

1. Einleitung

1.1. Die Säuglingssterblichkeit als multikausales Problem

Der Liebe Leben ist schnell vollbracht,
 Es keimet, es reift in einer Nacht;
 Frühmorgens erwacht,
 Noch eh du's gedacht,
 Hüpfte Kindlein frisch
 Durch Blütengebüsch,
 Und regt die Glieder
 Mit Macht, mit Macht.
 Kommts Abendroth,
 Ists Kindlein todt,
 Es legt sich nieder,
 Ersteht nicht wieder,
 Ist nimmer erwacht,
 Gute Nacht, gute Nacht!
 Dein Lauf ist vollbracht,
 Dein Grab ist gemacht,
 Gute Nacht, gute Nacht!

Bereits als Jugendlicher machte der spätromantische Lyriker Friedrich Rückert (1788-1866) die Realität des häufigen Kindertodes seiner Zeit zum Thema von Gedichten. Das obengenannte Gedicht entstand in den Jahren zwischen 1807 und 1810. Verglichen mit den berühmten "Kindertodtenliedern", die er fünfundzwanzig Jahre später verfaßte, klingt es noch vergleichsweise distanziert, fast sachlich. Um die Jahreswende 1833/34 starben Rückerts drei und fünf Jahre alten Kinder Luise und Ernst. "Messerchen" und "Gäbelchen", wie der Vater die Kinder zärtlich nannte, starben innerhalb von zwei Wochen an Scharlach. Der Vater versuchte schreibend seiner Untröstlichkeit Herr zu werden, indem er zwischen Januar und Frühsommer 1834 fast fünfhundert "Kindertodtenlieder" zu Papier brachte¹. In diesen Gedichten ist an die Stelle der Distanz tiefe Betroffenheit getreten:

Ihr nicht seid mir gestorben allein,
 Es ist gestorben der Freudenschein,
 Der mir die Welt umwoben,
 Es ist gestorben der blendende Tag,
 Der auf den Tiefen des Todes lag,
 Die Decke hat sich gehoben,
 Der Flitterglanz ist zerstoßen.

Nun seh' ich Betrübte fern und nah,
 Wo ich sonst lauter Glückliche sah,
 Die's waren oder mir schienen;
 Ich sah sie so genau an nicht,

¹ F. Rückert, Kindertodtenlieder. Mit einer Einleitung neu hrsg. von H. Wollschläger. Frankfurt/Main und Leipzig 1993, 45. Das Jugendgedicht aus den Jahren 1807-1810 hat der Germanist H. Wollschläger seiner 1993 erschienen Neuauflage der "Kindertodtenlieder" als eine Art Introitus vorangestellt.

Nun blick' ich schärfer in jedes Gesicht,
 Und les' in allen Mienen,
 Daß etwas starb auch ihnen².

Bei jenem "etwas", dessen oder deren häufiger Tod in vielen Familien zur Alltagserfahrung gehörte, handelte es sich in besonders großer Zahl um Säuglinge, d.h. um Kinder im ersten Lebensjahr. In Süddeutschland, wo Rückert die längste Zeit lebte, starb zu seinen Lebzeiten im Durchschnitt ein volles Drittel der lebendgeborenen Kinder im ersten Lebensjahr, in manchen Gegenden fast die Hälfte³. Diese Tatsache veranlaßte einen unbekanntes Zeitgenossen 1868, einen "Mahnruf an das Volk" in Druck zu geben⁴. Im Gegensatz zu Rückert, der das Walten eines unberechenbaren Schicksales für den Tod seiner Kinder verantwortlich machte, prangerte der mahnende Rufer im Zusammenhang mit dem vielfachen Säuglingstod menschliches Versagen an:

"Die große Sterblichkeit der Kinder [gemeint sind Säuglinge, I.E.K.] ist nicht eine Naturnotwendigkeit, sondern die Hauptschuld liegt in den Handlungen und Unterlassungen der Menschen, d.h. in der verkehrten Behandlung der Kinder, in thörichten Gewohnheiten, Vorurtheilen und Aberglauben, in Mangel an Einsicht und Opferwilligkeit, kurz in dem Mangel einer verständigen, sorgfältigen und gewissenhaften Pflege"⁵.

Die Aussage impliziert die Einsicht, daß Säuglingssterblichkeit sozial determiniert sei, auch wenn diese Überzeugung - vermutlich aus gesellschaftlichen Rücksichten - nicht in sozialpolitische Kritik mündete. Die Adressaten des Mahnrufes waren denn auch die Mütter und nicht die staatlichen Entscheidungsträger. Erstere wurden aufgefordert, ihre Säuglinge zweckmäßig zu ernähren, sie vorzugsweise lange und ausdauernd zu stillen, sie warm und reinlich zu halten, sie weder zu verwöhnen noch zu vernachlässigen, und im Krankheitsfall einen Arzt zu rufen. Der Mahnruf richtete sich an alle Frauen in allen Bevölkerungsschichten. Schichtenspezifische Normen und Umweltbedingungen berücksichtigte er ebensowenig wie Bildungs- und Besitzunterschiede. In seiner emotional besetzten Wortwahl ist der Text ein gutes Beispiel für die persönliche Anteilnahme, mit der viele Autoren das Thema Säuglingssterblichkeit seit der Mitte des 19. Jahrhunderts diskutierten. Dabei wurde der Einfluß sozialer und ökonomischer Faktoren auf die Lebenserwartung der Neugeborenen in der Regel durchaus nicht ausgespart⁶. Dies gilt auch für die zeitgleiche Abhandlung des Münchener Medizinalstatistikers K. Majer über die Säuglingssterblichkeit in Bayern, in der die Ernährungs- und Pflegepraktiken von Müttern mit den spezifischen Lebensumständen der Frauen in Verbindung gebracht wurden:

"Nun liegt aber diese Pflege der Neugeborenen, von welcher das Leben derselben abhängt, ganz allein in den Händen der Mutter. Diese aber kann ihre Pflichten nur nach dem Grade ihres eigenen leiblichen und sittlichen Wohlbefindens erfüllen;... Es wird daher die Kindersterblichkeit [gemeint ist die Säuglingssterblichkeit, I.E.K.] mit der Lage des weiblichen Geschlechtes der Bevölkerung immer im innigsten Zusammenhange stehen"⁷.

Der Medizinalrat L. Pfeiffer aus Weimar ging noch einen Schritt weiter und schrieb der Säuglingssterblichkeit bereits im 19. Jahrhundert einen Indikatorwert für den sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Entwicklungsstand einer Gesellschaft zu:

² Ebda., 305. Von den fünf Strophen des Gedichts sind nur die ersten beiden wiedergegeben.

³ Vgl. F. Prinzing, "Die Entwicklung der Kindersterblichkeit..." (1899), 597-609.

⁴ N.N., Die Kindersterblichkeit in Württemberg... (1868).

⁵ Ebda., 4.

⁶ Vgl.u.a. K. Seutemann, Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsgruppen,... (1894).

⁷ K. Majer, "Die Sterblichkeit der Kinder während des ersten Lebensjahres in Bayern" (1871), 154.

"Ebenso lassen sich zahlreiche Belege vorführen für die Behauptung, dass das Wohlbefinden, der Culturstand, standard of life und allgemeine Prosperität, dass Krieg und Frieden, Handelskrisen und d.m. sich abspiegeln in dem Schicksal der Säuglinge und dass das Wohl und Wehe dieser nachkommenden Generation der empfindlichste Maassstab ist für den zeitigen Gesundheitszustand des socialen Volkslebens"⁸.

Diese Beobachtung besitzt bis heute so uneingeschränkt Gültigkeit, daß Daten zur Säuglingssterblichkeit⁹ als grundlegende Kennzahlen im jährlich erscheinenden World Development Report der World Bank veröffentlicht werden. Im Weltentwicklungsbericht 1996¹⁰ belegen IM-Durchschnittswerte von über 100 p.m. in zahlreichen afrikanischen Staaten und über 50 p.m. in vielen asiatischen und südamerikanischen Staaten, daß die Säuglingssterblichkeit nicht etwa nur ein historisches Problem ist, sondern eines der schwerwiegenden, bislang noch nicht befriedigend gelösten Probleme unserer Zeit.

Es ist das gemeinsame Ziel von Entwicklungs- und Schwellenländern sowie Industrienationen, die Säuglingssterblichkeit entweder zu senken oder auf niedrigem Niveau zu stabilisieren. Die Gründe für diese Politik sind sowohl humanitärer als auch politischer und ökonomischer Art. Große Anstrengungen werden unternommen, die Bevölkerung über hygienische und familienplanerische Methoden aufzuklären sowie das Gesundheits- und Bildungssystem zu verbessern. Zunehmend wird dabei erkannt, daß die Säuglingssterblichkeit nicht in erster Linie ein medizinisches Problem darstellt, das bereits durch eine bessere ärztliche Versorgung gelöst werden könnte. Vielmehr deutet die Vielzahl der Einflußfaktoren darauf hin, daß die Höhe der Säuglingssterblichkeit von einem komplexen Paket multifaktorieller Ursachen abhängig ist¹¹.

Tatsächlich war und ist die Höhe der Säuglingssterblichkeit in einer menschlichen Gemeinschaft weder in der Vergangenheit noch heute ein singular zu betrachtendes Phänomen. Sie ist ganz im Gegenteil das Ergebnis einer ineinandergreifenden Verkettung von Ursachen, die alle Bereiche der kindlichen Lebensumwelt berührt. Ob Neugeborene ihr erstes Lebensjahr überlebten oder während desselben verstarben, hing im 18. und 19. Jahrhundert - und hängt auch heute noch - von einander bedingenden Einflußgrößen ab.

Für das Dissertationsprojekt wurden deshalb historisch-demographische Konzepte zum Vorbild genommen, die bereits vom Ansatz her auf plurikausale Erklärungen von Mortalitätsentwicklungen verweisen.

⁸ L. Pfeiffer, "Die proletarische und die criminelle Säuglingssterblichkeit"... (1882), 2.

⁹ Unter Säuglingssterblichkeit (bzw. IM für infant mortality) wird die Anzahl der Sterbefälle zwischen null und einem Jahr berechnet auf 1000 Geburten verstanden. Zur Säuglingssterblichkeit inklusive bzw. exklusive Totgeburten, zur Quellengrundlage und zu den Mortalitätsberechnungen vgl. Kap.2.

¹⁰ Weltbank/Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung: Weltentwicklungsbericht 1996. Bonn 1996, 232-233. Englischsprachige Originalfassung: World Bank/World Development Report 1996. New York 1996.

¹¹ Zu den Faktoren, die gegenwärtig im Mittelpunkt des Interesses stehen, gehören soziale Sterblichkeitsunterschiede nach Volksgruppen (vgl. z.B. P.H. Wise/D.M. Pursley, "Infant mortality as a social mirror", in: The New England Journal of Medicine 326, 23/1992, 1558-1560), der Zusammenhang zwischen Bildung der Mutter, Fertilität und Kindersterblichkeit (vgl. z.B. den Forum-Beitrag von A.M. Basu, "Maternal education, fertility and child mortality: disentangling verbal relationships", in: Health Transition Review 4, 2/1994, 207-215), der Faktor Illegitimität (vgl. z.B. D. Lester, "Infant mortality and illegitimacy", in: Social Science and Medicine 35, 5/1992, 739-740) sowie sozial- und gesundheitspolitische Ungleichheiten (vgl. z.B. die unveröffentlichten Beiträge von A. Norvez/C. Rollet, "Politiques sociales, inégalités et santé de la petite enfance" und G. Masuy-Stroobant, "Santé et mortalité infantile en Europe" zur Konferenz CHAIRE QUETELET' 94: "Santé et mortalité des enfants en Europe. Inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui" in Louvain-la-Neuve, 12.-14. September 1994).

Mit A.E. Imhofs Entwurf, der sich explizit auf die Säuglingssterblichkeit bezieht, hat sich diese Arbeit in besonderer Weise auseinandergesetzt. Sein Modell der "Zirkular-Kausation"¹² verdeutlicht sinnfällig die "vielfältigen Gründe, die in Europa seit dem 18. Jahrhundert zu einer massiven Reduzierung der Sterblichkeit und einer entsprechenden Zunahme der Lebenserwartung führten"¹³. Bezeichnenderweise greifen die einzelnen Glieder von Imhofs Ursachenkette ineinander; sie bedingen und beeinflussen sich, ohne daß der Einfluß eines Kettengliedes zunächst stärker herausgestellt würde als der eines anderen. Allerdings hat Imhof angesichts des Rückgangs der Säuglingssterblichkeit in Europa im 20. Jahrhundert trotz der von ihm selbst betonten Verzahnung aller Komponenten nach dem einen Bereich geforscht, dessen Wandel auch einen Wandel in allen anderen Bereichen ausgelöst haben könnte. "Bruchstelle" ist Imhof zufolge das Kettenglied "Eduktion", womit insbesondere die Hebung der weiblichen Bildung/Lesekenntnisse gemeint ist. Als Belege für seine Überzeugung führt Imhof u.a. aktuelle Erkenntnisse aus der Dritten und Vierten Welt an¹⁴.

Insgesamt sind es 21 Indikatorenkomplexe, die es, nach Meinung Imhofs, bei der Analyse des Mortalitätsgeschehens zu berücksichtigen gilt: Ernährung, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Krankheiten, Gesundheitswesen, öffentliche Hygiene, private Hygiene, Geburtenkontrolle, soziale Netzwerke, wissenschaftliche Entwicklung, Schulwesen, Ausbildung/Beruf, Wirtschaft, Transporte, Dienste, Technologie, Wissen, Informationen, Kultur und Sicherheit. Das ist ein Katalog, der den optimalen Umfang jedes Analysevorhabens umschreibt, der den Historiker-Demographen aber vor noch größere Probleme stellt als den Bevölkerungswissenschaftler der Gegenwart. Letzterem stehen nämlich gut aufbereitete und laufend aktualisierte Daten von bevölkerungswissenschaftlichen Instituten bzw. statistischen Ämtern zur Verfügung. Der Historiker hat das mehrdimensionale Kausationsgerüst in der Rückschau mit Leben zu füllen. Er ist zunächst einmal darauf angewiesen, auf der Grundlage von geeigneten Quellen zu zuverlässigen Mortalitätsdaten historischer Populationen zu kommen. Erst dann kann er nach dem Grad des Einflusses der genannten Faktoren forschen und dieselben, wenn möglich, gewichten.

Genau hier liegt aber die Schwierigkeit. Bekanntermaßen bedeutet es nämlich bereits einen immensen Arbeitsaufwand, aus den wichtigsten bevölkerungsgeschichtlichen Quellen des 18. und frühen 19. Jahrhunderts, den Kirchenbüchern, mit Hilfe computergestützter Erhebungstechniken vitalstatistische Angaben zu gewinnen. Weiteres Know-how ist vonnöten, um die personenbezogenen Informationen zu Geburt, Heirat und Tod auf der Grundlage der sogenannten Familienrekonstitutionsmethode¹⁵ weiter zu bearbeiten. Um anschließend geeignete Fragen an das fast immer in Datenbanken verwaltete Material stellen zu können, sind Anwenderkenntnisse von Statistik-Software unabdingbar. Wegen der doppelten Komplexität von zweckmäßigen Datenerhebungstechniken und zu untersuchenden Kausalfaktoren hat sich die auf vorstatistischem Material basierende Forschung von Beginn an auf mikroregionale Analysen konzentriert¹⁶. Wie bei der bis heute vorbildlichen Pionierarbeit des Franzosen L. Henry zur Bevölkerungsentwicklung des normannischen Dorfes Crulai¹⁷,

¹² Siehe A.E. Imhof, Die Zunahme unserer Lebensspanne... (1996), 72, Abb.15. Imhofs Modell der Zirkular-Kausation wird in App.A.1.a. zitiert.

¹³ Ebda., 71.

¹⁴ Vgl. zu diesem Komplex das Kapitel "Ist 'jetzt bei uns' = gestern, heute, morgen anderswo" in: A.E. Imhof, Die Lebenszeit... (1988), 228-288 und, auf die Gegenwart bezogen, den Beitrag von P. Sandiford/J. Cassel/M. Montenegro/G. Sanchez, "The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to health services", in: Population Studies 49, 1/1995, 5-17.

¹⁵ Mit Hilfe der von Louis Henry (Techniques d'analyse en démographie historique. Paris 1980) im Detail beschriebenen Methode, werden auf der Grundlage von Kirchenbucheinträgen, die sich zunächst auf einzelne Personen beziehen, die Familien einer bestimmten Gemeinde über einen gewissen Zeitraum rekonstruiert. Näheres in Kap.2.

¹⁶ Zur Entwicklung der Historischen Demographie vgl. A.E. Imhof, Einführung... (1977), 12-35.

¹⁷ E. Gautier und L. Henry, La population de Crulai paroisse normande. Etude historique (= Institut National d'Etudes Démographiques, Travaux et Documents, 33), Paris 1958. Wie bereits in Anm. 15 er-

stehen im Zentrum historisch-demographischer Abhandlungen ausgewählte städtische oder ländliche Pfarreien¹⁸. In solchen "Parochialstudien" wird die Säuglingssterblichkeit in aller Regel als isolierter Aspekt detaillierter demographischer Analysen zur generativen Struktur¹⁹ einer Population erforscht. Parochialstudien, die nicht bei der einfachen Darlegung demographischer Sachverhalte stehenbleiben wollen, stellen Verbindungslinien zu ökonomischen, sozialen, mentalitätsgeschichtlichen und gegebenenfalls anderen Bereichen der allgemeinen bzw. lokalen Geschichte her. In den siebziger und achtziger Jahren erschienen z.B. die auf deutsche Mikroregionen bezogenen Untersuchungen von A.E. Imhof²⁰, W.R. Lee²¹, R. Gehrman²² und J.E. Knodel²³. In den letzten fünfzehn Jahren hat sich der Trend zur Mikro-Historie verstärkt²⁴. War es das Anliegen der ersten Generation französischer und, in deren Tradition stehend, deutscher Historiker-Demographen, Parochialstudien zu verfassen, die zugleich Sozialgeschichten waren, so ist es heute das Anliegen einer wachsenden Zahl von Sozialhistorikern, Mikro-Historien zu schreiben, die vom Anspruch her "Detailgeschichten des Ganzen" sind. So soll durch die Konzentration auf ein begrenztes Beobachtungsfeld (z.B. ein Dorf, eine soziale Gruppe) eine "qualitative Erweiterung der historischen Erkenntnismöglichkeiten" erreicht werden²⁵.

Säuglingssterbeziffern für die sogenannte "vorstatistische Epoche"²⁶ finden sich sowohl in Parochialstudien als auch in Mikro-Historien, aber auch in Untersuchungen (meist Dissertationen) von Medizinhistorikern oder Humanmediziner²⁷. Unabhängig von den Vorzeichen, unter denen die Forschungsarbeiten entstanden, unterscheiden sich die jeweils ermittelten IM-Werte hinsichtlich der Repräsentativität der Datensätze für die Untersuchungsgebiete,

wähnt, rekonstruierte Henry die Familien auf der Basis der Familienrekonstitutionsmethode. Goubert dagegen, wandte die aggregative Methode (einfache Auszählung) an: P. Goubert, *Beauvais et le Beauvaisis de 1600 à 1730. Contribution à l'histoire sociale de la France du XVIIe siècle*, 2 Bde., Paris 1960. An Pionierarbeiten zu deutschen Kommunen sei eine aus der Zeit vor und eine aus der Zeit nach den beiden Weltkriegen erwähnt: O.K. Roller, *Die Einwohnerschaft der Stadt Durlach im 18. Jahrhundert in ihren wirtschaftlichen und kulturgeschichtlichen Verhältnissen dargestellt aus ihren Stammtafeln*. Im Auftrage des Großherzoglich Badischen Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts. Karlsruhe 1907 und A.E. Imhof (Hrsg.), *Historische Demographie als Sozialgeschichte. Gießen und Umgebung...* (1975).

¹⁸ 1994 und 1996 erschienen in Deutschland die breit angelegten Mikrohistorien von J. Schlumbohm zum niedersächsischen Kirchspiel Belm: *Lebensläufe, Familien, Höfe...* (1994) und von H. Medick zur Kleinstadt Laichingen auf der schwäbischen Alb: *Weben und Überleben...* (1996).

¹⁹ In dem Begriff der "generativen Struktur" bzw. des generativen Verhaltens werden Fertilität und Mortalität als die zentralen Komponenten des Bevölkerungsprozesses zusammengefaßt. Vgl. P. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands...* (1984), 16.

²⁰ A.E. Imhof, *Historische Demographie als Sozialgeschichte. Gießen und Umgebung...*(1975).

²¹ W.R. Lee, *Population growth, economic development and social change in Bavaria...* (1977).

²² R. Gehrman, *Leezen...* (1984).

²³ J.E. Knodel, *Demographic behavior in the past. A study of fourteen German village populations...* (1988).

²⁴ Bei der "Mikro-Historie" handelt es sich um eine Richtung historischen Forschens und Arbeitens, die sich aus den Mikro-Dimensionen und der Kleinheit ihrer Gegenstände definiert. Vgl. dazu das Diskussionsbändchen von W. Schulze (Hrsg.), *Sozialgeschichte, Alltagsgeschichte, Mikro-Historie*. Göttingen 1994.

²⁵ H. Medick hat diese Position unlängst am deutlichsten vertreten (H. Medick, "Mikro-Historie", in: *Ebda.*, 44f.).

²⁶ Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts wurden in einigen deutschen Territorien erste Volkszählungen durchgeführt, doch erst mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts brach in Westeuropa das "statistische Zeitalter" an. Erst um ca. 1850 wurde die regelmäßige Durchführung von Volkszählungen in allen Gebieten des späteren Deutschen Reiches üblich. Den Begriff "vorstatistische Epoche" verwendet W.G. Rödel in "Die demographische Entwicklung in Deutschland..." (1989), 23.

²⁷ Am Fachbereich Humanmedizin der Universität Giessen legte L. Krucker die Dissertation mit dem Titel: *Säuglings- und Kindersterblichkeit in einer osthessischen Gemeinde im 18. und 19. Jahrhundert...* (1993) vor. Aus der Abteilung "Medizinische Genetik" der Universität Ulm (Leiter: W. Vogel) entstand die Dissertation von G. Sponholz: *Die Säuglingssterblichkeit in zwei ländlichen Gemeinden...* (1995). Ch.-M. Engst promovierte an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig zum Thema: *Säuglings- und Kindersterblichkeit in den Dörfern Schmerzke, Butzow und Marzahne des Domstifts Brandenburg...* (1995).

hinsichtlich der Zuverlässigkeit der ausgewählten Quellen und hinsichtlich der Methode, mit der die Ziffern ermittelt wurden. Besonders gravierend sind jedoch die Differenzen im interpretatorischen Ansatz.

Ärztliche bzw. medizinisch orientierte Untersuchungen legen den Erkenntnissschwerpunkt gerne auf die krankheitsspezifischen Ursachen der Säuglingssterblichkeit²⁸. Die Autoren wählen die Quellen, auf denen ihre Arbeiten basieren, vorrangig nach der Häufigkeit aus, mit der Todesursachen in ihnen vermerkt sind. Da entsprechende Eintragungen in den Kirchenbüchern des 18. und frühen 19. Jahrhunderts vergleichsweise spärlich sind, liegen den Studien selten repräsentative Datenmengen für ganze Untersuchungsgebiete zugrunde. Methodisch dominiert die sogenannte "aggregative" Methode, d.h. die einfache Auszählung²⁹. Thematisch wird gelegentlich noch immer der zweifelhafte Versuch unternommen, Symptombeschreibungen wie "Krämpfe" oder "Jammer" spezifische Krankheitsbilder nach modernem Verständnis zuzuordnen bzw. von der Häufigkeit bestimmter Todesursachen-Nennungen auf den genauen Prozentanteil epidemischer Infektionskrankheiten zu schließen³⁰.

Parochialstudien basieren in der Regel auf der Familienrekonstitutionsmethode. Was die Analyse der Säuglingssterblichkeit betrifft, so beschränken sie sich häufig auf die Überprüfung sogenannter "harter Fakten", d.h. auf Einflußgrößen, die, ebenso wie die demographische Determinante Säuglingssterblichkeit selbst, direkt aus den kodifizierten und datentechnisch aufbereiteten Informationen der kirchlichen Register zu gewinnen sind. Solche Faktoren sind z.B. das Geschlecht und Alter der Säuglinge, der Rechtsstand der Säuglinge (legitim oder illegitim), die elterliche Fertilität, die Familiengröße, der Geburtsrang, das Alter der Mutter, die saisonale Verteilung der Geburten und Sterbefälle, der Beruf des Vaters, der Tod bzw. die Wiederverheiratung eines Elternteiles. Je deutlicher Parochialstudien neben demographischem von historischem Erkenntnisinteresse geleitet sind, desto eher werden die genannten Determinanten rückgekoppelt an die Vielfalt struktureller Bedingungen der im Visier stehenden ländlichen oder städtischen Gesellschaft. Im Zusammenhang mit der Frage, welche Rolle naturräumliche, klimatische, wirtschaftliche, soziale, mentalitätsgeschichtliche oder biologische Gegebenheiten im Umschwung des Mortalitätsgeschehens spielen, werden ausgewählte Ursachenkomplexe ins Zentrum der Analyse gestellt. Welche Ursachenkomplexe das im einzelnen sind, hängt zumeist vom Hauptforschungsinteresse der Autoren ab. Methodisch werden jedoch stets "harte Fakten" um "weiche", d.h. Befunde aus qualitativen Quellen ergänzt. Mikro-Historien liefern für diesen Koppelungsvorgang aufgrund der umfassenden namentlichen Rekonstitution der Quellen- und Datenbasis besonders günstige Voraussetzungen, nutzen sie jedoch nicht immer für die Analyse bevölkerungsgeschichtlicher Entwicklungen³¹.

Allen Untersuchungen auf Mikroebene gemeinsam ist das Problem der Repräsentativität³². Generalisierungen von z.B. demo-ökonomischen oder demo-kulturellen Modellen werden

²⁸ Ausnahmen bestätigen die Regel: G. Sponholz (wie Anm. 27) untersucht die Einflußfaktoren Region, Konfession, Kinderzahl, Geburtenabstand, Alter der Mutter bei der Geburt, soziale Stellung der Eltern und Jahreszeit.

²⁹ Die Kirchenbucheintragungen über die Geburten, Heiraten und Sterbefälle werden einfach ausgezählt, die Angaben zu den einzelnen Personen werden nicht nach Familienzusammenhängen geordnet.

³⁰ Vgl. die Dissertation von Ch.-M. Engst, wie Anm. 27.

³¹ Ausführliche demographische Untersuchungen finden sich etwa bei A. Maisch, Notdürftiger Unterhalt... (1992), J. Schlumbohm, Lebensläufe... (1994) und H. Medick, Weben und Überleben... (1996); sie fehlen jedoch z.B. bei R. Beck, Unterfinning... (1993) oder D.W. Sabean, Property... (1990).

³² Vgl. die polemisierende Kritik von J. Kocka am "theoriearmen", "einseitig auf Erfahrungen konzentrierten" "mikrohistorischen Klein-Klein" in seinem Beitrag "Perspektiven für die Sozialgeschichte der neunziger Jahre" zum Sammelbändchen von W. Schulze (Hrsg.), wie Anm.24, 33-39.

selten gewagt³³, eben weil dieselben das Ergebnis von Faktorenverknüpfungen in eng begrenzten Regionen und nicht selten ebenso eng umrissenen Zeiträumen sind. Vergleichende demographische Betrachtungen in makroregionaler Perspektive sind demnach wünschenswert. Sie erfassen jedoch oft nur eine kleine Auswahl landesgeschichtlicher Fakten, beschränken sich dementsprechend auf wenige Faktoren und beziehen sich in aller Regel aus Quellengründen auf die "statistische" Zeit, mithin das 19. und 20. Jahrhundert.

Was die Erforschung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland betrifft, so mehrten sich nach der Pionierarbeit von J.P. Süßmilch³⁴ erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Veröffentlichungen von Bevölkerungswissenschaftlern und Medizinern, die nach Gründen für die hohe Säuglingssterblichkeit ihrer Zeit und nach Möglichkeiten für deren Eindämmung suchten³⁵. Solche Veröffentlichungen konnten sich spätestens seit der Reichsgründung auf gezielte statistische Erhebungen in allen deutschen Regierungsbezirken stützen. Bis heute ist dasselbe Material unverzichtbare Quelle für die Erforschung der Säuglingssterblichkeit geblieben. Im Bereich der Historischen Demographie wurden im wesentlichen aufgrund der öffentlichen Reichsstatistik die ersten Karten zur regional unterschiedlichen Säuglingssterblichkeit in Deutschland erstellt³⁶, sowie deren Abhängigkeit von demographischen, epidemiologischen, gesundheitspolitischen und sozio-ökonomischen Ursachenkomplexen diskutiert³⁷. In den letzten Jahren nehmen nicht nur in der deutschen Forschung die Versuche zu, die Vielzahl der direkten und indirekten Faktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in eine Rangfolge zu stellen³⁸. Wichtigste Voraussetzung für die zukünftige Auseinandersetzung mit dem Thema ist die Ausweitung der Quellengrundlage. Noch heute greifen viele Forscher auf die publizierten öffentlichen Statistiken zurück, doch wird die Notwendigkeit eines Zugriffs auf Material, das auch Aussagen über die Entwicklung des 18. Jahrhunderts zuläßt, immer dringlicher. Ausgehend von dieser Erkenntnis, wächst die Zahl der Rekonstruktionen ländlicher und zunehmend auch städtischer Verhältnisse aufgrund von Kirchenbüchern³⁹. Die bereits publizierten Mikrostudien liegen jedoch über ganz Deutschland verstreut. Häufig unterliegen sie völlig verschiedenen Auswertungskriterien und lassen daher nur selten

³³ Eine Ausnahme bildet A.E. Imhofs perspektivisch weit angelegter Aufsatz "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland...- Warum?" (1981), der bezeichnenderweise auf den Ergebnissen eigener und konzeptionell verwandter Studien auf Mikro- wie auf Makroniveau basiert.

³⁴ J.P. Süßmilch: Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts... (1761).

³⁵ Vgl. z.B. F. Prinzing: "Die Entwicklung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten..." (1899); Ders.: "Die Kindersterblichkeit in Stadt und Land ..." (1900); A. Würzburg: "Die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche während der Jahre 1875 bis 1877..." (1887) und (1888); P. Hanssen: "Über Säuglingssterblichkeit in früheren Jahrhunderten..." (1912).

³⁶ Vgl. J.E. Knodel: The Decline of Fertility in Germany... (1974), 164 und A.E. Imhof: "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland..." (1981), 363.

³⁷ Knodels langjährige Mitarbeiterin H.J. Kintner betont den Einfluß der demographischen Determinanten "eheliche Fertilität", und "Familiengröße", die beide in positiver Korrelation zu regionenspezifischen Still- und Pflegegewohnheiten stehen. Vgl. Dies., The Determinants of Infant Mortality in Germany... (1982) und Dies., "Infant mortality decline in Germany..." (1994). R. Spree führt die langfristige und landesweite Hebung der Überlebenschancen von Säuglingen nach 1900 u.a. auf tiefgreifende Veränderungen des Todesursachen-Panoramas zurück. Vgl. Ders., Der Rückzug des Todes... (1992), 33-45. W.R. Lee analysiert Mortalitätsveränderungen im Kontext sozio-ökonomischen Wandels. Vgl. Ders., "Regionale Differenzierungen..." (1979) und "Demographische Veränderungen..." (1989).

³⁸ Neben dem bereits ausführlich besprochenen und in App.A.1.a. zitierten Kausationsmodell von A.E. Imhof vgl. das "Model of German infant mortality" bei H.J. Kintner, The Determinants... (1982), Fig.IX.1, 171. Eine weitere Grafik findet sich bei R.I. Woods, P.A. Watterson und J.H. Woodward: "The causes of the rapid decline in infant mortality..." (1988), 123 und (1989), 128. Ausschließlich mit Worten gewichtet R. Spree in: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod... (1981), 52.

³⁹ Eine aktuelle Auflistung ländlicher Familienrekonstitutionen findet sich in App.A.2.a. Beispiele städtischer Parochialstudien wurden bereits in Anm.17 genannt. Ergänzend seien die Arbeiten von W.G. Rödel, Mainz und seine Bevölkerung... (1985) und R. Gehrman, "Urbane Mortalitätsmuster..." (1994) angeführt.

regionenübergreifende Aussagen zur Sterblichkeitsentwicklung zu⁴⁰. Auch die Vergleichsmöglichkeiten mit den Verhältnissen in anderen europäischen Staaten sind bzw. waren bis dato begrenzt, denn erst nach Abschluß des Berliner Projektes zur Geschichte der Lebenserwartung in Deutschland⁴¹ sind durch die quellenmäßige Erschließung größerer, zusammenhängender Gebiete die Voraussetzungen dafür geschaffen, um wichtige Fragen der demographischen Entwicklung des 18. und frühen 19. Jahrhunderts in der Weise zu diskutieren, daß die Frage der Repräsentativität zumindest an Bedeutung verliert.

In europäischen Ländern wie z.B. Frankreich, England oder Schweden hat die Erforschung der Säuglingssterblichkeit gegenüber Deutschland einen großen Vorsprung. Dies ist zum einen auf eine weitaus günstigere Quellenlage zurückzuführen (Familienrekonstitution auf nationaler Ebene in Frankreich⁴² und England⁴³, Demographische Datenbasis der Universität Umeå in Schweden⁴⁴) und zum anderen auf eine institutionalisierte Forschungstradition im Bereich der Historischen Demographie. Dem Thema (früh)neuzeitliche Sterblichkeitsentwicklung wird gerade in diesen Ländern permanente Aufmerksamkeit zuteil⁴⁵. Ein Einblick in aktuelle Erklärungshypothesen für die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit findet sich in Kap.3.2. An dieser Stelle seien lediglich ausgewählte Forschungsansätze genannt:

Die McKeown-These: Th. McKeown⁴⁶ sieht in einer verbesserten Ernährungslage aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung der Landwirtschaft im 18./19. Jahrhundert eine Hauptursache für das allmähliche Zurücktreten hoher Sterblichkeitsraten. Voraussetzung für diese These ist die Annahme, daß Infektionskrankheiten infolge von Mangel- oder Fehlernährung ausbrechen.

Die Knodel-These: Für J.E. Knodel⁴⁷ ist die Säuglingssterblichkeit in erster Linie eine Funktion der Ernährungsart (Stichwort: Stillgewohnheiten) und nicht des Nahrungsspielraumes.

⁴⁰ Einen ersten Schritt in Richtung Vergleichbarkeit unternahm J.E. Knodel (Demographic behavior... [1988]) auf der Grundlage von Ortssippenbuchmaterial, als er das demographische Verhalten der Bewohner von insgesamt vierzehn in der (alten) Bundesrepublik verstreut liegenden Dörfern untersuchte.

⁴¹ Die vorliegende Dissertation basiert auf den Daten der Berliner Datenbank. Diese ist das Ergebnis des von A.E. Imhof geleiteten Projektes. Näheres in Kap.2.1.

⁴² Basierend auf der Arbeit von L. Henry ("Démographie historique", in: Population 30, Sonderband 1975) entstand 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).

⁴³ 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... (21989).

⁴⁴ Die Bevölkerungsdatenbank POPUM basiert auf Kirchenregistern, Hausverhørsregistern und Wanderungsregistern. Die zentrale Periode der Erfassung ist das 19. Jahrhundert. Vgl. A. Brändström, I. Egerblad, C. Sjöström, L.-G. Tedebrand, "Lebenserwartung in Schweden..." (1994), 340-343.

⁴⁵ 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) und C. Rollet, "La lutte contre la mortalité infantile dans le passé..." (1993).

⁴⁶ Th. McKeown, The modern rise of population (1976), 152-163.

⁴⁷ J.E. Knodel, Demographic behavior... (1988), 45.

Die Imhof-These: A.E. Imhof⁴⁸ bringt die regionalen Unterschiede in der europäischen Säuglingssterblichkeit mit der Existenz differierender demographischer Systeme in Zusammenhang. (Stichworte: "system of wastage", "system of conservation of human life"). Diese Systeme seien wiederum auf unterschiedliche Konfessionszugehörigkeit und regional stark variierende "Traumatisierungen" von Bevölkerungen u.a. durch Kriege zurückzuführen.

Die Lee-These: W.R. Lee⁴⁹ bringt die demographischen Veränderungen in Verbindung mit sozio-ökonomischem Wandel. Die Lee-These geht davon aus, daß mikroregionale Tendenzen der Säuglingssterblichkeit in Deutschland den Prozeß der Strukturveränderungen im Agrarregime von Ortsgemeinden spiegeln (Stichwort: Arbeitsbelastung der Frauen).

Die Perrenoud-These: A. Perrenoud⁵⁰ sucht den Schlüssel für langfristige Mortalitätstrends nicht in wirtschaftlichen, umwelt- oder ernährungsbedingten Umwälzungen, sondern in klimatischen Veränderungen und/oder solchen des Immunsystems (Stichwort: "Epidemiologischer Wandel").

Die Voland-These: E. Voland⁵¹ 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 Pocken-These⁵² findet eine mögliche Erklärung für das Absinken der Mortalität in der Einführung der Pockenschutzimpfung gegen Ende des 18. Jahrhunderts.

Die intrafamiliale These⁵³ versucht Sterblichkeitsgeschehen auf der einen Seite und sozioökonomische bzw. epidemiologische Prozesse auf der anderen Seite vor dem Hintergrund der Verhältnisse zu sehen, mit denen sich ein Kind auf der familialen Ebene konfrontiert sah. 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-These⁵⁴ unterteilt die Säuglingssterblichkeit in einzelne Altersabschnitte. Sie geht davon aus, daß im ersten Monat endogene Faktoren überwiegen. Eine deutliche Erhöhung der Lebenschancen im zweiten bis sechsten Lebensmonat in norddeutschen Stillgebieten führt sie auf Fortschritte in der Säuglingspflege zurück.

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit diesen Thesen auseinander, ohne sie jedoch en bloc abzuhandeln. Tatsächlich werden die einzelnen Erklärungsansätze im Zusammenhang mit ausgewählten Faktoren diskutiert, die gewissermaßen eine erkenntnisvermittelnde Position zwischen dem meßbaren Säuglingstod und der abstrakten Interpretationsebene einnehmen. So kommt z.B. die Knodel-These in jenen Kapiteln der Arbeit zur Sprache, die Aussagen zu regional unterschiedlichen Stillgewohnheiten in Deutschland erlauben. Dies sind im konkreten Fall das Kap.4.5. ("Biometrische Analyse nach Lebenstagen,

⁴⁸ A.E. Imhof, "Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit..." (1981).

⁴⁹ W.R. Lee, "Demographische Veränderungen..." (1989).

⁵⁰ A. Perrenoud, "Mortality decline in its secular setting..." (1984) und Ders., "La mortalité des enfants en Europe francophone..." (1994).

⁵¹ E. Voland, "Reproduktive Konsequenzen sozialer Strategien..." (1992).

⁵² M.W. Flinn, "The European demographic system..." (1981); A.J. Mercer, "Smallpox and epidemiological-demographic change in Europe..." (1985).

⁵³ K.A. Lynch und J.B. Greenhouse, "Risk Factors for infant mortality..." (1994); M. Bengtsson, "Det Hotage Barnet..." (1996), 283-293.

⁵⁴ R. Gehrmann, "Stadt-Land-Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit..." (1995).

Lebenswochen und Lebensmonaten") und das Kap.5.1. ("Wohnung, Ernährung und Pflege im Spiegel Medizinischer Topographien").

Ganz allgemein ist es das Hauptziel der vorliegenden Arbeit, kausale Mechanismen des altersspezifischen Mortalitätsgeschehens im Deutschland des 18. und 19. Jahrhunderts aufzudecken. Dies geschieht in Form einer Kontrolle ausgewählter Einflußfaktoren und im Rahmen eines Regionenvergleiches. Der Faktorencheck basiert auf quantitativen⁵⁵ und qualitativen⁵⁶ Quellen.

Was die Quellenlage betrifft, so ist zunächst festzustellen, daß die Säuglingssterbeziffern in der vorliegenden Arbeit aus Daten errechnet wurden, die unmittelbar der Berliner Datenbank⁵⁷, mittelbar Dorf- bzw. Ortssippenbüchern und Stammtafeln entnommen sind. Beide Quellengattungen basieren auf der familienweisen Zusammenstellung aller Bewohner einer Gemeinde, eines Kirchspiels oder einer Region ausgehend von Tauf-, Heirats- und Beerdigungseinträgen in Kirchenbüchern. Kirchenbücher bilden demnach das Fundament der nur in Deutschland anzutreffenden Vorarbeiten von Genealogen und Genetikern⁵⁸. Informationen zu regionenspezifischen Still- und Pflegepraktiken, Wohnverhältnissen, naturräumlichen und klimatischen Bedingungen, sozio-ökonomischen Verhältnissen etc. sind historischen Landesbeschreibungen bzw. Ortschroniken und Medizinischen Topographien⁵⁹ entnommen. Da die Quellenlage demnach quantitatives und qualitatives Material umfaßt, erlaubt sie die Kombination von "harten" und "weichen" Fakten. Dies bedeutet, daß Sterbeziffern in Beziehung gesetzt werden können zu regional unterschiedlichen Wirklichkeiten, die allein aus "harten" Daten nicht rekonstruierbar wären. Da die Quellenlage sowohl die datenmäßige Erschließung einzelner Dörfer als auch größerer territorialer Einheiten⁶⁰ erlaubt, macht sie Überprüfungen von Einflußfaktoren auf Mikro- und Makroebene⁶¹ möglich. Eingeschränkt wird das Forschungsvorhaben durch die Quellenlage erstens zeitlich/räumlich⁶² und zweitens im Hinblick auf die überprüfbaren Faktoren, die am schnellsten und übersichtlichsten dem Inhaltsverzeichnis der Kapitel 4 und 5 zu entnehmen sind⁶³.

Die erste der beiden Grundhypothesen der Arbeit sieht die Säuglingssterblichkeit in der Abhängigkeit zirkularer Verursachungen, die zwar komplex aber nicht gleichgewichtig sind. Es wird vermutet, daß die bei Imhof nicht akzentuierten Einflußgrößen in Faktoren unterteilt werden können, die direkt oder indirekt wirken. Es wird weiter vermutet, daß die Generalisierbarkeit einer Kausation vom direkten oder indirekten Status abhängt. D.h. je unmittelba-

⁵⁵ Ortssippenbücher und Stammtafeln: Vorstellung der quantitativen Quellen in Kap.2.2.; Verzeichnis im Anhang (Kap.7.1.1.).

⁵⁶ Historische Orts-, Amts- und Landesbeschreibungen sowie Medizinische Topographien: Vorstellung in Kap.2.3.; Verzeichnisse im Anhang (Kap.7.1.2.).

⁵⁷ Die Berliner Datenbank wurde an der Freien Universität Berlin im Rahmen eines vierjährigen Projektes zur Geschichte der Lebenserwartung in Deutschland erstellt. Projektleiter war A.E. Imhof, die Auswahl und projektorientierte Berechnung des Datenbankmaterials verantwortete R. Gehrman. Näheres im Projektband: A.E. Imhof et al., Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert (1990) und in Kap.2.1. der vorliegenden Arbeit.

⁵⁸ Weitere Informationen zu den seriellen Quellen in Kap.2.2.

⁵⁹ Weitere Informationen zu dieser Quellengattung in Kap.2.3. und Kap.3.1.2.

⁶⁰ Das größte Untersuchungsgebiet umfaßt 12 Nachbarkirchspiele.

⁶¹ Wenn der Begriff "Makroregion" in dieser Arbeit als Synonym für jene sechs territorialen Einheiten benutzt wird, die jede für sich ein Untersuchungsgebiet bilden, dann deshalb, um den interregionalen Vergleich zwischen den Untersuchungsgebieten sprachlich einprägsam vom intraregionalen Vergleich einzelner Gemeinden innerhalb eines Untersuchungsgebietes abzugrenzen.

⁶² Die Quellenlage bestimmt die Anzahl und Auswahl der Untersuchungsgebiete. Beginn und Ende des Beobachtungszeitraums hängen von der zuverlässigen Registrierung von Geburts-, Heirats und Todes- bzw. Beerdigungsdaten ab.

⁶³ Kausalfaktoren, die im Rahmen des Disserationsprojektes nicht überprüft werden können, nennt das folgende Kap.1.2.

rer ein Indikator auf die Überlebenschancen von Säuglingen einwirkt, desto eher wird sich sein Einfluß nicht nur beim einzelnen Individuum, sondern auch in größeren soziale Gruppen, dörflichen Gemeinschaften oder gar landesweiten Populationen bemerkbar machen. Je mehr dagegen eine positive Korrelation als indirekt bezeichnet werden sollte, desto schwerer wird sie sich voraussichtlich in ihrem Einfluß nachweisen lassen. So selbstverständlich diese Annahme ist, so wenig wird sie mitunter in der Forschungsliteratur beachtet. Die zweite Grundhypothese geht folgerichtig von der Erwartung aus, daß makroregionale Mortalitätsdifferenzen in erster Linie den Einfluß direkter Faktoren (wie z.B. Still- und Pflegepraktiken) spiegeln, während mikroregionale Mortalitätsdifferenzen dazu geeignet sind, dem Einfluß indirekter Faktoren (wie z.B. mentalitätshistorischen oder sozio-ökonomischen Erklärungszusammenhängen) nachzuspüren.

Das soeben charakterisierte Forschungsprogramm zur differentiellen Säuglingssterblichkeit wird flankiert durch drei Sekundärziele, bei denen es sich um folgende handelt:

1. Dokumentation und Diskussion der Säuglingssterbedaten aus ausgewählten ländlichen Regionen in Deutschland;
2. Präsentation und ergänzende Berücksichtigung qualitativer Daten;
3. Vergleich der Analyseergebnisse mit ebenso einschlägigen wie bereits publizierten Forschungsergebnissen.

1.2. **Möglichkeiten und Grenzen einer im wesentlichen auf "harte Fakten" gegründeten Analyse der Säuglingssterblichkeit**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Hauptteile. Die Faktorenanalyse des ersten Hauptteiles (Kap.4), konzentriert sich auf die sukzessive Überprüfung separater Determinanten auf der Ebene der Untersuchungsgebiete. Bei diesen handelt es sich um sechs in geographischer, wirtschaftlicher, konfessioneller, kultureller sowie erbrechtlicher Hinsicht ganz unterschiedliche Regionen. Heute sind sie alle in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland gelegen: zwei im Norden (Ostfriesland mit elf Kirchspielen sowie die Parochie Hartum in der norddeutschen Tiefebene mit vier Gemeinden), zwei in der Mitte (die hessische Schwalm mit elf Ortschaften sowie das Saarland mit neun Kirchspielen und 27 Filialorten) und zwei im Süden (sechs Gemeinden nahe Herrenberg im württembergischen Gäu und die badische Ortenau mit zwölf Ortschaften)⁶⁴. In der Berliner Datenbank wurden aus den Untersuchungsgebieten - je nach Region - zwischen 10 000 (Schwalm) und 50 000 (Ortenau) Einzelschicksale erfaßt. Insgesamt sind es mehr als 135 000⁶⁵. Für die vorstatistische Zeit ist diese Datenmenge in Deutschland bisher unerreicht. Da es sich bei den genannten Untersuchungsgebieten - mit Ausnahme Hartums - nicht um isolierte Dörfer oder Parochien, sondern um größere territoriale Einheiten handelt, stellt sich die Repräsentanzfrage demzufolge in geringerem Maße als sonst bei Familienrekonstitutionen.

Bei den Kausalfaktoren, die in Kap.4. analysiert werden, handelt es sich durchweg um solche, deren Einfluß allein auf der Grundlage der Berliner Datenbank, d.h. der quantitativen Quellen, überprüft werden kann. Die Liste der Indikatoren umfaßt solche, die als besonders "close-to-the-child" bezeichnet werden können, wie z.B. Geschlecht, Rechtsstand (legitim/illegitim), Alter oder Geburtsrang, aber auch solche, die den Einfluß von Krisen, Konfessionsunterschieden und - soweit im Rahmen saisonaler Sterblichkeitsmuster erkennbar - Krankheitsbildern erkennbar werden lassen. Die wechselseitige Abhängigkeit von altersspezifischer Mortalität und Fertilität ist ebenso ein Thema wie das Stillverhalten, zu dem Erkenntnisse aus der biometrischen Analyse erwartet werden. Neben der Faktorendiskussion, die, wie bereits erwähnt, im interregionalen Vergleich der sechs Untersuchungsgebiete geführt wird, ist die Dokumentation des Berliner-Datenbank-Materials das erklärte Ziel von Kap.4.

Der zweite Hauptteil der Arbeit (Kap.5) verdankt seine Entstehung der Erkenntnis, daß die Säuglingssterblichkeit im 18. und 19. Jahrhundert nicht nur auf Makroebene, sondern auch auf Mikroebene ausgeprägte regionale Unterschiede zeigte. Selbst bei den Filialgemeinden einer Parochie handelte es sich oft um Kommunen ungleichen generativen Verhaltens. Ebenso wenig wie demographische Strukturen stimmten auf der mikroregionalen Ebene häufig sozioökonomische Rahmenbedingungen wie z.B. Naturraum, Höhenlage, Klima, Feudalbeziehung, Vererbungsschema, Gemarkungsgröße, Einwohnerzahl, Bevölkerungsdichte, Landbesitz, Landnutzung, Viehhaltung, Nebenerwerbsmöglichkeiten, Verkehrsanbindung oder Berufsstruktur überein. Informationen zu diesen Determinanten sind auf der Grundlage der Berliner Datenbank nur in bezug auf die Berufsstruktur zu erhalten. Hinsichtlich derselben liefert die Datenbank Einzelheiten zu berufsgruppenspezifischen Fertilitätsraten und Heiratsaltern sowie Mortalitätsraten, die nicht nur nach unterschiedlichen Alterspha-

⁶⁴ Eine genaue Auflistung aller Kommunen (Pfarrgemeinden und Filialorte), deren Kirchenbücher für die Berliner Datenbank ausgewertet wurden, findet sich in Kap.2.4., und zwar jeweils zu Beginn der gebietsspezifischen Unterkapitel.

⁶⁵ Diese Zahlen nennt A.E. Imhof in Ders. et al., Lebenserwartungen in Deutschland... (1990), 10.

sen im ersten Lebensjahr, sondern auch nach unterschiedlichen Vaterberufen differenzierbar sind. Was aber die große Mehrzahl sozioökonomischer Faktoren betrifft, so gilt, daß die Aussagekraft der "harten" Fakten um so größer wird, je zuverlässiger sie mit "weichen" gekoppelt werden kann. Folgerichtig ist für die Überprüfung der zu vermutenden Wechselbeziehung zwischen Säuglingssterblichkeit und sozioökonomischem Regionalprofil eine gute Kenntnislage gemeindetypischer Lebensbedingungen unerlässlich. Im vorliegenden Fall basiert sie auf jahrelanger Vorarbeit⁶⁶ und auf der Sichtung der publizierten Literatur⁶⁷. Die dorfbezogene Kontrolle erfolgte für drei Untersuchungsgebiete: Ostfriesland, Hartum, und Herrenberg. Die Auswahl der Gebiete erfolgte nach geographischen, demographischen, ökologischen und ökonomischen Gesichtspunkten. Die mikroregionale Analyse der badischen Ortswerte dient darüber hinaus zur Überprüfung des Einflußfaktors "Konfession", in Imhofs Modell der Zirkular-Kausation⁶⁸ Element des Kettengliedes "Kultur", die ostfriesischen, westfälischen und württembergischen Ortswerte zur Überprüfung der komplexen Kettenglieder "Wirtschaft", "Arbeit" und "Beruf".

Zu den Determinanten "Wohnung", "private Hygiene" und "Ernährung" lassen sich interpretierbare Informationen von vornherein fast ausschließlich aus qualitativen Quellen gewinnen. Medizinische Topographien vermitteln nicht selten eine ebenso detaillierte wie bildhafte Vorstellung von den schichten- und regionenspezifischen Voraussetzungen für eine hohe Zahl von Todesfällen unter Säuglingen und Kleinkindern. Besonders wertvoll für die Analyse differentieller Säuglingssterblichkeit sind die Hinweise auf Still- und Pflegepraktiken, alternative Ernährungsweisen und Arbeitsbelastungen der Mütter. Erstere korrespondieren in einzelnen Gebieten erstaunlich mit Datenbankdaten, die anhand der biometrischen Verteilung der Säuglingssterbefälle Hinweise auf unterschiedliche Stillgewohnheiten in nord- und süddeutschen Untersuchungsgebieten geben.

Insgesamt läßt sich die Faktorenanalyse der Säuglingssterblichkeit mit dem Blick durch das Zoom-Objektiv einer Kamera vergleichen. Eine Reihe von Faktoren liegt scharf und deutlich im Blickfeld, andere können "herangeholt" werden. Das Zoom fixierte sie, eine Drehbewegung am Objektiv, symbolhaft für eine machbare zusätzliche Anstrengung, und neue Zusammenhänge werden deutlich, unscharfe Forschungsbereiche gewinnen Kontur. Andere Faktoren liegen von Beginn an außerhalb des Linsenwinkels. Sie hätten nur durch eine Umstellung des die Kamera tragenden Stativs in den Gesichtskreis treten können, was im Rahmen des Dissertationsprojektes nicht leistbar war. Der Einfluß der folgenden Indikatorenkomplexe des Modells der Zirkular-Kausation kann deshalb nicht "aus eigener Anschauung" diskutiert werden: "Gesundheitswesen"/"Öffentliche Hygiene", "Wissenschaften"/"Schulwesen" und "Technologie"/"Dienste". Andererseits gewähren Standort der Kamera und Einstellung des Objektivs zumindest Seitenblicke in alle übrigen Indikatorenbereiche, von denen die folgenden im Mittelpunkt des Interesses stehen: "Wohnen", "Ernährung", "Private Hygiene", "Kultur", "Geburtenkontrolle/Fertilität", "Wirtschaft", "Beruf" und "Arbeit".

⁶⁶ Vgl. hierzu die von der Autorin erarbeiteten und bereits publizierten landeskundlichen Beschreibungen der sechs Untersuchungsgebiete: I.E. Kloke, "Untersuchungsgebiete-Ortsbeschreibungen" (1990), 85-187.

⁶⁷ Auf Archivstudien mußte wegen des großen Arbeitsaufwandes ebenso verzichtet werden, wie auf eine mikroregionale Analyse aller 80 Ortschaften in sechs Untersuchungsgebieten.

⁶⁸ Vgl. nochmals App.A.1.a.

2. Die Voraussetzungen, Quellen und Methoden der Arbeit

2.1. DFG-Projekt zur Geschichte der Lebenserwartung (1986-90)

Die Säuglingssterblichkeit im 18. und frühen 19. Jahrhundert zu erörtern setzt den Rückgriff auf Bevölkerungsdaten voraus. Offizielle Statistiken geben für diesen Zeitraum kein entsprechend differenziertes Material an die Hand. Es sind in erster Linie die Kirchenbücher, aufgegliedert in Tauf-, Heirats- und Beerdigungsregister, die diese Quellenlücke füllen. Sie enthalten spätestens seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert individuelle Lebensdaten, die sich jeweils auf einzelne Pfarreien beziehen. Die auf solche Quellen gründende Forschung ist mühsam, zeitaufwendig und kostspielig. Im Prinzip muß jede Taufe, jede Heirat und jede Beerdigung familienweise reorganisiert und computergespeichert werden. Im Anschluß daran erfolgt die Korrektur und Bereinigung der Daten nach den Konventionen der Historischen Demographie. Erst nach der Bereitstellung können die Daten je nach Fragestellung ausgewertet werden. Wird die Bereitstellung der Daten nicht nur für ein einzelnes Kirchspiel, sondern für eine große Zahl angestrebt, und umfaßt der Untersuchungszeitraum mehrere Jahrhunderte, dann nimmt die Grundlagenforschung selbst dann mehrere Jahre in Anspruch, wenn die Einzelschicksale nicht direkt aus den Kirchenbüchern, sondern aus Zusammenstellungen der Kirchenbucheinträge (Ortssippenbücher) gewonnen werden.

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Berliner Datenbank. Diese wiederum ist das Ergebnis eines Grundlagenforschungsprojekts, das am Friedrich-Meinecke-Institut der Freien Universität Berlin unter der Leitung von A.E. Imhof in den Jahren 1986 bis 1990 von einem zehnköpfigen Team geleistet worden ist. Das Projekt mit dem Titel "Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert" wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. Im Projektteam waren R. Gehrman und M. Roycroft verantwortlich für die Datenerhebung und Datenbearbeitung. Die Autorin der vorliegenden Arbeit verfaßte landeskundliche Beschreibungen der sechs Auswahlregionen, aus denen Kirchenbuchdaten Eingang in die Berliner Datenbank fanden. Diese wurden im Rahmen der Projektdokumentation publiziert: A.E. Imhof et al., Lebenserwartungen in Deutschland... (1990). Durch die Berliner Datenbank, ihrerseits Ergebnis des DFG-Projektes, wurde die in dieser Arbeit vorgelegte Erforschung der Säuglingssterblichkeit erst ermöglicht.

2.2 Die Berliner Datenbank und ihre Quellen (quantitative Daten)

Die wichtigsten Quellen der Berliner Datenbank sind sogenannte Dorf- bzw. Ortssippenbücher¹. Hierbei handelt es sich um die familienweise Zusammenstellung aller Bewohner eines Kirchspiels auf der Basis kirchlicher Tauf-, Heirats- und Beerdigungseintragungen. Die Genealogen, die diese Zusammenstellung zumeist durchführen, leisten mithin jene Familienrekonstitution, die Sozialwissenschaftler andernfalls erst selbst in langwierigen und aufwendigen vorwissenschaftlichen Arbeitsgängen vornehmen müßten. Zur Deckung des

¹ Zu den Quellen der Berliner Datenbank vgl. R. Gehrman und M. Roycroft, "Quellen und Methoden der Mortalitätsberechnungen..." (1990), 57-62.