

Über die Sterblichkeit in Württemberg während des 18. Jahrhunderts

Gesamtüberblick und neue Beispiele aus den Pfarreien
Backnang und Murrhardt

VON ANDREAS KOZLIK

1. Einleitung und Problemstellung

In den letzten beiden Jahrzehnten erschienen zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit der Bevölkerungsentwicklung Deutschlands in den vergangenen Jahrhunderten beschäftigten¹. Während die meisten davon ausführlich aber explizit die Bevölkerung einzelner Orte untersucht haben, gibt es nur wenige Versuche, diese Erkenntnisse für einen regionalen oder gar nationalen Bereich zusammenzufassen. Im Gegensatz zu den Verhältnissen in Deutschland existieren für andere Länder bereits detaillierte Untersuchungen auf Landesebene, so beispielsweise für Frankreich², England³ oder die Schweiz⁴. In Deutschland wurde für verschiedene Regionen Datenmaterial zur Sterblichkeit gesammelt, das aber noch tiefergehend analysiert werden müsste⁵. Für den norddeutschen Raum liegt zwischenzeitlich eine Arbeit vor, die diesem Anspruch für die Zeit des 18. und frühen 19. Jahrhunderts gerecht wird⁶. Solange im Gegensatz zu Frankreich und England in Deutschland noch kaum ortsübergreifende Untersuchungen durchgeführt werden, bleibt die Forschung auf die vergleichende Betrachtung von Einzelergebnissen angewiesen.

Daran kann erkannt werden, dass der Forschungsstand bei historisch-demographischen Fragen in Deutschland dem internationalen Standard hinterherhinkt. Dies hat zur Folge, dass selbst in modernen Überblicksdarstellungen die durch die Historische Demographie gewonnenen Forschungsergebnisse nur unter Vor-

1 E. Rettinger: Bevölkerungsgeschichte, in: Blätter für deutsche Landesgeschichte 133 (1997), S.495–573, bietet eine Auflistung der Veröffentlichungen aus den Jahren 1983–1997.

2 J. Dupâquier (Hrsg.): Histoire de la population française, Paris 1988, 3 Bde.

3 E.A. Wrigley, R. Schofield: The population history of England, 1541–1871. A reconstruction, Cambridge 1989.

4 M. Mattmüller: Bevölkerungsgeschichte der Schweiz. Teil 1: Die frühe Neuzeit, 1500–1700, Basel 1987.

5 A.E. Imhof: Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert, Weinheim 1990.

6 R. Gehrman: Bevölkerungsgeschichte Norddeutschlands zwischen Aufklärung und Vormärz, Berlin 2000.

behalt berücksichtigt werden: *Über Ab- und Zunahme der Bevölkerung, über Geburt und Tod in früheren Zeiten sind wir immer noch mehr oder weniger unzureichend unterrichtet*, wird beispielsweise das Kapitel zur Bevölkerungsentwicklung in einer modernen Darstellung der deutschen Geschichte eingeleitet⁷.

Angesichts dieser Desiderate möchte diese Arbeit ein kleiner Beitrag dazu sein, bisherige Ergebnisse zusammenzufassen, aber auch auf Forschungslücken hinzuweisen. Als Thema wurde die Sterblichkeit in Württemberg während des 18. Jahrhunderts ausgewählt. Für diesen Teilaspekt der Bevölkerungsgeschichte soll die bisherige Forschung gesichtet werden, um die Ergebnisse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin zu untersuchen und sie im Vergleich mit anderen Regionen in einen Gesamtzusammenhang zu stellen. Eingbracht werden sollen außerdem eigene demographische Auswertungen des Verfassers, die für zwei württembergische Orte durchgeführt wurden. Hierbei handelt es sich um die Pfarreien Murrhardt und Backnang im heutigen Rems-Murr-Kreis.

Wenn im Rahmen dieser Arbeit auf die Verhältnisse in Württemberg eingegangen wird, so sollen diese nicht auf das Gebiet des Herzogtums Württemberg im 18. Jahrhundert beschränkt bleiben. Dies würde bis zum Frieden von Paris 1796 auch die linksrheinischen Besitzungen einschließen, jedoch die im Gebiet des Herzogtums liegenden Reichsstädte unberücksichtigt lassen, ebenso die anderen als Neuwürttemberg bezeichneten Territorien, die erst seit 1802 zum späteren Königreich Württemberg gehörten. Im folgenden soll die Sterblichkeit in dem Gebiet untersucht werden, das im 19. Jahrhundert württembergisch war.

Auf welche Forschungen kann diesbezüglich zurückgegriffen werden? Bereits 1939 wurden zwei demographische Untersuchungen veröffentlicht, die das Kirchspiel Böhringen auf der Schwäbischen Alb⁸ sowie das Kirchspiel Göttelfingen im württembergischen Schwarzwald zum Thema hatten⁹. Wiewohl diese Arbeiten im Rahmen der nationalsozialistischen Rassenpolitik entstanden sind, zeugen sie methodisch vom damaligen hohen Standard der historisch-demographischen Forschung in Deutschland. Es sollte rund ein halbes Jahrhundert dauern, bis für Württemberg weitere detaillierte Forschungsergebnisse dieser Qualität vorlagen. An wissenschaftlichen Arbeiten, die für einzelne Orte durchgeführt wurden, wären hier die Untersuchungen für die beiden württembergischen Schwarzwalddörfer Aach und Schönmünzach¹⁰, die vier Dörfer Bondorf, Tailfin-

7 Ch. Dipper: *Deutsche Geschichte 1648–1789*, Frankfurt 1991, S.42.

8 G. Heckh: *Bevölkerungsgeschichte und Bevölkerungsbewegung des Kirchspiels Böhringen auf der Uracher Alp vom 16. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, in: *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie* 33 (1939), S.126–169.

9 I. Müller: *Bevölkerungsgeschichtliche Untersuchungen in drei Gemeinden des württembergischen Schwarzwaldes*, in: *Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik* 9 (1939), S.185–206, S.247–264.

10 R.K. Adler: *Demographie und Familiengeschichte der beiden Schwarzwalddörfer Aach und Schönmünzach im Kreis Freudenstadt. Rückwirkungen der beginnenden Industrialisierung auf die ländliche Sozialstruktur*, St. Katharinen 1991.

gen, Nebringen und Mötzingen im Raum Herrenberg¹¹, Laichingen auf der Schwäbischen Alb¹² und diverse Forschungen über Teilorte der Gemeinde Allmendingen im Alb-Donau-Kreis¹³ zu nennen. Mit Öschelbronn bei Herrenberg wurde ein württembergischer Ort im Rahmen einer überregionalen Untersuchung ausgewertet¹⁴.

Regionale Zusammenfassungen, die über diese Einzelauswertungen hinausgehen, wurden zwar angekündigt¹⁵, stehen aber noch aus.

Leider hat insgesamt die Euphorie, mit der in den 1980er und frühen 1990er Jahren Historische Demographie betrieben wurde, nachgelassen, und so sind insbesondere für den württembergischen Raum in den letzten Jahren keine nennenswerten neue Arbeiten zu diesem Thema entstanden.

Dies ist ausdrücklich zu bedauern, denn selbst scheinbar flächendeckende Untersuchungen¹⁶ beruhen auf Auswertungen, die stichprobenartig für einzelne Regionen Deutschlands erhoben wurden. Um zumindest für den württembergischen Raum zu landesweiten Ergebnissen zu gelangen, wäre weiteres Datenmaterial dringend notwendig. Nur durch weitere Einzelarbeiten können die bisherigen Ergebnisse bestätigt oder korrigiert werden. Wenig Erkenntnisse gibt es bislang auch darüber, welche Entwicklungen in ganz Württemberg stattfanden und welche auf einzelne Orte oder Regionen beschränkt waren. Hierzu müsste Württemberg auch in geographischer Hinsicht repräsentativer untersucht werden. Hierbei wäre beispielsweise an das seit jeher dichtbesiedelte Remstal oder das Unterland am Neckar zu denken. Von einer Arbeit über Stuttgart, die heutigen Ansprüchen längst nicht mehr genügt¹⁷, und einer kleineren Untersuchung

11 A. Maisch: Notdürftiger Unterhalt und gehörige Schranken. Lebensbedingungen und Lebensstile in württembergischen Dörfern der frühen Neuzeit. Stuttgart 1992.

12 H. Medick: Weben und Überleben in Laichingen 1650–1900. Lokalgeschichte als allgemeine Geschichte. Göttingen 1996.

13 Z. B. G. Sponholz: Die Säuglingssterblichkeit in zwei ländlichen Gemeinden im 18. und 19. Jahrhundert. Konfessionell bedingte Werthaltungen als Risikofaktoren? Ellwangen 1995, Ulm Univ., Diss., 1995.

14 J. E. Knodel: Demographic behavior in the past. A study of 14 German village populations in the 18. and 19. centuries, Cambridge 1988.

15 G. Fritz: Einige Beobachtungen zu den demographischen Auswirkungen der Franzoseninvasion von 1692/93, in: W. Schmieder [u. a.] (Hrsg.): Aus südwestdeutscher Geschichte. Festschrift für Hans-Martin Maurer. Stuttgart 1994, S. 447, Fußnote 1. Die von Fritz angekündigte Arbeit wurde nicht fortgeführt, weil mehrere demographische Studien von Wolfgang von Hippel dasselbe Thema behandeln (1. Das Herzogtum Württemberg im Zeitalter des Dreißigjährigen Krieges. Die Kriegsauswirkungen im Spiegel der Kriegsschadensberichte von 1652 und der Steuerberichte von 1655; 2. Die Zählung der „Burger und Inwohner“ im Herzogtum Württemberg von 1598 – beide Arbeiten sind seit Jahren angekündigt in der Forschungsreihe der Kommission für geschichtliche Landeskunde in Baden-Württemberg). Außerdem wird die in Arbeit befindliche Stuttgarter Dissertation des Bietigheimer Archivars Stefan Benning über Seuchen ebenfalls demographische Aspekte behandeln.

16 Imhof (wie Anm. 5) berücksichtigt u. a. die sechs Orte Bondorf, Mötzingen, Nebringen, Öschelbronn, Tailfingen und Unterjettingen im Herrenberger Raum.

17 A. F. Stimmel: Untersuchungen über die Bevölkerung, Geburts- und Sterblichkeits-Verhältnisse von Stuttgart, Tübingen 1834, Tübingen Univ., Diss. 1834.

über die Stadt Ulm¹⁸ abgesehen, existieren über die größeren Städte des Untersuchungsgebiets bisher keine historisch-demographischen Forschungen.

Auch im Gebiet um Murrhardt und Backnang ist die Bevölkerungsgeschichte noch relativ unerforscht. Immerhin gibt es eine Reihe kleinerer Veröffentlichungen, die hier kurz erwähnt werden sollen. Über die Bevölkerungsgeschichte Backnangs im 17. und frühen 18. Jahrhundert¹⁹ sowie über die Jahre 1841–1850²⁰ existieren bereits erste Arbeiten, eine zum 18. Jahrhundert ist noch unveröffentlicht²¹. Zu den Verhältnissen während der Jahre des Dreißigjährigen Kriegs in Sulzbach/Murr liegt ebenfalls eine demographische Untersuchung vor²², auch die Zahlen der Oberbrüdenener Kirchenbücher wurden in einem Aufsatz publiziert²³. In Murrhardt wurde um 1990 damit begonnen, die dortigen Kirchenbucheinträge detailliert statistisch auszuwerten. Die Ergebnisse wurden jedoch bislang nicht publiziert. Teilergebnisse davon fließen in diesen Aufsatz ein.

Solche intensive Feldforschungen auf Mikroniveau bergen zwei Gefahren in sich. Einerseits könnte es daran mangeln, sich bei der Auswertung an methodische Standards anzulehnen, so dass eine Vergleichbarkeit der erzielten Werte erschwert wird. Andererseits könnte es unterbleiben, die lokalen Daten mit bereits vorliegenden Ergebnissen zu vergleichen.

Für weitergehende Forschungen würden für Württemberg durchaus hervorragende Vorarbeiten zur Verfügung stehen. Dabei ist vor allem an die zahlreichen Ortssippenbücher zu denken, die bereits veröffentlicht wurden und deren Anzahl laufend steigt. Es wurde darüber hinaus bereits versucht, die Anfertigung von historisch-demographischen Auswertungen im Rahmen des Schulunterrichts zu fördern²⁴.

18 E. Meier: Die Sterblichkeit in der Reichsstadt Ulm in den Jahren 1786–1802, in: Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter 4 (1929), S.247–253.

19 G. Fritz: Beiträge zur Bevölkerungsgeschichte von Backnang im 17. und frühen 18. Jahrhundert. Insbesondere in den Jahrzehnten um den Franzoseneinfall 1693, in: Backnanger Jahrbuch 2 (1993/94), S.109–149.

20 M. Baschin: Untersuchungen zur Demographie der Stadt Backnang von 1841 bis 1850, in: Die Backnanger Gesellschaft um 1848, Backnang 1999 (Kleine Schriften des Stadtarchivs Backnang 1), S.26–44.

21 G. Fritz: Bevölkerungsgeschichte Backnangs im 18. Jahrhundert, Murrhardt 1996 [unveröffentlichtes Manuskript].

22 M. Klink: Zur demographischen Entwicklung in Sulzbach/Murr während des Dreißigjährigen Kriegs. Statistische Auswertung der Kirchenbücher, in: WFr 77 (1993), S.311–350.

23 W. Pabst: Ein Dorf im Wandel der Zeit. Bevölkerungsentwicklung der Gemeinde Oberbrüden zwischen 1652 und 1952, in: Geschichte und Geschichten aus unserer Heimat Weissacher Tal 12 (1997), S.87–138.

24 G. Fritz: Historische Demographie als fächerübergreifendes Thema des Geschichts-, Gemeinschaftskunde-, Erdkunde-, Biologie-, Religions- und Ethik-Unterrichts, in: Archiv-Nachrichten 1999, 19, Beilage Quellenmaterial für den Unterricht, S.1–8.

2.a. Die Sterblichkeit als Thema der Historischen Demographie

Die Bevölkerungsweise einer Gesellschaft beruht auf der Ausprägung der drei Komponenten Heirat, Fruchtbarkeit und Sterblichkeit. Dabei steht keines dieser Elemente für sich allein, sondern sie sind untereinander Wechselwirkungen unterworfen. Außerdem sind sie mit weiteren Faktoren verknüpft. Hierbei handelt es sich nicht nur um kulturelle und ökonomische Strukturen der Gesellschaft, sondern auch um die ökologischen und anthropologischen Gegebenheiten.

Aus heutiger Sicht wird kaum in Frage gestellt, dass ein neugeborenes Kind das Säuglingsalter überlebt. Es scheint ebenfalls relativ selbstverständlich zu sein, nicht während der Kindheit oder Jugend zu sterben und danach ein gesetztes Lebensalter zu erreichen.

Dabei wird wohl kaum bedacht, dass diese Grundannahmen zwar in der heutigen Gesellschaft meistens erfüllt werden (zumindest was die Industrienationen angeht), jedoch keineswegs auf frühere Zeiten zutreffen.

Dabei hält sich hartnäckig die Vorstellung, dass in historischen Zeiten die Menschen im Alter von 20 bis 30 Jahren starben. Obwohl dies als durchschnittliche Lebenserwartung durchaus zutreffen könnte, lässt sie völlig außer acht, dass diese Zahl dadurch entsteht, dass einerseits viele Menschen im Säuglings- oder Kindesalter starben, andererseits doch nicht wenige auch unter heutigen Maßstäben ein ansehnliches Alter erreichten.

Die Beweisführung, wie die diesbezüglichen Verhältnisse in früheren Jahrhunderten tatsächlich waren, ist eine Aufgabe der Historischen Demographie.

Aber es sind nicht nur die reinen Fragen nach der Sterbewahrscheinlichkeit und der Lebenserwartung, die die Sterblichkeit zum Thema der Historischen Demographie machen. Denn anhand der Ergebnisse kann weitergehenden Fragen nachgegangen werden. Veränderungen in der Sterblichkeit könnten mit Veränderungen der Lebensumstände zusammenhängen, so beispielsweise mit der Ernährung oder der medizinischen Versorgung. Der Zusammenhang von Säuglingssterblichkeit und Stillgewohnheiten ist ebenfalls seit längerem wichtiges Thema der Forschung.

Anhand der saisonalen Analyse der Sterblichkeit kann genauer betrachtet werden, welche Krankheiten den Tod verursacht haben und wie sich dies im Lauf der Zeit verändert hat.

2.b. Möglichkeiten und Grenzen der Historischen Demographie

Die Aufgabe der Historischen Demographie besteht nicht nur darin, Daten demographischer Strukturen zu interpretieren, sondern auch die dafür notwendigen Daten zu gewinnen. Diese Datenerhebung anhand verschiedenen Quellenmaterials siedelt die Historische Demographie zu Recht als Disziplin der Ge-

schichtwissenschaft an. Andererseits können die Ergebnisse der rein historischen Forschung erst dadurch aussagekräftig werden, dass sie durch Komponenten der Bevölkerungswissenschaft, Medizin, Meteorologie und anderer Disziplinen ergänzt werden.

Ein weiteres Spannungsverhältnis besteht darin, dass die Datenerhebung meist auf lokaler oder regionaler Ebene entsteht, diesbezüglich also intensive Feldforschung auf Mikroniveau zu leisten ist. Die Ausarbeitung und Verfeinerung der Forschungsmethoden sowie die sinnvolle Interpretation der Ergebnisse sind jedoch nur auf überregionaler, sogar internationaler Ebene möglich.

Bei der Auswahl der Quellen ist auch bezüglich der Sterblichkeit auf die von der Bevölkerungslehre übernommene Unterscheidung zwischen Bewegungs- und Bestandsmassen zu achten. Die Bewegungsmassen können aus Quellen ermittelt werden, die die Todesfälle laufend aufzeichnen. In Quellen für die Bestandsmassen ist der Bevölkerungsstand durch Zählungen erfasst, die zu einem bestimmten Zeitpunkt stattfinden.

Für die Untersuchung der Sterblichkeit in Württemberg im 18. Jahrhundert bieten sich die Kirchenbücher als fast ideale Quelle an, um für die Bewegungsmassen aussagekräftige Daten zu gewinnen.

Die Kirchenbücher verzeichnen zwar nur die kirchlichen Handlungen, hier also die Beerdigungen, aber sie haben durch die überwiegend monokonfessionelle Prägung der württembergischen Orte im 18. Jahrhundert den Charakter amtlicher Verzeichnisse der Sterbefälle. Im Sinne der Quellenkritik ist jedoch zu berücksichtigen, inwiefern die Eintragungen vollständig sind, beispielsweise ob und in welchem Maß Totgeburten aufgeführt und die Sterbefälle Auswärtiger oder Angehöriger anderer Konfessionen verzeichnet sind. Lücken in den Aufzeichnungen können durch Kriegs- und Epidemiezeiten ebenso entstehen, wie durch Vakanz der Pfarrstelle oder Versäumnis von Seiten der Kirchengemeinde. Bezogen auf die Sterblichkeit können anhand der Kirchenbücher folgende Daten gewonnen werden: Die Anzahl der Sterbefälle und das jeweilige Datum (manchmal nur das Datum der Beerdigung), dies nach dem Geschlecht getrennt; je nach Qualität der Buchführung sind auch Sterbealter und Todesursache erwähnt.

So können zumindest Aussagen über die absolute Entwicklung der Zahlen getroffen werden, über die Saisonalität der Sterbefälle sowie über Zeiten, in denen überdurchschnittlich viele Menschen starben. Wenn in den Quellen zusätzlich das Sterbealter angegeben ist, kann auch die Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie das durchschnittliche Sterbealter errechnet werden.

Diese reine Auszählung der Sterbefälle für einen bestimmten Zeitraum wird aggregative Methode genannt. Sie ermöglicht es zwar, zu absoluten Zahlen zu gelangen, jedoch können beispielsweise keine Sterberaten errechnet werden. Die Sterberate ist die Zahl der jährlichen Sterbefälle pro 1000 der Bevölkerung. Um die Zahl der Sterbefälle aber mit dem jeweiligen Bevölkerungsstand in Verbindung bringen zu können, müsste dieser bekannt sein. Für die Zeit vor 1800 sind

Einwohnerzahlen jedoch nicht ohne weitere Umstände zu ermitteln. Ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Problem stellt die Mobilität der Bevölkerung dar: Da durch Zu- und Abwanderung nicht von einer statischen Bevölkerung ausgegangen werden kann, entspricht die Gesamtheit der Kirchenbucheinträge nicht ohne Einschränkung der Bevölkerungsweise einer bestimmten Menschenmenge.

Werden die Einträge nicht nur durchgezählt, sondern für einzelne Personen nach ihren familiären Zusammenhängen geordnet, spricht man von der Familienrekonstitutionsmethode. Hierdurch erhält man ein Datengerüst, das die Sterbefälle differenzierter nach Alter, Zivilstand und sozialer Schicht aufschlüsseln kann. Mit dieser ungleich aufwändigeren Arbeitsweise können weitergehende Aussagen gemacht werden, beispielsweise über die Sterbewahrscheinlichkeit und die Lebenserwartung.

3.a. Die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert

Eine Betrachtung der Sterblichkeit im 18. Jahrhundert wäre für sich allein nicht sinnvoll. Um beurteilen zu können, inwiefern es innerhalb dieses Jahrhunderts bei der Sterblichkeit zu Veränderungen kam, beziehungsweise ob sich daraus weitergehende Tendenzen ableiten lassen, ist es unumgänglich, die Bevölkerungsgeschichte des 18. Jahrhunderts in den Kontext der vorangegangenen und nachfolgenden Zeit zu stellen.

Ebenso wenig Aussagekraft hätte eine Betrachtung, die nur die württembergischen Verhältnisse berücksichtigen würde. Vielmehr ist hier ein Horizont vonnöten, der nicht an damaligen oder heutigen politischen Grenzen Halt macht, sondern im Prinzip den gesamten europäischen Kultur- und Wirtschaftsraum mit einschließt.

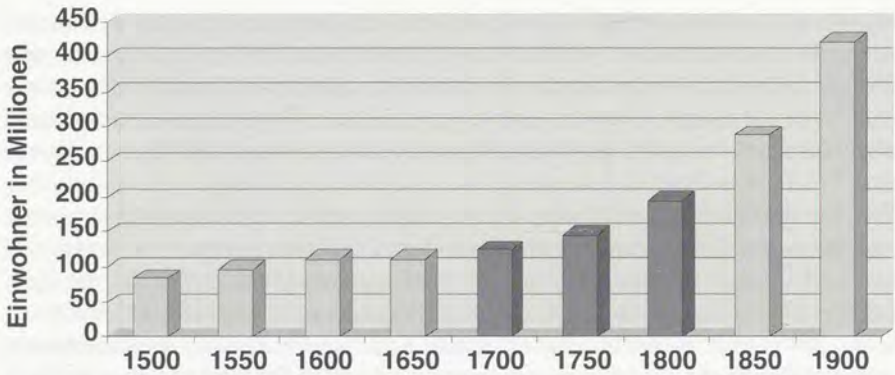
Anhand von drei Punkten soll die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert charakterisiert werden.

1. Die unkontrollierbare Eigendynamik der Mortalität
2. Der Prozess der Stabilisierung der Mortalität
3. Die Rolle der Mortalität beim Vorgang des demographischen Übergangs

Inwiefern die Mortalität einer unkontrollierbaren Eigendynamik unterliegt, soll am Beispiel der Säuglingssterblichkeit näher betrachtet werden. Der Prozess der Stabilisierung der Mortalität wird im Zusammenhang mit den Mortalitätskrisen thematisiert werden.

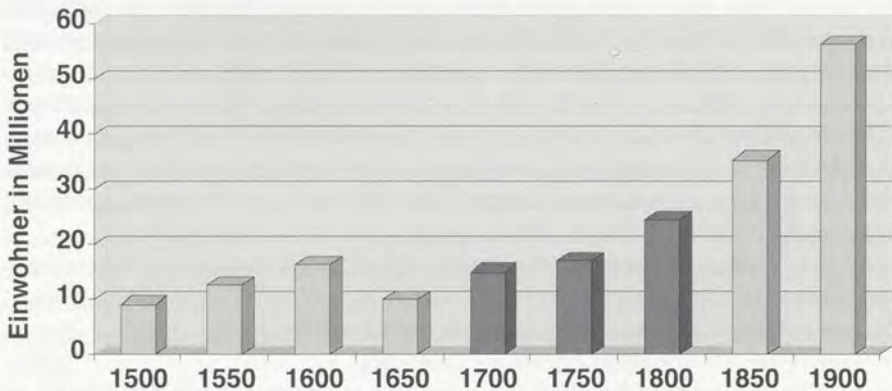
Zuerst zur Rolle der Mortalität beim demographischen Übergang:

Das auf den ersten Blick herausragende Merkmal der europäischen Bevölkerungsgeschichte war in den letzten Jahrhunderten zweifellos die enorme Bevölkerungszunahme.



Grafik 1 Entwicklung der Bevölkerung in Europa 1500–1900

Innerhalb der vier Jahrhunderte zwischen 1500 und 1900 hat sich die Bevölkerung in Europa mehr als verfünffacht (Grafik 1), in Deutschland sogar mehr als versechsfacht (Grafik 2). Im 18. Jahrhundert, das uns hier genauer interessieren soll, nahm die Bevölkerung in Europa um 56 % von 125 auf 195 Millionen Einwohner zu, innerhalb Deutschlands um 53 % von 16 auf 24,5 Millionen²⁵.



Grafik 2 Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland 1500–1900

Das Herzogtum Württemberg zählte um 1730 etwa 425 000 Einwohner und wies um 1800 eine Bevölkerung von etwa 660 000 auf, dies entspricht einer Zunahme von 55 % innerhalb von 70 Jahren²⁶.

25 M. Livi Bacci: Europa und seine Menschen. Eine Bevölkerungsgeschichte, München 1999, S. 18–19.

26 W.G. Rödel: Die demographische Entwicklung in Deutschland 1770–1820, in: H. Berding [u. a.] (Hrsg.): Deutschland und Frankreich im Zeitalter der Französischen Revolution, Frankfurt 1989, S. 24.

Welchen Stellenwert die Sterblichkeit innerhalb dieser Entwicklung hat, darüber gibt oder gab es in der Forschung unterschiedliche Ansichten.

Um das enorme Bevölkerungswachstum während der Industrialisierung zu erklären, wurde lange von der Gültigkeit des Modells des demographischen Übergangs ausgegangen. Dieser demographische Übergang vollzieht den Wechsel vom alten demographischen Regime der vorindustriellen Lebensweise hin zu dem danach gültigen „modernen“ System, das sich durch eine stark erhöhte Überlebenswahrscheinlichkeit, eine niedrige Geburtenrate und damit eine gleichbleibende Bevölkerungszahl auszeichnet. Der statistische Unterschied besteht im Grunde darin, dass sich die vorindustrielle von der industriellen Lebensweise dadurch unterscheidet, dass sich sowohl Geburten- als auch Sterberaten auf unterschiedlichem Niveau befinden. Während die vorindustrielle Lebensweise durch hohe Geburten- und Sterberaten charakterisiert ist, finden sich in der industriellen Lebensweise niedrige Geburten- und Sterberaten. Den enormen Bevölkerungszuwachs erklärt das Modell des demographischen Übergangs in dessen zeitlichem Ablauf: Der Übergang von der vorindustriellen zur industriellen Lebensweise soll dadurch eingeleitet worden sein, dass als Ausgangspunkt der Entwicklung zuerst die Sterblichkeit zurückging. In der zweiten Phase ergibt sich daraus als scheinbar zwangsläufige Folge die Einschränkung der Geburtenhäufigkeit. Die Bevölkerungszunahme findet dabei hauptsächlich zwischen diesen beiden Phasen statt. Andere demographische Elemente haben hinsichtlich des demographischen Übergangs und der enormen Bevölkerungszunahme nur nachrangigen Charakter.

Dieses Modell des demographischen Übergangs hat bis in die heutige Zeit seinen festen Platz in Schul-, Lehr- und Handbüchern sowie in wirtschafts- und sozialgeschichtlichen Darstellungen. Nachdem durch die historisch-demographische Forschung in den letzten Jahrzehnten zahlreiches Datenmaterial gewonnen wurde, das diesem Modell widerspricht, wird es nunmehr verstärkt in Frage gestellt²⁷ beziehungsweise Neubewertet²⁸.

Genauere Untersuchungen hierzu liegen beispielsweise für England vor. So wurde gerade für das „klassische“ Land der Industrialisierung nachgewiesen, dass das Bevölkerungswachstum im 18. und 19. Jahrhundert nicht durch Sterblichkeitsrückgang, sondern durch Geburtenanstieg aufgrund des geänderten Heiratsverhaltens zustande kam²⁹. Zwar kam es in England nach 1750 zu einem Rückgang der Sterblichkeit, aber die Fruchtbarkeit nahm bereits ab 1730 zu³⁰. Ebenso wenig handelte es sich beim Rückgang der Sterblichkeit um einen linearen Vor-

27 Th. Sokoll: Historische Demographie und historische Sozialwissenschaft, in: Archiv für Sozialgeschichte 32 (1992), S. 405–425, hier S. 408–411.

28 Livi Bacci (wie Anm. 25), S. 177–181.

29 Wrigley/Schofield (wie Anm. 3).

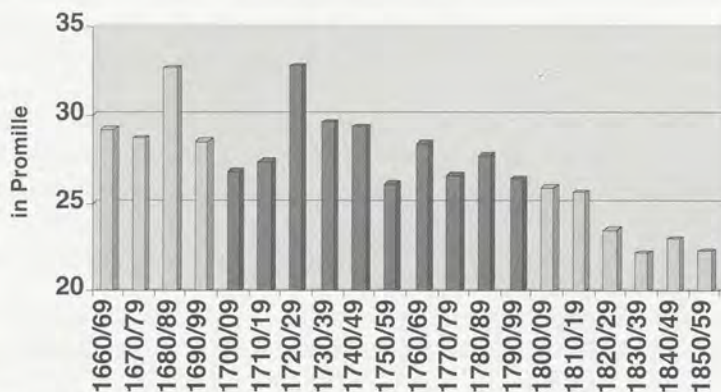
30 Th. Sokoll, R. Gehrman: Historische Demographie und quantitative Methoden, in: M. Maurer (Hrsg.): Aufriß der historischen Wissenschaften. Bd. 7: Neue Themen und Methoden der Geschichtswissenschaft, Stuttgart 2003, S. 152–229, hier S. 186.

gang: Im Gegensatz zum Modell des demographischen Übergangs nahm die Sterblichkeit in England in der Zeit zwischen 1830 und 1870 wieder zu.

Livi Bacci schließt aus diesen neuen Forschungsergebnissen, dass die verschiedenen Bevölkerungen Europas auf vielfältigen Wegen zu niedrigen Geburten- und Sterberaten gelangten und dabei nicht der Logik von Ursache und Wirkung unterlagen, wie sie das Modell des demographischen Übergangs unterstellt³¹.

Wie hoch war nun tatsächlich die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert und inwiefern fand ein Rückgang der Sterblichkeit innerhalb dieses Jahrhunderts überhaupt statt?

Bevor wir uns Deutschland zuwenden, soll die Sterblichkeit in den europäischen Ländern betrachtet werden, für die Auswertungen im nationalen Maßstab vorliegen. Für England wurden durch die „Cambridge Group“ sehr detaillierte Ergebnisse erarbeitet (Grafik 3). Es werden für das 18. Jahrhundert eher niedrige Sterberaten zwischen 24–28‰ errechnet, vereinzelt von Werten unterbrochen, die knapp über 30‰ liegen. Gründe für diese relativ niedrigen Werte wurden unter anderem in den klimatischen Verhältnissen gesucht, da die niedrigeren Temperaturen in England die Verbreitung mancher Infektionskrankheiten erschweren könnten³². Das Jahr 1729 stellt mit einer Sterberate von 44,7‰ eine Ausnahme dar, 1742 wurden nochmals 36,7‰ erreicht³³.



Grafik 3 Sterberaten in England 1660–1859

Die Zehnjahresdurchschnitte zeigen deutlich einen Rückgang der Sterberaten, der ungefähr im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts beginnt, aber erst im 19. Jahrhundert zu dauerhaften Werten unter 25‰ führt.

31 *Livi Bacci* (wie Anm. 25), S. 181.

32 *J. Vallin*: Mortality in Europe from 1720 to 1914. Long-term trends and changes in patterns by age and sex, in: *R. Schofield* [u.a.] (Hrsg.): *The decline of mortality in Europe*, Oxford 1991, S. 38–67, hier S. 44.

33 *Wrigley/Schofield* (wie Anm. 3), S. 532–535.

Für Frankreich werden höhere Sterberaten errechnet. Zwischen 1740 und 1749 liegen die Werte in der Regel zwischen 32–35 %, 1747 wird ein Spitzenwert von 47 % erreicht³⁴. Auch im weiteren 18. Jahrhundert bleiben die Jahreswerte zwischen 30–40 %, um erst nach 1795 dauerhaft auf Werte unter 30 % zu sinken.

Warum kam es in beiden Ländern gegen Ende des 18. Jahrhunderts zu einem Rückgang der Sterblichkeit? Worauf dies zurückzuführen ist, darüber herrscht in der Forschung keine Einigkeit. Die These, dass dafür die Errungenschaften der modernen Medizin verantwortlich seien, wird von *Sokoll* und *Gehrmann* zurückgewiesen. Sie berufen sich dabei auf die Untersuchungen von *Thomas McKeown*, der davon ausgeht, dass die seit dem 18. Jahrhundert entstandenen Krankenhäuser einen eher ansteckungsfördernden Effekt hatten und die großen Epidemien erst in der Zeit nach 1800 eingedämmt wurden³⁵. Könnte der Rückgang auf den Anstieg des Lebensstandards zurückzuführen sein? Zumindest für England scheint ein Zusammenhang zwischen Entwicklung der Sterblichkeit und Reallohnentwicklung nicht zwingend gegeben zu sein: *Nur 16 % aller Mortalitätsveränderungen gegenüber dem Vorjahr lassen sich aufentsprechende Weizenpreisveränderungen zurückführen*³⁶. Vielleicht lag es an einer verbesserten Ernährung? *Lee* spricht in diesem Zusammenhang von *Faktoren, die nicht exakt quantifiziert oder überprüft werden können, wie ein verbessertes System von häuslicher Infektionsbekämpfung, bessere Wohnverhältnisse oder erhöhte Hygiene*³⁷. Es scheint plausibel zu sein, von einer Kombination ganz verschiedener Entwicklungen auszugehen. Vielleicht werden weitere Detailforschungen dazu mehr sagen können.

Aussagen über die Sterblichkeit in Deutschland während des 18. Jahrhunderts können bisher nur für einzelne Regionen gemacht werden. Dabei scheint es sich heraus zu kristallisieren, dass es zwischen Nord- und Süddeutschland zwei grundsätzliche Unterschiede gibt: einerseits ein Süd-Nord-Gefälle bezüglich der Höhe der Sterberaten, andererseits eine zeitliche Verschiebung, was das Absinken der Sterberaten betrifft.

Bei seinen Untersuchungen über Norddeutschland errechnet *Gehrmann* für die Zeit 1740–1780 eine Sterblichkeit von rund 30–37 %, die jedoch starken jährlichen Schwankungen unterworfen ist³⁸. Ab ungefähr 1780 zeigt sich die eindeutige Tendenz, dass die Sterblichkeit dauerhaft zurückgeht. Die Werte betragen dabei 25–30 % und werden nur durch das Auftreten epidemischer Krankheiten in einigen Jahren durchbrochen. Diesen Rückgang um über 10 % führt *Gehrmann* jedoch darauf zurück, dass sich die exzessiven jährlichen Schwankungen bei der Sterblichkeit abgeschwächt haben, dass also Krisen nachgelassen haben. Er will aber nicht ausschließen, dass sich die Sterblichkeit ähnlich wie in England nach

34 *Vallin* (wie Anm. 32), S. 44.

35 *Sokoll/Gehrmann* (wie Anm. 30), S. 195–196.

36 *Sokoll* (wie Anm. 27), S. 419.

37 R. W. *Lee*: Historische Demographie in England. Ein Überblick, in: M. *Matheus*, W. G. *Rödel* (Hrsg.): *Landesgeschichte und Historische Demographie*, Stuttgart 2000, S. 109–133, hier S. 128.

38 *Gehrmann* (wie Anm. 6), S. 164.

1780 wieder auf einen Zustand wie vor dem 18. Jahrhundert einpendelt³⁹. Dieser Sterblichkeitsrückgang zwischen dem ausgehenden 18. Jahrhundert und den 1820er Jahren kann jedoch kaum als Beginn des demographischen Übergangs interpretiert werden, da der Rückgang in der Mitte des 19. Jahrhunderts stagniert, beziehungsweise die Werte sogar wieder ansteigen⁴⁰. Auch in Norddeutschland können regionale Unterschiede in den Sterberaten festgestellt werden. Da sie in erster Linie mit dem Grade der Bevölkerungsdichte übereinstimmen, kann ein Zusammenhang mit dem Risiko von Infektionen angenommen werden. Für die demographischen Verhältnisse des 18. Jahrhunderts wird davon ausgegangen, dass zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Sterbefälle auf eine von Mensch zu Mensch übertragbare Krankheit zurückzuführen sind⁴¹. Für die letzten zwei Jahrzehnte des 18. Jahrhunderts werden die höchsten Werte der Sterblichkeit für Hamburg (36‰), Berlin und Lübeck (je 31‰) ermittelt, danach folgen die dichter besiedelten Gebiete mit Werten zwischen 26–29‰, während dünner besiedelte Territorien die geringste Sterblichkeit (25‰) aufweisen, wobei dabei auch Ausnahmen festzustellen sind⁴².

Für andere Regionen Deutschlands liegen leider keine flächendeckenden Erhebungen vor, so dass wir auf die Ergebnisse von Einzeluntersuchungen angewiesen sind.

Für die ländliche Region im Mainzer Umland ergeben sich für das 18. Jahrhundert Sterberaten von rund 30‰, wobei die Werte für einzelne Gemeinden starken Schwankungen unterliegen. Von einer Tendenz zu dauerhaft sinkenden Sterblichkeitsraten kann hier erst ab 1875 gesprochen werden⁴³.

Wenn wir uns nun der Sterblichkeit im württembergischen Raum zuwenden, sind einige Hinweise notwendig, um die Bevölkerungsgeschichte Württembergs besser in den gesamtdeutschen Zusammenhang einordnen zu können.

Innerhalb der verschiedenen Regionen Deutschlands war die Ausgangslage zu Beginn des 18. Jahrhunderts sehr unterschiedlich. Hier ist vor allem an die Folgen des Dreißigjährigen Kriegs zu denken. Dieser führte insbesondere durch die verstärkte Verbreitung von Epidemien innerhalb Deutschlands zu Gesamtverlusten von rund 40 % der Bevölkerung, wobei die regionale Verteilung der Verluste sehr unterschiedlich war. Während in den vom Kriegsgeschehen vollkommen verschonten oder nur wenig berührten Gebieten die Bevölkerung zu jener Zeit allenfalls stagnierte oder nur gering wuchs, wurden andere Regionen weitgehend entvölkert und hatten Bevölkerungsverluste von über 80 % zu erleiden. Zu diesen Gebieten, die besonders schwer betroffen waren, gehörte auch Würt-

39 Ebd., S. 137–138.

40 Ebd., S. 164–165.

41 *Livi Bacci* (wie Anm. 25), S. 84.

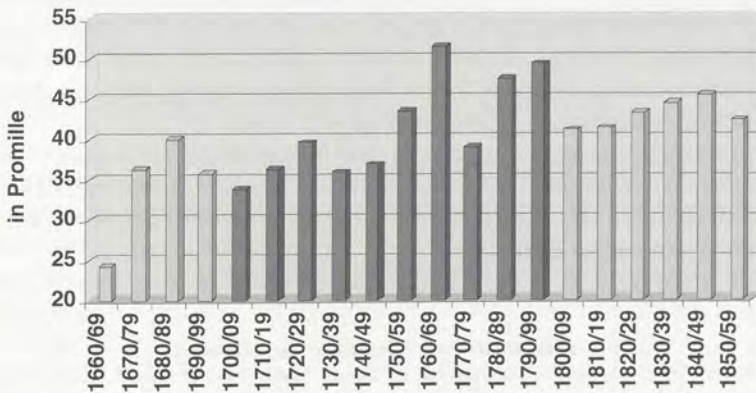
42 *Gehrmann* (wie Anm. 6), S. 174.

43 E. *Rettinger*: Die Umgebung der Stadt Mainz und ihre Bevölkerung vom 17. bis 19. Jahrhundert. Ein historisch-demographischer Beitrag zur Sozialgeschichte ländlicher Regionen, Stuttgart 2002, S. 292–294.

temberg. Während Württemberg um 1634 mit rund 50 Einwohner/km² zu den dichtbesiedeltesten Regionen in Europa gehörte, verringerte sich die Bevölkerung in den Jahren bis 1650 um über 50 %.

Dies führte dazu, dass Württemberg im Unterschied zu anderen Regionen noch insbesondere während des ersten Drittels des 18. Jahrhunderts sehr von den Auswirkungen des Dreißigjährigen Kriegs beeinflusst war. Denn solange sollte es dauern, bis die Größe der Vorkriegsbevölkerung wieder erreicht wurde. In Laichingen auf der Schwäbischen Alb war dies beispielsweise erst um 1730 der Fall⁴⁴.

Medick hat bei seinen Forschungen über Laichingen auch die dortigen Sterberaten errechnet (Grafik 4)⁴⁵. Diese schwanken im Zehnjahresdurchschnitt zwischen 33,8–51,5 ‰, wobei die Werte innerhalb des 18. Jahrhunderts stark steigen. Während die Sterberate in den Jahren 1700–1749 bei 36,5 ‰ liegt, beträgt sie 1750–1799 46,2 ‰. Da für die Jahre 1658–1699 eine durchschnittliche Sterberate von 33,7 ‰ errechnet werden kann, ist festzustellen, dass sich die Überlebenschancen in Laichingen im Übergang vom 17. zum 18. Jahrhundert zunächst einmal gravierend verschlechtert haben⁴⁶. Dies gilt übrigens für alle Altersgruppen, besonders jedoch für die Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen im Alter von 15 bis 40 Jahren⁴⁷. Von einem Rückgang der Sterblichkeit ist auch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nichts zu spüren. Zwar geht die durchschnittliche Sterberate im Zeitraum 1800–1859 auf 43,0 ‰ zurück, bleibt aber weit über den Werten vor 1750.



Grafik 4 Sterberaten in Laichingen 1660–1859

44 *Medick* (wie Anm. 12), S. 304.

45 Ebd.

46 Zahlen nach ebd., S. 623–627.

47 Ebd., S. 377.

Spiegeln sich in diesen Werten aus Laichingen die allgemeinen württembergischen Verhältnisse wider oder handelt es sich dabei um einen statistischen Extremfall? Da Laichingen, wie später gezeigt werden soll, bezüglich der Säuglingssterblichkeit deutlich über dem württembergischen Durchschnitt zu liegen scheint, ist landesweit wohl eher von niedrigeren Sterberaten auszugehen. Im Kapitel über die Mortalitätskrisen wird noch auf die starken Unterschiede bei den jährlichen Sterberaten einzugehen sein. So liegt die Sterberate in Laichingen 1701 bei nur 24,2%, im Jahr 1751 dagegen bei 76,5%⁴⁸.

3.b. Totgeburten

Es soll an dieser Stelle kurz auf die Totgeburten eingegangen werden, obwohl diese demographisch gesehen eher im Zusammenhang mit den Geburten als mit den Todesfällen betrachtet werden sollten. Es ist jedoch wichtig, ihren Anteil an allen Geburten zu ermitteln, da es sonst beispielsweise zu Ungenauigkeiten bei der Berechnung der Säuglingssterblichkeit kommen könnte. Die Häufigkeit der Totgeburten ist oft nicht einfach zu ermitteln, da sie unterschiedlich verzeichnet wurden. Je nach Pfarrer wurden sie in den Kirchenbüchern festgehalten oder nicht und in vielen Fällen nur entweder in den Tauf- oder in den Sterberegistern. In der Historischen Demographie hat sich als Standard durchgesetzt, bei einer Totgeburtenrate von unter 3% von einer Unterregistrierung auszugehen. Für Laichingen wird für den Zeitraum 1650–1900 eine Rate von 4,37% errechnet⁴⁹. Für das Schwarzwalddorf Aach ergeben sich für das 18. Jahrhundert folgende Werte: 1670–1719: 4,5%, 1720–1769: 2,4%, 1770–1809: 8,7%⁵⁰. Für die von *Maisch* untersuchten Orte im Raum Herrenberg ergeben sich im Zeitraum 1760–1829 für Totgeburten Werte zwischen 4,06–5,3%⁵¹. Für das 18. Jahrhundert scheint sich ungefähr abzuzeichnen, dass es sich bei rund 4–5% aller Geburten um Totgeburten handelt. Für norddeutsche Gebiete hat *Gehrmann* für das letzte Viertel des 18. Jahrhunderts eine Totgeburtenrate zwischen 3,5–6% nachgewiesen⁵².

3.c. Kinder- und Säuglingssterblichkeit

Im Unterschied zu heute war das Sterben in früheren Jahrhunderten dadurch charakterisiert, dass es unvorstellbar viele Menschen in sehr jungen Jahren traf. Wenn im 18. Jahrhundert Todesfälle zu beklagen waren, hieß dies in den meisten

48 Ebd., S. 624–625.

49 Ebd., S. 618.

50 *Adler* (wie Anm. 10), S. 119.

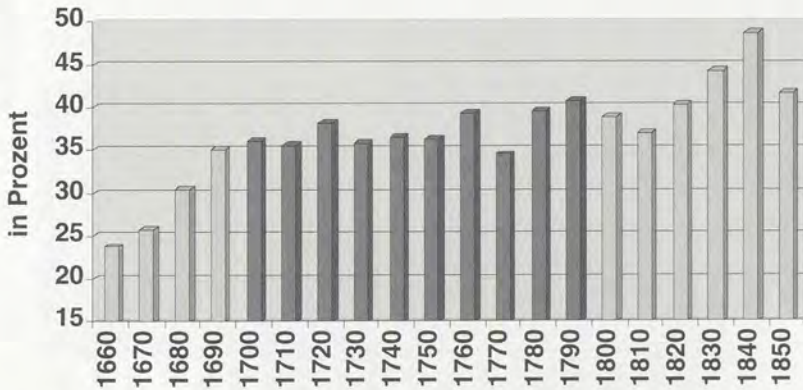
51 *Maisch* (wie Anm. 11), S. 20.

52 *Gehrmann* (wie Anm. 6), S. 417, 435, 468.

Fällen der Tod von Kindern oder Säuglingen. In Backnang handelte es sich im 18. Jahrhundert sogar bei 36,4 % aller Sterbefälle um Säuglinge⁵³.

Unter Säuglingssterblichkeit werden die innerhalb des ersten Lebensjahres verstorbenen Kinder verstanden, unter Kindersterblichkeit die bis zu einem Alter von 15 Jahren Verstorbenen. Die Angabe der Werte in Prozent bezieht sich dabei auf die Zahl der Lebendgeburten.

Das Ausmaß der Kinder- und Säuglingssterblichkeit lag in Württemberg im Vergleich zu anderen europäischen Regionen im 18. Jahrhundert eindeutig im oberen Bereich der Werte. Dennoch ist auch innerhalb Württembergs eine unterschiedliche Höhe der Säuglingssterblichkeit festzustellen. Für Laichingen auf der Schwäbischen Alb werden im 18. Jahrhundert Werte zwischen 35–40 % erreicht (Grafik 5)⁵⁴.



Grafik 5 Säuglingssterblichkeit in Laichingen 1660–1859

Ähnlich hohe Werte lassen sich für andere Orte auf der Schwäbischen Alb nachweisen: Für das Kirchspiel Böhringen auf der Uracher Alb ergeben sich für das 18. Jahrhundert Werte zwischen 24,5–30,1 % (Grafik 6)⁵⁵.

Etwas höher liegt die Säuglingssterblichkeit in den vier Albdörfern Ballendorf, Börslingen, Setzingen und Nerenstetten (Grafik 7). Hier erreicht sie Werte zwischen 29,5–43,2 %⁵⁶.

Ebenfalls sehr hohe Werte finden sich in anderen Regionen. In Nenzingen im Hegau starben im 18. Jahrhundert 33,2 % aller Kinder im ersten Lebensjahr⁵⁷,

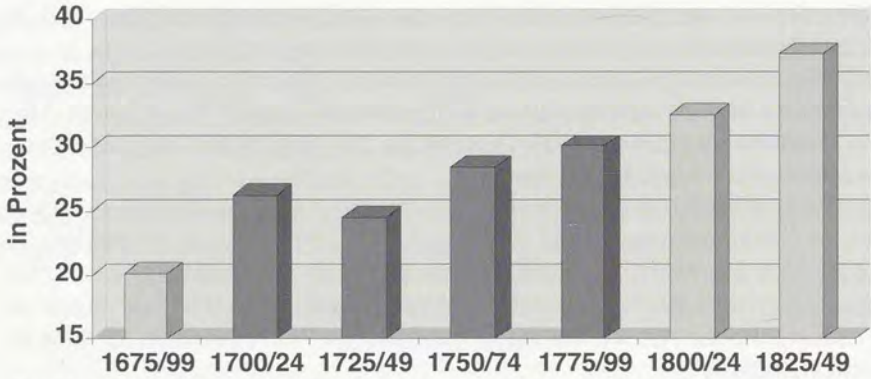
53 Fritz (wie Anm. 21), S. 10.

54 Medick (wie Anm. 12), S. 356.

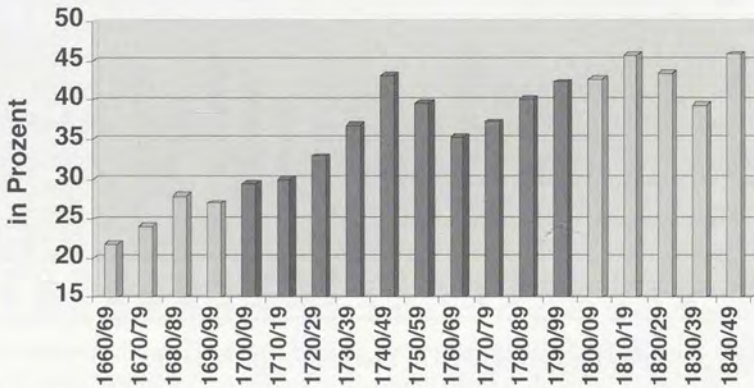
55 Ebd., S. 637.

56 Ebd., S. 638.

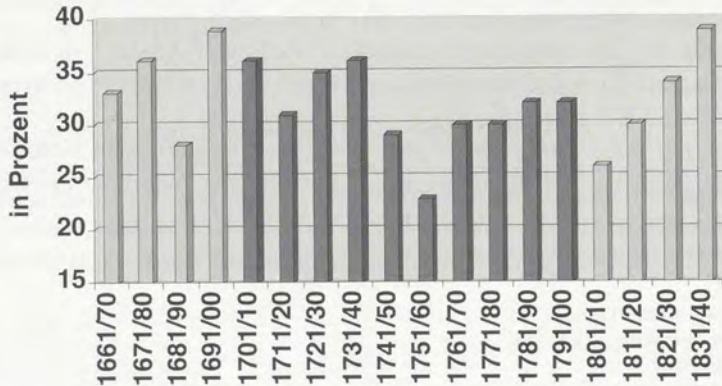
57 Adler (wie Anm. 10), S. 264.



Grafik 6 Säuglingssterblichkeit in Böhlingen 1675–1849



Grafik 7 Säuglingssterblichkeit in vier Albdörfern 1660–1849

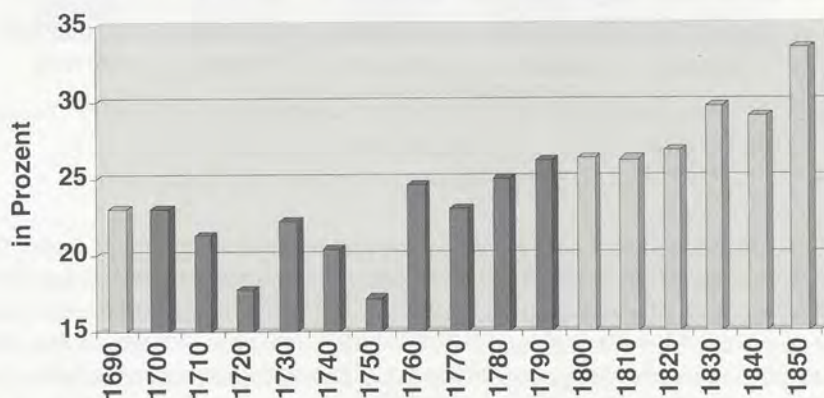


Grafik 8 Säuglingssterblichkeit in Weinsberg 1661–1840

für das nordwürttembergische Weinsberg werden Werte zwischen 23–36 % errechnet (Grafik 8)⁵⁸.

In der Stadt Ulm lag die Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1793–1800 sogar zwischen 41,7–55,3 %⁵⁹.

Diesen hohen Werten stehen geringere Raten aus dem Gebiet um Herrenberg gegenüber, wie den Auswertungen von *Imhof* und *Maisch* zu entnehmen ist (Grafiken 9 und 10). Hier liegen die Werte für das 18. Jahrhundert nach *Imhof* zwischen 17,2 % (im Zeitraum 1750–1759) und 26,2 % (für 1790–1799)⁶⁰.



Grafik 9 Säuglingssterblichkeit im Raum Herrenberg 1690–1859 (nach *Imhof*)

In einer ähnlichen Größenordnung liegen die Werte für die beiden Orte Aach und Schönmünzach im württembergischen Schwarzwald (Aach: 1670–1725: 23,7 %, 1726–1775: 18,9 %, 1776–1815: 23,9 %)⁶¹.

Im Vergleich dazu beträgt die Säuglingssterblichkeit für den Zeitraum 1740–1800 in der badischen Ortenau 17,7–23,0 %, in Ostfriesland 13,8–16,2 % und im Saarland gar nur 11,6–17,1 %⁶². Weitere Vergleichszahlen liegen mit 17,9 % für sechs Landpfarreien aus der Umgebung der Stadt Mainz vor⁶³, für das Osnabrückische Kirchspiel Belm 16,5–17,3 %⁶⁴, auch für diverse Bezirke in Preußen werden durchgehend Werte unter 20 errechnet (mit Ausnahme von

58 E. Weismann: Die Bevölkerungsbewegung in einer württembergischen Amtsstadt nach den Weinsberger Kirchenbüchern 1571 bis 1840, in: Jahrbücher für Statistik und Landeskunde von Baden-Württemberg 2 (1956), S.342–352, hier S.348.

59 Meier (wie Anm. 18), S.252.

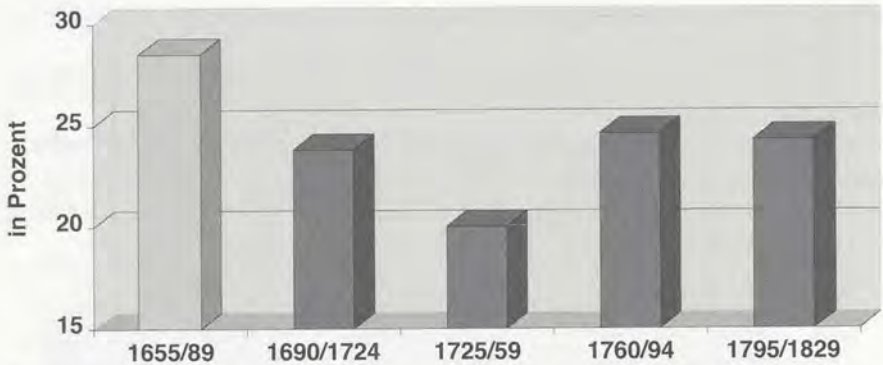
60 Imhof (wie Anm. 5), S.398.

61 Adler (wie Anm. 10), S.262–263.

62 Imof (wie Anm. 5), S.257, 368, 437.

63 Rettinger (wie Anm. 43), S.282.

64 J. Schlumbohm: Lebensläufe, Familien, Höfe. Die Bauern und Heuersleute des Osnabrückischen Kirchspiels Belm in proto-industrieller Zeit, 1650–1860, Göttingen 1994, S. 153.



Grafik 10 Säuglingssterblichkeit im Raum Herrenberg 1655–1829 (nach Maisch)

Berlin, dort sind es rund 30 %) ⁶⁵. Aus unterschiedlichen Quellen hat *Imhof* für Deutschland in der Zeit von 1740–1800 eine durchschnittliche Säuglingssterblichkeit ermittelt, die zwischen 16,7–19,8 % liegt ⁶⁶. In der gleichen Größenordnung liegen die Werte für England mit 16,1–20,8 %. Frankreich hatte im gleichen Zeitraum eine höhere Säuglingssterblichkeit. Die Zehnjahresdurchschnitte liegen dort 1740–1799 zwischen 25,4–29,6 % ⁶⁷.

Wie kommt es nun zu diesen regionalen Unterschieden bei der Säuglingssterblichkeit?

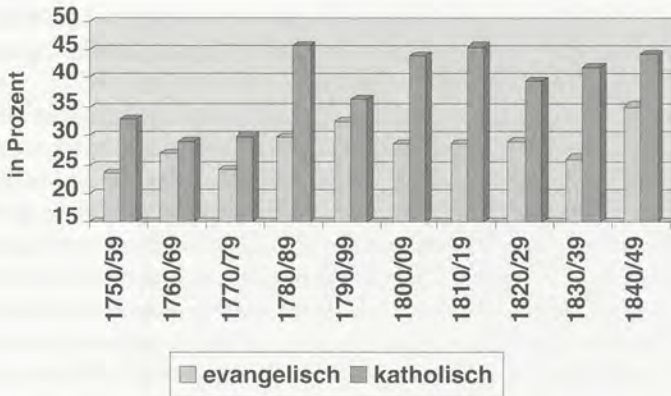
Imhof wies auf die Übereinstimmung zwischen einer niedrigeren Säuglingssterblichkeit in den lutherisch-calvinistisch-reformierten Gebieten Nord- und Ostdeutschlands und einer höheren in vorwiegend katholischen Regionen Süddeutschlands hin. Dies könnte an unterschiedlichen Einstellungen liegen, inwiefern die Mutter für das Wohlergehen des Kindes mitverantwortlich sei, beziehungsweise ob es das Kind im Jenseits nicht grundsätzlich besser hätte ⁶⁸. Interessant ist hierzu die Untersuchung zweier konfessionsverschiedener Dörfer, die in direkter Nachbarschaft auf der Schwäbischen Alb liegen. Die Namen der Dörfer können leider nicht genannt werden, da sie durch die Bearbeiter anonymisiert wurden, sie liegen jedoch im heutigen Alb-Donau-Kreis. Die Säuglingssterblichkeit im Dorf mit evangelischer Bevölkerung liegt immer in einem niedrigeren Bereich als im Dorf mit katholischer Bevölkerung (Grafik 11). Für die zweite

65 Gehrman (wie Anm. 6), S. 146.

66 A.E. *Imhof* (Hrsg.): *Lebenserwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden im 19. und 20. Jahrhundert*, Berlin 1994, S. 399.

67 Dupâquier (wie Anm. 2), Bd. 3, S. 287.

68 A.E. *Imhof*: *Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 18. bis 20. Jahrhundert – Warum?*, in: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 7 (1981), S. 343–382, hier S. 366–367.



Grafik 11 Säuglingssterblichkeit in zwei konfessionsverschiedenen Dörfern auf der Schwäbischen Alb 1750–1849

Hälfte des 18. Jahrhunderts ergibt dies eine durchschnittliche Säuglingssterblichkeit von 27,4 und 34,8 %⁶⁹.

Um jedoch diesen Unterschied von über 7 Prozentpunkten allein auf die unterschiedliche Konfession zurückführen zu können, wären weitere vergleichbare Untersuchungen notwendig, da es sich bei der Auswertung von *Sponholz* um zwei kleine Dörfer mit rund 300–500 Einwohnern handelt und dies eine zu geringe Datenmenge ist, um daraus eine allgemeine Tendenz ableiten zu können.

Trotzdem kann die unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Nord- und Süddeutschland nicht einfach mit der verschiedenen Konfessionszugehörigkeit der Bevölkerung begründet werden. Denn die Einwohner der württembergischen Orte Laichingen, Böhringen und Weinsberg sowie der Dörfer im Raum Herrenberg waren fast ausschließlich evangelisch, und dennoch sind die Werte hoch.

Eine weitere mögliche Ursache für die höhere Säuglingssterblichkeit in Süddeutschland sieht *Imhof* in einem Mentalitätstrauma infolge des Dreißigjährigen Kriegs. Es sei vorstellbar, dass die ständigen kriegerischen Ereignisse zu einer ganz anderen Einstellung zu Leib und Leben und deren Verlust geführt hätten, tendenziell zu einer größeren Gleichgültigkeit⁷⁰. Dieser Erklärungsversuch wird von *Medick* abgelehnt, da sich eine erhöhte Säuglingssterblichkeit erst seit dem Ende des 17. Jahrhunderts herausbildet⁷¹.

Er verweist vielmehr darauf, dass bereits zeitgenössische Berichte den häufigen Säuglingstod in Württemberg in erster Linie als Folge von *Handlungen und Unterlassungen der Menschen* beschreiben⁷². Als Beispiel dafür wird das Baden und

69 *Sponholz* (wie Anm. 13), S. 27.

70 *Imhof* (wie Anm. 58), S. 367.

71 *Medick* (wie Anm. 12), S. 362.

72 Ebd., S. 364.

Waschen erwähnt, das statt mit Brunnenwasser mit unhygienischem Regen- und Schneewasser durchgeführt wird und die Breiernahrung, mit der bereits unmittelbar nach der Geburt begonnen wird⁷³.

Außerdem spielen die Stillgewohnheiten bei der Säuglingssterblichkeit eine große Rolle: Eine Vernachlässigung beziehungsweise gänzliche Ablehnung des Stillens der Neugeborenen erhöht deren Sterberisiko enorm, da sie dadurch weniger Resistenz gegenüber Infektionskrankheiten erlangen. Zumindest für Laichingen zieht *Medick* den Schluss, dass bis weit ins 19. Jahrhundert hinein in allen sozialen Gruppen eine grundsätzliche Abneigung gegen das Stillen verbreitet war⁷⁴. Die soziale Differenzierung der Stillgewohnheiten ergibt für Laichingen das Ergebnis, dass gerade bei Tagelöhnerfrauen, die vergleichsweise am längsten stillten, die wenigsten Kinder im Säuglingsalter starben⁷⁵. Die Nachteile des Nichtstillens wurden dadurch vergrößert, dass als Ersatznahrung ein schwer verdaulicher Mehlbrei verwendet wurde. Dies führte zu schweren Verdauungsstörungen und Darmkrankheiten, an denen die Säuglinge oft starben⁷⁶.

Den Grund für diese schlechte Säuglingspflege sieht *Medick* einerseits in der besonderen Arbeitsbelastung der Frau. Insbesondere bei den kleinen Bauern mit eigenem Landbesitz hatte die Ehefrau vor allem zur Erntezeit in der Landwirtschaft mitzuarbeiten, da sich diese Haushalte keine Bediensteten oder Tagelöhner leisten konnten. Aus diesem Grund wurde der Zeit- und Arbeitsaufwand für die Kinder möglichst gering gehalten. Andererseits sei von einer allgemeinen Geringschätzung des Kinderlebens auszugehen, die durch die religiöse Einstellung unterstützt wurde, den frühen Kindstod mit Blick auf das Jenseits zu relativieren⁷⁷.

Diese Ausführungen scheinen die beispielsweise von *Flinn* vertretene Auffassung zu widerlegen, dass die Sterblichkeit im frühneuzeitlichen Europa eine Eigendynamik besitze, die durch den Menschen nicht beeinflusst werden könne⁷⁸. Inwiefern veränderte sich die Höhe der Säuglingssterblichkeit während des 18. Jahrhunderts?

Hier liefern die vorliegenden Daten ein völlig uneinheitliches Bild. In Laichingen beträgt die Sterblichkeit von Säuglingen bereits in den Jahrzehnten unmittelbar nach dem Dreißigjährigen Krieg rund ein Viertel der Lebendgeborenen, um in den folgenden Jahrzehnten erheblich zuzunehmen (Grafik 5). Da dies weitgehend parallel zur Expansion des Leinengewerbes erfolgte, schienen die Frauen in den Weberhaushalten verstärkt landwirtschaftliche Arbeiten auf Kosten der Kindspflege übernommen zu haben⁷⁹. Während des 18. Jahrhunderts

73 Ebd., S. 363 nach einem Bericht von 1792.

74 Ebd., S. 371.

75 Ebd., S. 372.

76 Ebd., S. 365.

77 Ebd., S. 366–369.

78 M. W. *Flinn*: The European demographic system 1500–1820, Brighton 1981, S. 18.

79 *Medick* (wie Anm. 12), S. 369.

bleiben die Werte mehr oder weniger konstant und steigen erst in den Krisenjahren des Leinengewerbes um 1830/40 weiter an. Das Sterberisiko der Kinder vom 6. bis zum 15. Lebensjahr schwankt in Laichingen dagegen während des ganzen 18. Jahrhunderts ohne erkennbare Entwicklungstendenz zwischen 2–5 %⁸⁰.

In Böhringen ist bereits während des 18. Jahrhunderts ein konstanter Anstieg der Säuglingssterblichkeit feststellbar (Grafik 6). In den vier Albdörfern um Ballendorf belegen die Daten schon seit Mitte des 17. Jahrhunderts ein dauerhaftes Ansteigen, das in den Jahren zwischen 1740–1759 Spitzenwerte erreicht, um danach erst ab und dann wieder zuzunehmen (Grafik 7). Diese periodischen Bewegungen halten bis weit ins 19. Jahrhundert hinein an. Die Werte in Weinsberg verhalten sich zu dieser Tendenz genau entgegengesetzt (Grafik 8). Die Werte nehmen ab den Jahren um 1740 ab und erreichen zur Jahrhundertmitte ein Tief, um erst nach 1820 wieder zuzunehmen. Wie in den Grafiken 9 und 10 zu erkennen ist, sinkt die Säuglingssterblichkeit im Herrenberger Raum bis 1759, um danach wieder deutlich anzusteigen⁸¹.

Wie sind diese unterschiedlichen Werte zu interpretieren? Die vorliegenden Zahlen für das ausgehende 17. Jahrhundert werden mit Vorsicht zu genießen sein. Während *Maisch* im Herrenberger Raum (Grafik 10) für die zweite Hälfte des 17. Jahrhunderts überdurchschnittliche Werte ermittelt, sieht es in Böhringen (Grafik 6) und den Dörfern um Ballendorf (Grafik 7) statistisch genau Gegenteil aus. Dies könnte jedoch mit einer Unterregistrierung der Sterbefälle in den Kirchenbüchern zusammenhängen, die bei der Auswertung nicht berücksichtigt wurde.

Alle vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch auf, dass die Säuglingssterblichkeit in den Jahren nach 1820 eine Höhe erreicht, die deutlich über den Werten des 18. Jahrhunderts liegt. Darin unterscheiden sich die württembergischen Daten grundlegend von der Entwicklung in anderen Regionen. Nachdem in England die Säuglingssterblichkeit in der Zeit von 1680–1749 relativ hoch ist und in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts bei durchschnittlich 19,5 % liegt, nimmt sie ab 1750 ab und liegt in der zweiten Jahrhunderthälfte nur noch bei 16,8 %. Ab dem letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts fällt sie noch weiter, um im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts zwischen 14–15 % zu liegen⁸². In Frankreich nimmt die Säuglingssterblichkeit in den Jahren nach 1790 auch deutlich ab. Während die Zehnjahresdurchschnitte 1740–1789 bei Werten zwischen 27,3–29,6 % liegen, fallen sie nach 1790 erst auf 25,4 %, dann im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts weiter bis 18,1 %⁸³. Mit rund zehn Jahre Verspätung setzt in Norddeutschland der gleiche Vorgang ein. Hier ist für die Zeit nach 1800 fast flächendeckend ein

80 Ebd., S. 358.

81 *Maisch* (wie Anm. 11), S. 286.

82 E. A. Wrigley, R. S. Davies [u. a.]: *English population history from family reconstitution*, Cambridge 1997, S. 224.

83 *Dupaquier* (wie Anm. 2), Bd. 3, S. 287.

deutlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit nachweisbar⁸⁴. *Gehrmann* vermutet, dass dabei medizinische Fortschritte eine wesentliche Rolle gespielt haben müssen. Insbesondere die Verbesserung des Hebammenwesens scheint die Neugeborenensterblichkeit spürbar gesenkt zu haben⁸⁵, nicht zu unterschätzen werden auch die Auswirkungen der Pockenprävention durch Impfen sein, das bereits ab dem Ende des 18. Jahrhunderts Verbreitung fand. War all dies jedoch in Württemberg nicht der Fall?

Dass die Säuglingssterblichkeit in Süddeutschland allgemein ab dem späten 18. Jahrhundert zunimmt, ist bekannt⁸⁶, jedoch scheint es noch nicht möglich zu sein, dies eindeutig zu begründen. *Maisch* erklärt den Anstieg der Säuglingssterblichkeit in Württemberg mit den dort stattfindenden Veränderungen in der Landwirtschaft⁸⁷. Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts wurde der Anbau intensiviert, dabei wurden verstärkt bisherige Brachflächen miteinbezogen. Auf diesen zusätzlichen Flächen wurden Futterpflanzen für die Rinder angebaut, da zur Stallfütterung übergegangen wurde. Auch der Anbau von Kartoffeln, Hülsenfrüchten und Kohl im unmittelbaren Umfeld der Häuser nahm stark zu. Diese Veränderungen betrafen vor allem die Frauen, die diese Mehrarbeit hauptsächlich übernehmen mussten. Dadurch nahm ihr Arbeitspensum deutlich zu. Dies führte nicht nur zu weiter abnehmender Stillhäufigkeit, sondern auch zu einer zunehmenden Vernachlässigung der Kleinkinder. Ein weiterer Faktor könnte die Bevölkerungszunahme im 18. Jahrhundert sein, da sich durch die höhere Wohndichte auch die Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten vergrößert haben könnte.

3.d. Saisonalität der Sterbefälle

Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen Sterbefällen und Jahreszeiten? Rein statistisch gesehen müssten die Todesfälle mehr oder weniger gleichmäßig über die einzelnen Monate verteilt sein.

Dass dies im 18. Jahrhundert überhaupt nicht der Fall war, soll nun am Beispiel von Murrhardt gezeigt werden. Dazu wurde die Verteilung der gesamten Sterbefälle auf die einzelnen Monate errechnet (Grafik 12). Um dabei eine bessere Vergleichbarkeit der Monate zu erreichen, wurden die Zahlen der Monate mit 30 Tagen mit dem Faktor 1,033 und die Zahlen des Februars mit 1,107 multipliziert.

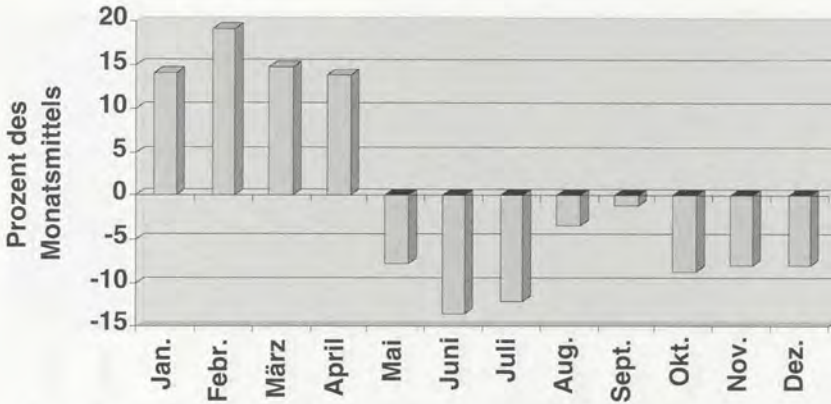
Der Jahreslauf gliedert sich deutlich in zwei Abschnitte. Während die Monate Januar bis April eine überdurchschnittliche Sterblichkeit zwischen 14,0–19,2 %

84 *Gehrmann* (wie Anm. 6), S. 146–147.

85 Ebd., S. 142.

86 Ch. *Pfister*: Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1500–1800, München 1994, S. 97.

87 *Maisch* (wie Anm. 11), S. 287.



Grafik 12 Saisonalität der Sterblichkeit in Murrhardt 1706–1799

aufweisen, ergeben sich im Sommer und den Monaten Oktober bis Dezember Werte, die zwischen 7,7–13,4 % unter dem durchschnittlichen Monatsmittel liegen.

Eine Interpretation dieser Werte würde jedoch zu vorschnellen Ergebnissen führen. Denn eine Aufschlüsselung der Sterbefälle nach dem Alter der Gestorbenen zeigt zwei völlig unterschiedliche Tendenzen bezüglich der saisonalen Verteilung der Todesfälle.

Deshalb soll, um die jahreszeitlichen Unterschiede bei der Sterblichkeit genauer untersuchen zu können, im Folgenden die Saisonalität getrennt nach Säuglings-, Kinder- und Erwachsenensterblichkeit betrachtet werden.

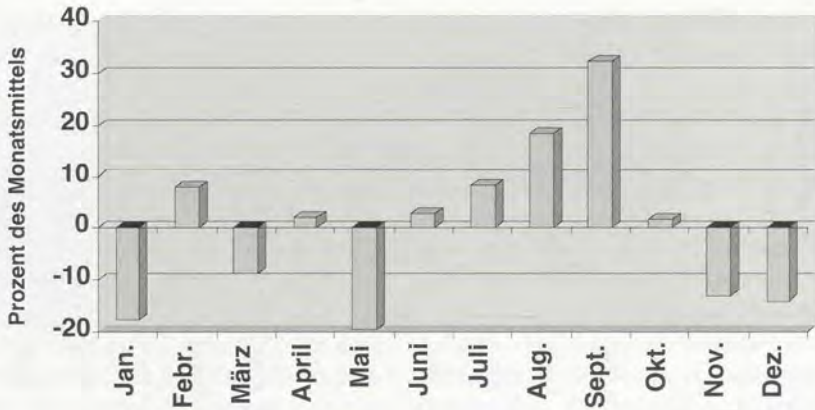
Pfister geht davon aus, dass das Sterblichkeitsrisiko von Säuglingen im Jahresverlauf innerhalb Deutschlands nahezu ausgeglichen ist, wobei er für Süddeutschland einschränkend einen Gipfel im Hoch- und Spätsommer annimmt⁸⁸. Diese regionale Besonderheit wird von *Medick* bestätigt, der für Laichingen den höchsten Wert der Säuglingssterblichkeit im September nachgewiesen hat und darüber hinaus ein weiteres Sterblichkeitshoch für die Monate Februar und März ermittelt⁸⁹. Auch *Maisch* errechnet für den Herrenberger Raum einen Höhepunkt der Sterblichkeit von Säuglingen im Spätsommer, insbesondere im September⁹⁰. Für Murrhardt zeichnet sich für den Zeitraum 1760–1800 ein ähnliches Ergebnis ab (Grafik 13). Die meisten Säuglinge sterben in den Monaten September, August und Juli, aber auch im Februar liegt die Sterblichkeit über dem Jahresdurchschnitt.

Bei der Berechnung der saisonalen Säuglingssterblichkeit wird davon abgesehen, die unterschiedliche Häufigkeit der Geburten in den verschiedenen Jahres-

88 *Pfister* (wie Anm. 86), S. 96.

89 *Medick* (wie Anm. 12), S. 370.

90 *Maisch* (wie Anm. 11), S. 64.



Grafik 13 Säuglingssterblichkeit in Murrhardt 1760–1800

zeiten mit zu berücksichtigen, obwohl wenn mehr Neugeborene vorhanden sind, statistisch gesehen auch mehr sterben könnten. Im 18. Jahrhundert werden in Deutschland überdurchschnittlich viele Kinder in den Monaten zwischen Oktober und Februar geboren, während es besonders zwischen Mai und Juli weniger Geburten gibt⁹¹. Von daher ist es um so erstaunlicher, dass gerade in den Monaten mit überdurchschnittlichen Geburtenzahlen die Todesfälle von Säuglingen unter dem Jahresdurchschnitt liegen.

Weshalb kommt es nun zu diesen saisonalen Unterschieden bei der Säuglingssterblichkeit?

Während *Pfister* eher allgemein einen Zusammenhang mit den in Süddeutschland herrschenden höheren Temperaturen während des Sommers annimmt⁹², sieht *Medick* darin eine Folge der übermäßigen Beanspruchung der Mütter während der Erntezeit⁹³. Das Sterblichkeitshoch im Februar und März führt er auf die harten Klimabedingungen auf der Schwäbischen Alb zurück⁹⁴. Dagegen ist für *Sokoll* und *Gehrmann* eine deutlich erhöhte Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten in der Regel ein sicherer Hinweis auf Nichtstillen oder frühes Abstillen, da üblicherweise der Winter und das Frühjahr die meisten Opfer unter den kleinen Kindern fordern würde⁹⁵.

Bei einer Differenzierung der Todesfälle von Kindern und Jugendlichen ergibt sich bei *Maisch* für verschiedene Zeitabschnitte ein jeweiliges Hoch für die Monate Januar bis Mai, besonders für März und April⁹⁶. Auch für Murrhardt ist fest-

91 *Knodel* (wie Anm. 14), S. 282.

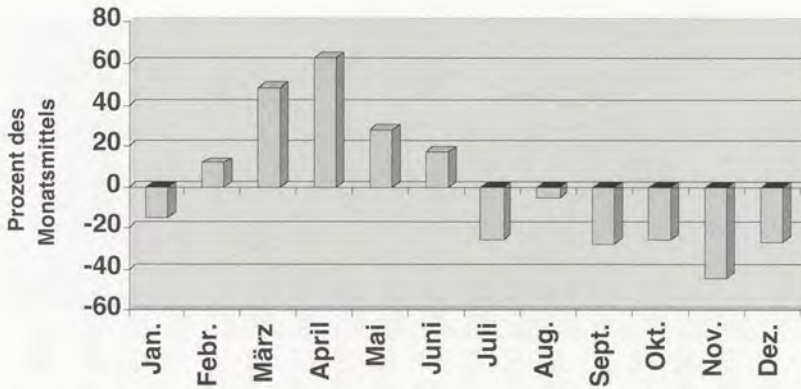
92 *Pfister* (wie Anm. 86), S. 96.

93 *Medick* (wie Anm. 12), S. 369.

94 *Ebd.*, S. 370.

95 *Sokoll/Gehrmann* (wie Anm. 30), S. 169.

96 *Maisch* (wie Anm. 11), S. 64–65.



Grafik 14 Kindersterblichkeit in Murrhardt 1760–1800

zustellen, dass in den Monaten März und April mehr als doppelt so viele Kinder und Jugendliche sterben als beispielsweise in den Monaten der zweiten Jahreshälfte (Grafik 14).

Bezüglich der Saisonalität bei der Erwachsenensterblichkeit gibt es für Württemberg bisher wenig Auswertungen.

Maisch sieht bei Erwachsenen im 18. Jahrhundert eine Abschwächung der jahreszeitlichen Schwankungen der Sterblichkeit mit einem relativen Hoch in den Monaten Januar bis April, insbesondere im Februar. Die wenigsten Todesfälle ereignen sich in den Sommermonaten Juni bis September⁹⁷.

Die Murrhardter Auswertungen stimmen bezüglich der Saisonalität der Erwachsenensterblichkeit weitgehend mit den Ergebnissen aus dem Herrenberger Raum überein. Überdurchschnittlich viele Todesfälle ereignen sich in den Monaten Dezember bis April, wobei der Höhepunkt im Januar und Februar erreicht wird (Grafik 15). Dagegen liegen die Todeszahlen in den Monaten Mai bis November unter dem Jahresdurchschnitt, am wenigsten Erwachsene sterben in den Monaten Mai und August.

Maisch führt das Sterblichkeitshoch zu Anfang des Jahres darauf zurück, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene überwiegend an Krankheiten der Atmungsorgane sterben⁹⁸.

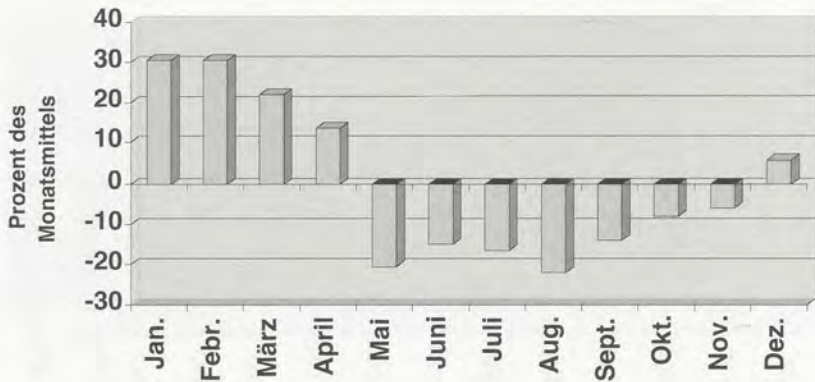
3.e. Lebenserwartung

Für den deutschen Raum liegt mit der Untersuchung, die unter der Leitung von *Imhof* betrieben wurde, ausführliches Datenmaterial zur Lebenserwartung vor⁹⁹. Da sich unter den sechs ländlichen Regionen, die dabei untersucht wur-

97 Ebd., S. 65.

98 Ebd., S. 66.

99 *Imhof* (wie Anm. 5).



Grafik 15 Erwachsenensterblichkeit in Murrhardt 1760–1800

den, auch der Raum um Herrenberg befindet, soll dieser näher betrachtet werden.

Wie bereits erwähnt, hat Herrenberg hierbei die deutlich höchste Sterbewahrscheinlichkeit unter den Säuglingen. Doch schon für das Alter von ein bis 15 Jahren nähert sich die Rate der der anderen untersuchten Regionen an¹⁰⁰, um für das Erwachsenenalter eher unterdurchschnittlich zu werden¹⁰¹.

So ergibt sich für die Menschen des Herrenberger Raums im 18. Jahrhundert eine durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt zwischen 32,1–40,3 Jahren (Grafik 16). Trotz dieser enormen Schwankungen ist hier die Tendenz einer zurückgehenden Lebenserwartung festzustellen, denn während sich die Werte der Zehnjahresdurchschnitte für die Jahre 1700–1750 alle über 36 Jahre belaufen, liegen die Werte 1760–1800 alle darunter¹⁰². Diese sinkende Lebenserwartung während des 18. Jahrhunderts ist auf die bereits erwähnte steigende Säuglingssterblichkeit zurückzuführen.

Die Lebenserwartung für Kinder, die das erste Lebensjahr überlebt haben, beträgt im gleichen Zeitraum zwischen 43,3–49,0 Jahre, für einen 15-jährigen Jugendlichen 56,8–61,5 Jahre¹⁰³.

Die Zahlen, die die Gruppe um *Imhof* für den Herrenberger Raum errechnet hat, werden von *Maisch* bestätigt, der unabhängig davon vier der sechs Orte von *Imhof* untersucht hat: Er kommt zum Ergebnis, dass 20-jährige Männer ein durchschnittliches Sterbealter von 63,1 Jahren haben (die Werte für die einzelnen Zeitabschnitte schwanken zwischen 59,8–65,7 Jahren), 20-jährige Frauen dagegen nur von 61,8 Jahren (54,9–63,2 Jahren)¹⁰⁴.

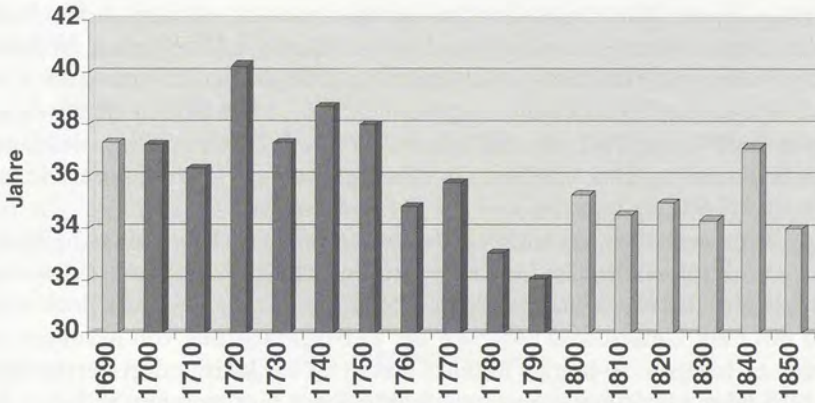
100 Ebd., S.200–201.

101 Ebd., S.203–207.

102 Ebd., S.407.

103 Ebd.

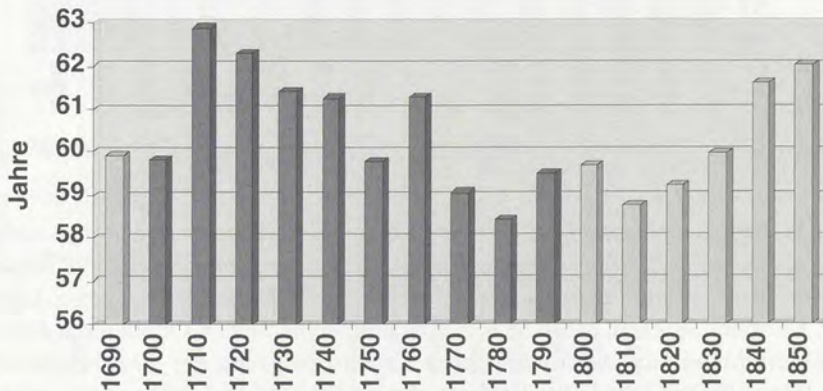
104 *Maisch* (wie Anm.11), S.289.



Grafik 16 Lebenserwartung bei der Geburt im Raum Herrenberg 1690–1859

Demgegenüber kommt *Imhof* für die 20-Jährigen auf eine durchschnittliche Lebenserwartung von 60,6 Jahren (Grafik 17; die Zehnjahresdurchschnitte bewegen sich zwischen 58,4–62,9 Jahren), wobei die Lebenserwartung von 20-jährigen Männern 61,4 Jahre (57,2–62,8 Jahre), die der gleichaltrigen Frauen jedoch nur 59,8 Jahre (56,8–64,6 Jahre) beträgt¹⁰⁵.

Es ist also festzustellen, dass im Gegensatz zu heute die erwachsenen Männer damals durchschnittlich rund 1,6 Jahre länger lebten als die Frauen.

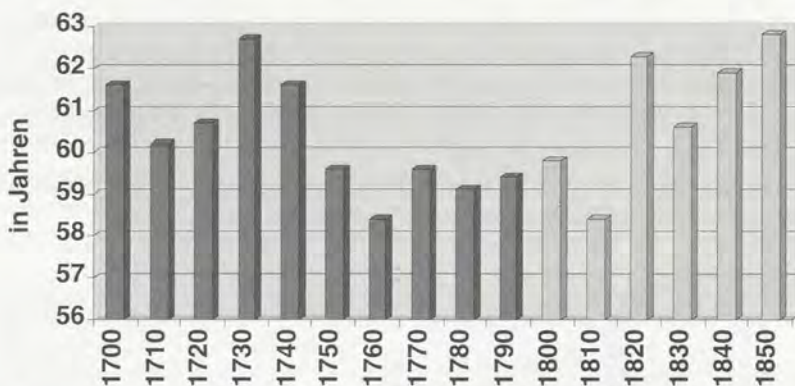


Grafik 17 Lebenserwartung der 20-Jährigen im Raum Herrenberg 1690–1859

105 *Imhof* (wie Anm. 5), S. 405–407.

Etwas geringere Werte bezüglich der Lebenserwartung ermittelt *Adler* für die beiden Schwarzwalddörfer Aach und Schönmünzach. Hier hatten 20-jährige Männer ein durchschnittliches Sterbealter von 58,8 und 58,1 Jahren (die Werte für die einzelnen Zeitabschnitte liegen bei 57,5–61,2 Jahren), die gleichaltrigen Frauen von 54,5 und 56,2 Jahren (53,1–60,1 Jahre)¹⁰⁶. Damit wurden die Männer in Aach durchschnittlich 4,3 Jahre älter als die Frauen, in Schönmünzach immerhin noch 1,9 Jahre.

Vergleichbar sind die Zahlen für Laichingen (Grafik 18). Hier haben die 20-Jährigen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 60,3 Jahren (die Zehnjahresdurchschnitte bewegen sich zwischen 58,4–62,7 Jahren). Hier ist jedoch statistisch fast kein Unterschied zwischen der Lebenserwartung von Männern und Frauen zu belegen. 20-jährige Männer lebten im 18. Jahrhundert durchschnittlich 60,5 Jahre (die Zehnjahresdurchschnitte liegen hier zwischen 58,5–62,1 Jahre), die gleichaltrigen Frauen fast genauso lang, nämlich 60,2 Jahre (57,6–64,7 Jahre)¹⁰⁷.



Grafik 18 Lebenserwartung der 20-Jährigen in Laichingen 1700–1859

Innerhalb Deutschlands liegen diese Werte aus Württemberg über vergleichbaren Zahlen aus Norddeutschland. Hier wurde für den Zeitraum 1775/98 folgende Lebenserwartung der 20-Jährigen errechnet: Ostfriesland 57,1 Jahre, Lippe 57,9, Kurmark 58,2 und Mark 58,8¹⁰⁸. Aus unterschiedlichen Quellen hat *Imhof* für Deutschland eine durchschnittliche Lebenserwartung der 20-Jährigen von 59,4 Jahren für das Jahr 1740 errechnet, die bis 1750 auf 56,5 Jahre sinkt, um sich dann bis zum Ende des 18. Jahrhunderts bei rund 60 Jahren einzupendeln¹⁰⁹. Eine weitere Steigerung findet erst nach 1850 statt.

106 *Adler* (wie Anm. 10), S. 275.

107 *Medick* (wie Anm. 12), S. 651–652.

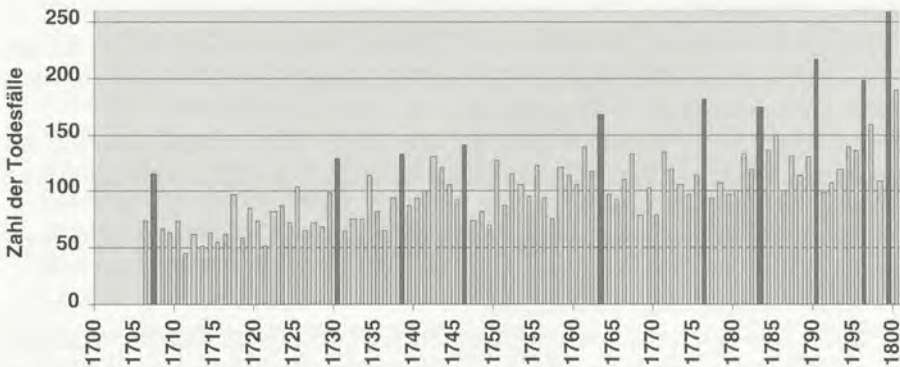
108 *Gehrmann* (wie Anm. 6), S. 140.

109 *Imhof* (wie Anm. 56), S. 411.

Die Veränderung der Lebenserwartung während des 18. Jahrhunderts ging dabei nicht linear vor sich. Am Beispiel von Laichingen (Grafik 18) hat *Medick* nachgewiesen, dass sich die Überlebenschancen aller Altersgruppen im Übergang vom 17. zum 18. Jahrhundert zunächst einmal gravierend verschlechtert haben und in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts die niedrigsten Werte erreichten, bevor sie sich seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts wieder langsam verbesserten¹¹⁰. Auch die Werte aus dem Herrenberger Raum (Grafik 17) belegen, dass die Lebenserwartung der 20-Jährigen während des 18. Jahrhunderts gesunken ist.

3.f. Mortalitätskrisen

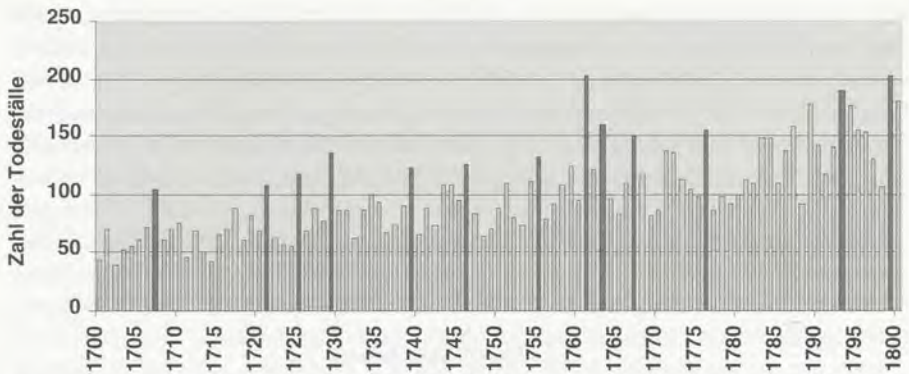
Angesichts einer im Laufe des 18. Jahrhunderts gestiegenen Bevölkerungszahl erhöht sich natürlich auch die Zahl der Todesfälle kontinuierlich. Dies soll am Beispiel der beiden Pfarreien Murrhardt und Backnang vergleichend betrachtet werden. Die Städte Murrhardt und Backnang liegen ca. 10 km voneinander entfernt, wobei die beiden Pfarreien jeweils aus den Städten und umliegenden Dörfern und kleineren Wohnplätzen bestanden. Die Zahlen für Murrhardt sind den dortigen Kirchenbüchern entnommen, für Backnang entstammen die Zahlen den jeweiligen Ortssippenbüchern¹¹¹. Sowohl in Murrhardt als auch in Backnang ist deutlich erkennbar, dass der Anstieg der Todesfälle keineswegs regelmäßig erfolgt, sondern dass es immer wieder Jahre mit deutlich erhöhter Mortalität gibt (Grafiken 19 und 20).



Grafik 19 Todesfälle in Murrhardt 1706–1800

110 *Medick* (wie Anm. 12), S. 377.

111 B. *Oertel*: Ortssippenbuch der württembergischen Kreisstadt Backnang. Bd. 1 für die Kernstadt 1599–1750, Neubiberg 1999 (Württembergische Ortssippenbücher 40), S. 13–14, und *ders.*: Ortssippenbuch der württembergischen Kreisstadt Backnang. Bd. 2 für die Kernstadt 1751–1860, Neubiberg 2001 (Württembergische Ortssippenbücher 41), S. 3.



Grafik 20 Todesfälle in Backnang 1700–1800

Diese Mortalitätskrisen können beispielsweise dadurch definiert werden, dass die Zahl der Toten eines Jahres um 30 % über dem Durchschnitt der fünf Jahre zuvor und danach liegt.

Demnach gab es in Murrhardt im Laufe des 18. Jahrhunderts zehn Mortalitätskrisen (in Klammern die Höhe der überdurchschnittlichen Mortalität): 1707 (80 %), 1730 (58 %), 1738 (38 %), 1746 (42 %), 1763 (51 %), 1776 (64 %), 1783 (46 %), 1790 (76 %), 1796 (36 %), 1799 (71 %).

Im benachbarten Backnang sind im gleichen Zeitraum 13 Krisenjahre festzustellen: 1707 (74 %), 1721 (51 %), 1725 (46 %), 1729 (63 %), 1739 (41 %), 1746 (42 %), 1755 (38 %), 1761 (90 %), 1763 (32 %), 1767 (33 %), 1776 (44 %), 1793 (37 %), 1799 (42 %).

Diese Größenordnung an Krisenjahren scheint in Württemberg typisch für das 18. Jahrhundert gewesen zu sein: Für Laichingen ergeben sich 14 Jahre mit stark erhöhter Sterblichkeit¹¹², für die Stadt Gaildorf sogar 16 Jahre¹¹³.

Beim Vergleich der Schwankungen, die sich bei den Sterbezahlen während des 18. Jahrhunderts ergeben, fallen zwischen Murrhardt und Backnang zahlreiche Übereinstimmungen auf (Grafik 21).

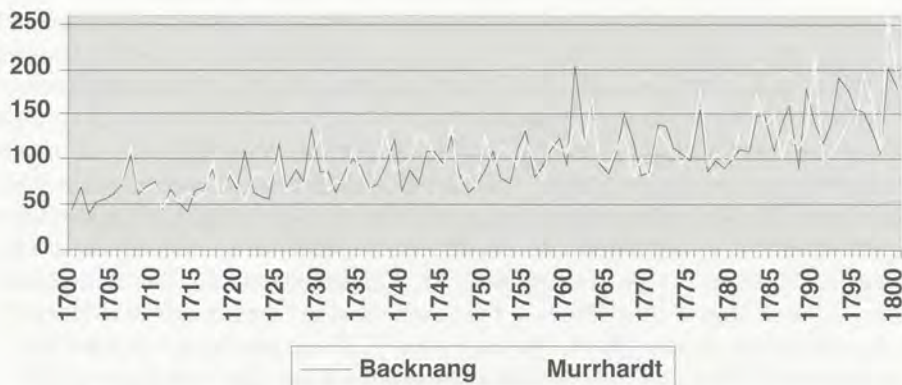
In der historisch-demographischen Forschung hat sich die Einteilung von Mortalitätskrisen in drei Typen durchgesetzt:

1. Kriegsbedingte Mortalitätskrisen

Diese beinhalten nicht nur die unmittelbaren Opfer durch Kampfhandlungen und Plünderungen. Hierzu gehören auch die Bevölkerungsverluste, die durch von Soldaten eingeschleppte Seuchen entstehen oder durch die Lebensmittelverknappung wegen der Versorgung der Truppen.

112 Medick (wie Anm. 12), S. 623–626.

113 B. Oerel: Familienbuch der Oberamtsstadt Gaildorf in Württemberg, 1610–1870, Neubiberg 1981 (Württembergische Ortssippenbücher 4), S. 12–13.



Grafik 21 Todesfälle in Murrhardt und Backnang 1700–1800 im Vergleich

Bezüglich Württemberg ist hier als Extremfall an die Auswirkungen des Dreißigjährigen Kriegs zu denken, aber ebenfalls an die Franzoseninvasionen infolge des Pfälzischen Erbfolgekriegs 1688–1697 und des Spanischen Erbfolgekriegs 1701–1714. Die anderen Kriege des 18. Jahrhunderts, insbesondere der Siebenjährige Krieg (1756–1763) ließen das Land unberührt, so dass kriegsbedingte Mortalitätskrisen seit dem 18. Jahrhundert keine besondere Rolle mehr spielen.

2. Subsistenzkrisen

Jahre mit stark erhöhter Sterblichkeit aufgrund schlechter Ernährungslagen waren im Mittelalter und in der frühen Neuzeit keine Seltenheit. Jedoch gehen die beispielsweise durch wiederholte Ernteaufschläge ausgelösten Krisen im 18. Jahrhundert zurück, was in erster Linie auf die Ausdehnung des Getreidehandels zurückzuführen ist¹¹⁴.

Während die letzte Krise dieses Typs in Frankreich und in England in den Jahren um 1740 auftrat, war dies in Deutschland erst 1771/72 der Fall¹¹⁵.

3. Epidemische Mortalitätskrisen

Bei näherer Untersuchung der hohen Fluktuation, die sich bei der Anzahl der jährlichen Sterbefälle ergibt, wird man in früheren Jahrhunderten immer wieder auf epidemiebildende Infektionskrankheiten stoßen, die einen großen Teil der Todesfälle verursacht haben. Als erstes ist dabei sicher an die Pest zu denken, die im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit immer wieder in Deutschland wütete. Letztmals tritt sie im deutschsprachigen Raum in Schleswig-Holstein 1708–1712 und in Wien 1716 auf¹¹⁶. Wenn auch nicht ganz so verheerend, so gab es doch auch im 18. Jahrhundert genügend Infektions-

114 Sokoll/Gehrmann (wie Anm.30), S.191.

115 Ebd.

116 Ebd., S.192.

krankheiten, die zu Mortalitätskrisen führen konnten. Für Württemberg sind hier insbesondere die Pocken zu nennen, an denen z.B. in den Jahren 1782–1801 jährlich zwischen 8,6–16,4 % der Bevölkerung von Stuttgart starben¹¹⁷, ebenso Ruhr und Typhus.

Es ist jedoch in vielen Fällen nicht eindeutig möglich, Krisenzeiten einem bestimmten Krisentyp zuzuordnen, denn keiner dieser drei Krisentypen steht isoliert für sich. Sie können sich überlagern oder ineinander übergehen, da beispielsweise Kriege oder Missernten auch Seuchen nach sich ziehen können.

Michael W. Flinn hat die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert dadurch charakterisiert, dass sie durch einen Prozess gekennzeichnet sei, den er mit dem Begriff „Stabilisierung der Mortalität“ bezeichnet hat¹¹⁸. Damit bezeichnet er den Übergang von stark fluktuierenden Sterberaten hin zu einer gleichmäßigeren zeitlichen Verteilung der Sterbefälle. Dadurch müsste es statistisch gesehen zu weniger Mortalitätskrisen kommen.

Inwiefern war dies in Württemberg der Fall?

Im 17. Jahrhundert war die Bevölkerungsentwicklung Württembergs durch verschiedene einschneidende Ereignisse geprägt. Neben mehreren Pestwellen handelt es sich dabei vor allem um Auswirkungen des Dreißigjährigen Kriegs. Demographisches Zahlenmaterial liegt für den Zeitraum des gesamten Jahrhunderts leider kaum vor. Untersuchungen darüber werden durch die schlechte Quellenlage erschwert, da für zahlreiche Orte die überlieferten Kirchenbücher erst im Lauf des 17. Jahrhunderts beginnen.

So gibt es zwar keine Zahlen über die Anzahl der Krisenjahre, aber über ihr Ausmaß. Backnang hatte im Kriegsjahr 1693 eine Sterblichkeit, die 250 % über dem Durchschnitt der fünf Jahre zuvor und danach liegt, im Pestjahr 1666 sogar 573 % darüber. Solche Werte wurden im 18. Jahrhundert nicht mehr annähernd erreicht. Jedoch scheint die Anzahl der Krisenjahre während des 18. Jahrhunderts nicht zurückgegangen zu sein. Es ist eher von einer Zunahme auszugehen. Dies wird am Beispiel von Laichingen deutlich: In der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts gab es dort drei Krisenjahre, in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts sechs und in der zweiten Hälfte acht Krisenjahre. Dagegen gab es im 19. Jahrhundert kein einziges Jahr mehr, in dem die Sterblichkeit mehr als 30 % über dem Durchschnitt lag¹¹⁹. Ähnlich ist die Entwicklung in Murrhardt. Dort gab es in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts vier Mortalitätskrisen, während es in der zweiten Hälfte sechs waren, davon allein drei im letzten Jahrzehnt.

Es ist daher eher abzulehnen, für Württemberg bereits im 18. Jahrhundert eine „Stabilisierung der Mortalität“ zu sehen. Bei den jährlichen Schwankungen feh-

117 Livi Bacci (wie Anm.25), S.117.

118 M.W. Flinn: The stabilisation of mortality in pre-industrial Western Europe, in: The journal of European economic history 3 (1974), S.285–318.

119 Medick (wie Anm.12), S.627.

len zwar die extremen Werte früherer Jahrhunderte, die Häufigkeit von Krisenjahren scheint aber eher zuzunehmen.

Verschieden war die Entwicklung in anderen Regionen. In Frankreich blieb die Häufigkeit von Mortalitätskrisen während des 18. Jahrhunderts ziemlich gleich und nahm erst nach der Jahrhundertwende ab¹²⁰. Datenreihen über die Sterblichkeit in England legen dagegen den Schluss nahe, dass dort der Prozess der Stabilisierung der Mortalität bereits im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts zum Abschluss gekommen ist¹²¹. Die letzten schweren Mortalitätskrisen erlebte England bereits in den Jahren 1727–1730 und 1741/42¹²².

4. Zusammenfassung

Die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert zeichnet sich durch Werte aus, die weit über denen der heutigen Zeit liegen. Dabei gab es große regionale Unterschiede. Relativ niedrige durchschnittliche Sterberaten in England (24–28‰) stehen höheren Werten in Norddeutschland (30–37‰) und Frankreich (30–40‰) gegenüber. Eher noch etwas höher liegen die Sterberaten in Württemberg, vor allem für das Gebiet der Schwäbischen Alb, wo in Laichingen Zehnjahresdurchschnitte zwischen 33–51‰ erreicht wurden.

Rund ein Drittel aller Todesfälle betraf Kinder, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Auch die Höhe dieser Säuglingssterblichkeit war je nach Region sehr unterschiedlich. Während sie in Deutschland durchschnittlich zwischen 16–20 % lag, sind für württembergische Orte meistens höhere Werte nachgewiesen, die z. T. weit über 30 % liegen.

Die unterschiedliche Höhe der Säuglingssterblichkeit scheint nur bedingt mit der konfessionellen Verteilung in Deutschland zusammenzuhängen, obwohl es auch in Württemberg Hinweise dafür gibt, dass die Werte bei der katholischen Bevölkerung höher liegen als bei der evangelischen Bevölkerung.

Vielmehr scheinen zu kurze Stillphasen und die unzureichende Pflege der Neugeborenen für die überdurchschnittliche Höhe der Säuglingssterblichkeit verantwortlich zu sein.

Die Todesfälle verteilen sich nicht gleichmäßig über das Jahr, sondern es sind je nach Altersgruppe jahreszeitliche Unterschiede festzustellen. Überdurchschnittlich viele Säuglinge sterben im Spätsommer, dies könnte damit zusammenhängen, dass die Arbeitsbelastung der Frauen während der Erntezeit zur Vernachlässigung der Kleinkinder und zu einem früheren Abstillen führt. Bei Erwachsenen ist dagegen eine überdurchschnittliche Sterblichkeit zu Anfang

120 Vallin (wie Anm. 32), S. 40, 42.

121 Sokoll/Gehrmann (wie Anm. 30), S. 193–194.

122 Wrigley/Schofield (wie Anm. 3), S. 333.

des Jahres nachweisbar, was mit Krankheiten der Atmungsorgane zusammenhängen könnte.

Während es in England und Frankreich ab etwa 1790 zu einer deutlichen Senkung der Sterblichkeit kommt und dies etwa ab 1800 auch für Norddeutschland nachgewiesen werden kann, sieht die Entwicklung in Württemberg anders aus. Hier scheint die Säuglingssterblichkeit in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts gegenüber der ersten Jahrhunderthälfte gestiegen zu sein, gleichzeitig nimmt die Lebenserwartung bei den Erwachsenen ab. Die sinkende Überlebenschance der Neugeborenen könnte daran liegen, dass das ohnehin schon schwach ausgeprägte Stillverhalten weiter abgenommen hat. Warum auch die Lebenserwartung der Erwachsenen zurückgegangen ist, lässt sich aus den vorliegenden Untersuchungen nicht schlüssig beantworten.

Obwohl es während Krisenzeiten in Württemberg nicht mehr zu so stark überhöhten Sterberaten wie im 17. Jahrhundert kommt, erstrecken sich Mortalitätskrisen weiter über das ganze 18. Jahrhundert, z.T. nehmen sie sogar in der zweiten Jahrhunderthälfte zu. Daher kann für Württemberg in der Zeit bis 1800 nicht von einer „Stabilisierung der Mortalität“ gesprochen werden. Aus demographischer Sicht entsprach die Sterblichkeit noch völlig der alten Bevölkerungsweise.