da sie angesichts der IM-Werte von Altenesch (Marschgemeinde nordwestlich von Bremen mit einer durchschnittlichen Säuglingssterblichkeit von unter 100 p.m. zwischen 1700 und 1849) und Wardenberg (Geestgemeinde 10 km südlich von Oldenburg mit einer gleichzeitigen Säuglingssterblichkeit von rund 130 p.m.) den Eindruck gewannen, daß es sich - im Vergleich zu anderen europäischen Werten - um einen "*gleichbleibendem Sockel an Todesfällen im ersten Lebensjahr handelt, der mit den zu dieser Zeit bekannten Praktiken der Säuglingspflege, Säuglingshygiene bzw. der medizinischen Versorgung nicht weiter abzubauen war*"¹¹². Nach Ursachen für die beobachteten Mortalitätsdifferenzen zwischen den Low-Level-Gemeinden suchen die Autoren weder in den angedeuteten Strukturunterschieden noch in einer Kombination der Faktoren Beruf des Vaters und Alter der Säuglinge, die durchaus schichtenspezifische Unterschiede im Stillverhalten hätten aufdecken könnten.

Nicht von ungefähr werden im Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit in (deutschen) Familienrekonstitutionen häufiger die Faktorenkomplexe Fruchtbarkeit, Wirtschaft, Arbeit, Sozialstruktur, Mentalität und Ernährung auf ihren Einfluß hin überprüft, als die Faktorenkomplexe Krankheit, medizinische Versorgung, öffentliche und private Hygiene, Wasser oder auch Bildung. Ausschlaggebend für diesen Stand der Forschung ist die Quellenlage. Im Gegensatz zu ihren schwedischen Kollegen und Kolleginnen¹¹³, verfügen deutsche

¹⁰⁹ J.E. Knodel, *Demographic behavior...* (1988), 101.

¹¹⁰ Die von J.E. Knodel untersuchten 14 Dörfer liegen, ebenso wie die in der vorliegenden Dissertation analysierten Gebiete, durchweg in den alten Bundesländern. Bei Middels und Werdum handelt es sich um ostfriesische Gemeinden (Niedersachsen), Braunsen, Höringhausen, Massenhausen und Vasbeck liegen im Waldecker Land (Hessen), Grafenhausen, Herbolzheim, Kappel und Rust liegen am Oberrhein in Baden, Öschelbronn in Württemberg, Gabelbach, Anhausen und Kreuth in Bayern. Mit Ausnahme der hessischen und badischen Gemeinden untersucht Knodel keine zusammenhängenden Kommunen. Fünf Orte wurden sowohl an der Universität von Ann Arbor/Michigan als auch an der Freien Universität in Berlin zum Untersuchungsgegenstand: Öschelbronn, Grafenhausen, Herbolzheim, Kappel und Rust.

¹¹¹ Ebda., 71 und Tab.4.1., 72f.

¹¹² E. Hinrichs und W. Norden, "*Demographische Strukturen...*" (1980), 64.

¹¹³ Die skandinavischen Staaten verfügen über das global beste historisch-demographische Material. Das erste Statistische Zentralbüro nahm seine Arbeit in Stockholm bereits 1749 auf. Verwaltet und für Forschungszwecke statistisch aufbereitet werden die Daten heute in der Demographischen Datenbasis an der Universität von Umeå. In seinem zweiten Dokumentationsband zur Lebenserwartung in Deutschland (statistische Zeit) ergänzte A.E. Imhof die deutschen Lebenserwartungstabellen durch

Historiker-Demographen für das 18. Jahrhundert und die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts nur in Ausnahmefällen über Angaben zu Todesursachen. Aus den Kirchenbüchern läßt sich in der Regel kein Bild davon gewinnen, welche Krankheiten an einem Ort endemisch auftraten, Epidemien werden sporadisch und meist nur dann erwähnt, wenn es zu einer sehr auffälligen Häufung von Todesfällen in Krisenjahren kam. Von einschneidenden Verbesserungen der Hygienebedingungen im Bereich der medizinischen Versorgung, der Wohnqualität, der Wasserver- und entsorgung kann gerade in stadtfernen Landgemeinden vor 1850 kaum die Rede sein¹¹⁴. Forschungsarbeiten, die Deutschland im Blick haben, und bei denen die genannten Faktoren im Zentrum des Interesses stehen, beziehen sich zumeist auf die statistische Zeit, fast immer ergründen sie den Rückgang der Säuglingssterblichkeit seit den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts¹¹⁵. So geht H.J. Kintner davon aus, daß staatliche Stillkampagnen ihre Wirkung nicht verfehlten. Ihren Angaben zufolge, stieg der Anteil brusternährter Säuglinge im Deutschen Reich zwischen 1910 und 1937 von 75% auf 95%. Sehr instruktiv - auch für die Verhältnisse in der Frühen Neuzeit - ist die von Kintner entworfene Stillkarte, die den nach Regionen differenzierten, prozentualen Anteil brusternährter Säuglinge in 35 deutschen Provinzen 1903-1909 dokumentiert.

Als eine der wichtigsten Ursachen für den säkularen Sterblichkeitsrückgang werden Wandlungen des Krankheits- und Todesursachen-Panoramas im Rahmen der sogenannten "Epidemiologischen Transition" erforscht. R. Spree sieht im Konzept der Epidemiologischen Transition eine Konkretisierung des übergreifenden Konzepts der Demographischen Transition, indem er erstere "*als trendmäßige Entwicklung der Sterblichkeit in verschiedenen Phasen des Demographischen Übergangs*" begreift¹¹⁶. Bei der Diskussion um die Terminierung der Phasen stützt sich die Forschung hinsichtlich der Quellen überwiegend auf statistisches Material für Makroregionen, hinsichtlich des theoretischen Konzepts auf A.R. Omran¹¹⁷, der in den siebziger Jahren ein Drei-Phasen-Modell entwickelte, das bis heute als Fundament wissenschaftlicher Überlegungen zu diesem Thema dient¹¹⁸. In sehr groben Zügen umfaßt es "the age of pestilence and famine" (Phase 1), "the age of receding pandemics" (Phase 2) und "the age of degenerative and man-made diseases" (Phase 3)¹¹⁹. Die Sterblichkeitsverhältnisse im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland wären demnach in die Phasen eins und zwei einzuordnen. Die genaue Datierung ist insbesondere aufgrund der starken regionalen Differenzen problematisch und unter Fachkollegen umstritten¹²⁰. Spree vertritt die Ansicht, "*daß sich der durchschnittliche Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung während des späten 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts tendenziell gebessert hat. Spätestens seit den beiden Cholera-Einbrüchen während der 1830er Jahre (1831/32 und 1837) löste die Phase zwei des Epidemiologischen Übergangs im größten Teil Deutschlands das 'Zeitalter der Seuchen und Hungersnöte' endgültig ab*". Angesichts der Tatsache, daß die Säuglingssterblichkeit, Hauptkomponente der Gesamtsterblichkeit, im Südosten Deutschlands bis zum Ende des 19. Jahrhunderts stieg, im Nordwesten Deutschlands aber bereits vor der Wende zum 19. Jahrhunderts einen abwärtsgerichteten Trend aufwies¹²¹, stellt sich allerdings die Frage, warum die

analoge Tabellen aus Norwegen und Schweden. Vgl. A.E. Imhof (Hrsg.), *Lebenerwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden...* (1994).

¹¹⁴ Vgl. Anm.35

¹¹⁵ Vgl. S. Stöckel, "Säuglingssterblichkeit in Berlin..." (1986), 219-264.

¹¹⁶ R. Spree, *Der Rückzug des Todes...* (1992), 14.

¹¹⁷ A.R. Omran, "The Epidemiologic Transition: A theory of the Epidemiology of Population Change", in: *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 49, 4/1971, 509-538.

¹¹⁸ Vgl. C. Riley und G. Alter, "The Epidemiologic Transition and Morbidity" (1989), 199-213.

¹¹⁹ A.R. Omran, wie Anm.118, 516f.

¹²⁰ Vgl. A.E. Imhof, *Die gewonnenen Jahre...* (1981); Ders., "From the Old Mortality Pattern to the New: Implications of a Radical Change from the Sixteenth to the Twentieth Century", in: *Bulletin of the History of Medicine*, 59 (1985); R. Spree, wie Anm.116.

¹²¹ Vgl. Abb.4.1.d.

Neugeborenen im Süden so wenig von der Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes profitierten, und warum die Säuglinge im Norden bereits vor dem Ende der "Sterblichkeit vom Typ Ancien Régime"¹²² ein geringeres Sterberisiko aufwiesen. Spree sucht eine Erklärung für die (im Landesdurchschnitt) wachsende Säuglingsmortalität in einer im Schnitt von Städten und Gemeinden gestiegenen Anfälligkeit von Säuglingen und Kleinkindern für gastro-intestinale Infektionen. Damit wären die regional unterschiedlichen Stillpraktiken, die für die Erklärung regionaler Differenzen in der Säuglingssterblichkeit von größter Bedeutung sind, erneut ins Zentrum des Interesses gerückt. Die folgende Faktorenanalyse zur differentiellen Säuglingssterblichkeit auf der Grundlage der Berliner Datenbank (Kap.4) überprüft ihren Einfluß, aber auch den einer größeren Zahl weiterer Determinanten.

¹²²

A.E. Imhof, "Mortalität in Berlin im 18. bis 20. Jahrhundert" (1994), 81-91, bes. 82f.