

**Der Schlüssel zum Tod.
Sterblichkeit und ihre Ursachen in der
Grafschaft Schaumburg
(17. – 19. Jahrhundert).**

**Von der Philosophischen Fakultät der
Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
zur Erlangung des Grades eines**

**Doktors der Philosophie
(Dr. phil.)**

genehmigte Dissertation

von

**M. A. Peter Sauer,
geboren am 13. Dezember 1964 in Wunstorf**

2024

Referent: Prof. Dr. Carl-Hans Hauptmeyer

Korreferent: Prof. Dr. Michael Rothmann

Korreferent: Prof. Dr. Hans Heinrich Kreipe

Tag der Promotion: 20. September 2022

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur Klärung der Ursachen für das Bevölkerungswachstum im 19. Jahrhundert im mitteleuropäischen Raum. In Anlehnung an das Konzept des epidemiologischen Übergangs geht sie der Frage nach, ob sich das Spektrum der Krankheiten mit tödlichem Ausgang im Übergang zur Neuzeit verändert hat. Sie fußt auf einer soliden Datengrundlage. Ausgewertet wurden die Sterberegister der Grafschaft Schaumburg vom 17. bis 19. Jahrhundert. Die historisch-demographische Untersuchung der einzelnen Todesursachen erfolgte nach einem festen Schema, ihre Darstellung orientiert sich an den Lebensaltersstufen des Menschen. Um die Ergebnisse zu überprüfen, wurde sowohl zeitgenössische als auch moderne medizinische Fachliteratur herangezogen.

Viele Todesursachen konnten mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bestimmten Krankheiten oder Gruppen wie chronischen und akuten Atemwegserkrankungen zugeordnet werden. Veränderungen in der Mortalitätsentwicklung und zum Teil auch deren Ursachen lassen sich nachvollziehen. So besteht eine Wechselwirkung zwischen Klima und Sterblichkeit. Der Faktor Ernährung spielt – abgesehen von der Säuglingssterblichkeit – nur eine untergeordnete Rolle. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die Todesursachen insbesondere im Kontext der Säuglingssterblichkeit sowie der tödlichen Verletzungen Rückschlüsse auf alltags- und mentalitätsgeschichtliche Aspekte der Vergangenheit zulassen. Auch Erkenntnisse über die menschlichen Einflussmöglichkeiten auf die Entwicklung der Sterblichkeit in der Vergangenheit konnten gesammelt werden. Die schaumburgische Bevölkerung profitierte von den noch bescheidenen Fortschritten der Medikalisierung.

Die Grafschaft Schaumburg war während des Untersuchungszeitraums eine Exklave der Landgrafschaft Hessen-Kassel, bildete jedoch ein geschlossenes Territorium. Im Grundlagenteil wird ausführlich auf die politischen, wirtschaftlichen und sozialen Strukturen der Grafschaft Schaumburg eingegangen. Besondere Berücksichtigung finden verschiedene Aspekte der demografischen Entwicklung im Übergang zur Neuzeit. Die vorliegende Arbeit schließt damit auch eine Forschungslücke im norddeutschen Raum.

Grafschaft Schaumburg

Todesursachen

Epidemiologischer Übergang

Abstract

This work is a contribution to clarifying the causes of population growth in the 19th century in Central Europe. Based on the concept of epidemiological transition, it examines the question of whether the spectrum of diseases with fatal outcome has changed in the transition to modern times. It is based on a solid data basis. The death registers of the County of Schaumburg from the 17th to 19th centuries were evaluated. The historical-demographic investigation of the individual causes of death was carried out according to a fixed scheme; their presentation is based on the category of age. To verify the results, both contemporary and modern medical literature were used.

With a very high degree of probability many causes of death could be attributed to specific diseases or disease groups such as chronic and acute respiratory diseases. Changes in mortality trends and, in some cases, even their causes can be understood. There is an interaction between climate and mortality. Apart from infant mortality, the nutrition factor plays only a minor role. In addition, it could be shown that the causes of death, particularly in the context of infant mortality and fatal injuries, allow conclusions regarding aspects of everyday life and mentality in the past. Insights into the human influence on the development of mortality in the past were also collected. The Schaumburg population benefited from the still modest progress made in medicalization.

During the period investigated the county of Schaumburg was an exclave of the Landgraviate of Hessen-Kassel, but formed a closed territory. The basic part of this study extensively covers the political, economic and social structures of the County of Schaumburg. Special consideration is given to various aspects of demographic development in the transition to modern times. This study therefore also closes a research gap in northern Germany.

County of Schaumburg

Causes of death

Epidemiological transition

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Wintersemester 2021/22 von der Philosophischen Fakultät der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover als Dissertation angenommen. Für die Veröffentlichung wurde sie nur leicht sprachlich und redaktionell überarbeitet. In Form und Umfang entspricht sie weitestgehend der vorgelegten Fassung.

Nun bleibt noch, mich bei jenen zu bedanken, die mich auf unterschiedliche Weise unterstützt haben: Zunächst einmal gilt mein Dank Prof. Dr. Carl-Hans Hauptmeyer. Als prägender akademischer Lehrer hat er nicht nur stets das optimale Maß zwischen Fördern und Fordern gefunden, sondern schon bei dem Studienanfänger ein horzonterweiterndes Bewusstsein für die Bedeutung der Geschichte vor der eigenen Haustür geschaffen. Und als Promotionsbetreuer hat er durch sein Verständnis und seine Geduld für die nicht ganz einfachen persönlichen Umstände des Doktoranden wesentlich dazu beigetragen, dass die vorliegende Arbeit trotz mehrerer Unterbrechungen zustande kommen konnte. Besonderer Dank gilt meinen beiden Korreferenten, Prof. Dr. Michael Rothmann (Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover) und Prof. Dr. Hans Heinrich Kreipe (Medizinische Hochschule Hannover), für die kurzfristige Bereitschaft, die Begutachtung der umfangreichen Dissertation eines ihnen persönlich unbekanntes Doktoranden in einer pandemiebedingt äußerst schwierigen Zeit zu übernehmen.

In sehr positiver Erinnerung werden mir seit einem Praktikum am Standort Bückeburg des Niedersächsischen Landesarchivs immer die Phasen der Archivarbeit bleiben. Stellvertretend für die aktuellen und ehemaligen Beschäftigten danke ich Dr. Stefan Brüdermann, Birgit und Carsten Thiele sowie Marion Wolthusen. Dank gebührt weiterhin: Dr. Sabine Graf (Niedersächsisches Landesarchiv Hannover), Wolfgang Günther (Landeskirchliches Archiv der Evangelischen Kirche von Westfalen Bielefeld), Kathleen Harney (Hannover), Prof. Dr. Christine Hatzky (Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover), Anne Pirschel (Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover), Prof. Dr. Karl Heinz Schneider (Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover), Margarete Sturm-Heumann (Idstein), Matthias Wojte (Landeskirchliches Archiv Hannover).

Herzlich bedanken möchte ich mich natürlich auch bei denjenigen Menschen, die durch Prägung, Verständnis und – last but not least – materielle Unterstützung besonderen Anteil an der Anfertigung der vorliegenden Arbeit haben: Gertrud Kierstain (+), Jutta und Waldemar (+) Sauer sowie Angelika Zielinski.

Die Veröffentlichung der Dissertation bildet das Ende eines langwierigen, nie wirklich leichten, aber äußerst erkenntnisreichen Prozesses. Ungeachtet des traurigen Themas war es doch wissenschaftliche Forschung. Und als solche hat die Arbeit an der Dissertation recht eigentlich immer viel Freude bereitet.

Inhalt

1.	EINLEITUNG.....	8
1.1	Begründung des Forschungsvorhabens.....	8
1.2	Forschungsansatz.....	12
1.3	Untersuchungsgebiet.....	17
1.4	Leitfragen und Untersuchungsgang.....	20
1.5	Literatur	28
1.6	Hinweise zur äußeren Gestaltung.....	31
2.	GRUNDLAGEN	32
2.1	Das Untersuchungsgebiet.....	32
2.1.1	Leitlinien der politischen Entwicklung.....	32
2.1.2	Bevölkerungsentwicklung.....	44
2.1.3	Wirtschaftliche Entwicklung	55
2.1.4	Siedlungsstruktur und Lebensbedingungen	67
2.1.5	Die schaumburgischen Kirchspiele	89
2.1.6	Die Nachbarterritorien.....	119
2.2	Das Medizinalsystem	134
2.2.1	Grundzüge der Medizingeschichte	134
2.2.2	Medizinalsystem und Medikalisierung	140
2.2.3	Personal und medizinische Institutionen	148
2.2.4	Therapie und Heilungschancen	180
2.2.5	Prävention und Hygiene	192
2.3	Historisch-demographische Grundlagen	206
2.3.1	Quellen und Methodik.....	206
2.3.2	Alters- und schichtenspezifische Sterblichkeit	223
2.3.3	Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	252
2.3.4	Saisonale Verteilung	268
2.3.5	Epidemien	300
3.	TODESURSACHEN.....	332
3.1	Kindbettsterblichkeit	335
3.2	Aborte und Totgeburten.....	365
3.3	Kinderkrämpfe	392
3.4	Infektiöse Krankheiten der Kindheit.....	450
3.4.1	Pocken	452
3.4.2	Masern	463

3.4.3 Keuchhusten.....	477
3.4.4 Scharlach	486
3.4.5 Diphtherie.....	496
3.4.6 „Frieseln“	506
3.4.7 Die Anfänge der modernen Schutzimpfung	526
3.5 Frühneuzeitliche „Fieber“ und gastrointestinale Krankheiten.....	541
3.5.1 Arten des „Fiebers“	545
3.5.2 Typhus	578
3.5.3 Fleckfieber	588
3.5.4 Ruhr	598
3.5.5 Cholera	617
3.6 Influenza, respiratorische Krankheiten und Tuberkulose	628
3.6.1 Influenza und akute Atemwegserkrankungen	628
3.6.2 Asthma und COPD	659
3.6.3 Silikose	676
3.6.4 Tuberkulose.....	683
3.7 Tödliche Verletzungen.....	701
3.7.1 Unfälle	701
3.7.2 Suizide	726
3.8 Die Krankheiten des Alters.....	750
4. STERBLICHKEIT IN DER GRAFSCHAFT SCHAUMBURG	797
4.1 Klima und Preise.....	797
4.2 Epidemiologischer Übergang	844
5. FAZIT	881
5.1 Beantwortung der Leitfragen	881
5.2 Thesen	887
ANHANG	890
Abkürzungsverzeichnis	890
Medizinische Fachbegriffe.....	891
Tabellen	902
Abbildungen	903
Archivquellen.....	911
Gedruckte Quellen und Literatur	912

1. EINLEITUNG

1.1 Begründung des Forschungsvorhabens

Als die Idee für die vorliegende Arbeit entstand, war die Welt, zumal aus westlicher Sicht, noch eine andere. Infektionskrankheiten mit hoher Letalität wurden vornehmlich als ein Problem exotischer Länder mit einem mangelhaften Gesundheitssystem wahrgenommen. Im europäischen Raum bestand kaum mehr ein Bewusstsein für die potentiellen Gefahren dieser Krankheiten. Berichte über die „Schweinegrippe“, einer Variante des Influenzavirus, die sich 2009/10 pandemisch verbreitete, beunruhigten aufgrund untypisch schwerer Verläufe unter Angehörigen jüngerer Altersgruppen nur kurz. Denn die ernsteren Szenarien traten nicht ansatzweise ein, die Zahl der Sterbefälle lag sogar unter der in herkömmlichen Influenzajahren. Nicht wenige vermuteten hinter der Anschaffung hoher Kapazitäten an Impfstoffen eine erfolgreiche Lobbyarbeit der Pharmaindustrie. Und wirklich wurde später der größte Teil der angeschafften Impfdosen vernichtet. Die Impfbereitschaft in der deutschen Bevölkerung war so gering, dass die Quote in den meisten Bundesländern im niedrigen einstelligen Bereich stagnierte.¹

Die Besorgnis hielt sich dann auch in Grenzen, als in den ersten Monaten des Jahres 2020 über eine globale Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 berichtet wurde. Die unter der Abkürzung COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) geführte Pandemie galt anfangs vielen als milde Variante der Influenza. Unter Bezugnahme auf die Gesetze der Mathematik wurde aus den Reihen der Wissenschaft eine schnelle Durchseuchung der Bevölkerung empfohlen, um das Problem aus der Welt zu schaffen. Alarmierend wirkten schließlich Berichte aus Oberitalien, wo das Infektionsgeschehen in kürzester Zeit derart eskalierte, dass eine erforderliche Intensivbetreuung von Schwerekranken nicht mehr gewährleistet werden konnte. Zu den Ländern, die eine Verbreitung des Virus über Beschränkungen des öffentlichen Lebens verhindern wollten, gehörte auch die Bundesrepublik Deutschland. Nachdem rechtzeitig präventive Maßnahmen ergriffen worden waren, verlief die erste Welle in den Bundesländern relativ glimpflich. Im Spätherbst 2020 schossen

¹ Vgl. RKI (2010b).

jedoch die Infektionszahlen in die Höhe. In dieser Situation wurde vermehrt auch die Frage nach dem Umgang mit epidemischen Krankheiten in der Vergangenheit gestellt. Historische Vergleiche kamen auf, COVID-19 wurde mit den Pestzügen assoziiert. Man erinnerte sich an die „Spanische Grippe“, die außerhalb der Fachwelt kaum jemand kannte, obwohl sie zwischen 1918 und 1920 mehr Todesopfer forderte als der Erste Weltkrieg. Ein Motiv für das plötzliche Interesse war sicherlich die Hoffnung, Erfahrungen aus der Vergangenheit zur kurzfristigen Problembewältigung heranzuziehen. Oberflächlich betrachtet hat die vorliegende Arbeit, die sich nicht zuletzt mit der Prävention von Krankheiten in der Vergangenheit beschäftigt, also unverhofft an Aktualität gewonnen.

Natürlich geht es bei der Beschäftigung mit Geschichte nicht darum, Handlungsanleitungen für die Gegenwart zu verfassen. Doch kann sie dazu beitragen, Prozesse zu erkennen und einzuordnen, auch überhöhte Erwartungen zu dämpfen, auf jeden Fall aber das Leben in der menschlichen Gesellschaft besser zu verstehen. Hervorzuheben ist insbesondere die Transformation von der Agrar- zur Industriegesellschaft, die sich auch im deutschen Raum in relativ kurzer Zeit vollzog. Bevölkerungswissenschaftliche und historisch-demographische Untersuchungen haben ergeben, dass der Zeitraum vom ausgehenden 18. bis zum beginnenden 20. Jahrhundert eine Phase des Übergangs markiert. Ein wesentliches Merkmal ist der Wandel der Mortalität von zunächst niedriger Lebenserwartung und hohen Sterberaten aufgrund epidemischer Krankheiten hin zu einem Anstieg der Lebenserwartung und einer Dominanz der sogenannten Zivilisationskrankheiten. Im Spektrum der frühneuzeitlichen Todesursachen gibt es immerhin einige, die sich eindeutig bestimmen lassen. So ist bekannt, dass Infektionskrankheiten, die jahrhundertlang große Verluste unter der frühneuzeitlichen Bevölkerung hervorgerufen haben, im 19. Jahrhundert kaum noch in Erscheinung traten. Dagegen wurde vielerorts eine signifikante Zunahme der Säuglingssterblichkeit wahrgenommen, obwohl zeitgleich die Bevölkerungszahlen stiegen. Als ausgleichender Faktor kommen Steigerungen der allgemeinen Fertilität in Betracht. Aufgrund der Verschiebungen im Spektrum der Todesursachen stand jedoch die Frage nach Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Übergang zur Neuzeit im Mittelpunkt der Forschungsdebatte.

Dieser Prozess, der auch als epidemiologischer Übergang bezeichnet wird, lässt sich grafisch darstellen. Zu sehen ist zu Beginn eine unruhige Kurve mit äußerst starken Ausschlägen, die am Ende aber gleichmäßig und auf niedrigem Niveau verläuft. Der Prozess selbst wurde nie bestritten, doch entfachte sich eine Kontroverse an der Frage, wodurch die Änderungen im Todesursachenspektrum ausgelöst worden sind. Der Wegfall der lange dominierenden Pocken war ein wesentlicher Grund für die Annahme, medizinische Innovationen hätten frühzeitig zur Senkung der Mortalität beigetragen. Der britische Epidemiologe und Medizinhistoriker Thomas McKeown wiederum hat bestritten, dass die Vakzination vor Einführung der Impfpflicht – in England und Wales war das 1852 – einen besonderen Effekt hatte.² Überdies seien die präventiven und therapeutischen Maßnahmen erst eingeführt worden, als die allermeisten Infektionskrankheiten bereits rückläufig waren. Er hebt hervor: „It is historians, rather than medical people, who find it difficult to accept that immunization and therapy achieved little before the twentieth century.“³

McKeown sieht den Hauptgrund für die Senkung der Mortalität in einer allgemeinen Verbesserung der Ernährungslage. Die daraus resultierende Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte habe schließlich den Rückgang der seuchenbedingten Letalität in der Bevölkerung gefördert. McKeown bezieht sich im Wesentlichen auf England, die Situation in Deutschland berücksichtigt er nicht. Eine Gegenposition vertritt W. Robert Lee, der sich mit der Entwicklung des Medizinalsystems deutscher Staaten beschäftigt hat und über die reine Pockenbekämpfung hinaus von einem Einfluss des staatlichen Gesundheitswesens auf die Senkung der Sterblichkeit ausgeht.⁴ Die geschichtliche Forschung in Deutschland hat sich durchaus mit dieser Frage beschäftigt, konnte jedoch keine Klärung herbeiführen. Stellvertretend sei an dieser Stelle nur auf Brügelmann verwiesen, der die Bemühungen der Ärzteschaft bestätigt, zugleich aber auf den erheblichen Anstieg der Säuglingssterblichkeit im 19. Jahrhundert verweist, durch den er die Erfolge der Pockenschutzimpfung negiert sieht.⁵

² Zu den Thesen McKeowns und den Forschungskontroversen vgl. VÖGELE (2001b), S. 35-41; EHMER (2013), S. 86 f.

³ MCKEOWN (1983), S. 227.

⁴ Vgl. LEE (1980), S. 246-254.

⁵ Vgl. BRÜGELMANN (1983), S. 180-186.

Während der Hochphasen von COVID-19 wurde täglich vor Augen geführt, dass auch die moderne Medizin nicht ohne Statistik auskommt. Abgesehen von der allgemeinen Relevanz statistischer Erhebungen waren die Einschätzungen zum Infektionsgeschehen stets Grundlage politischer Entscheidungen. Bevölkerungswissenschaft und Historische Demographie wären ohne Statistik nicht denkbar. Das Konzept des epidemiologischen Übergangs beispielsweise basiert auf der Erhebung und Auswertung statistischer Daten. Allerdings stößt die Forschung oft genug an Grenzen, was auch die These McKeowns schwächt. Zwar ist ebenfalls statistisch nachweisbar, dass sich in der Vergangenheit die durchschnittliche Körpergröße der Menschen in Mitteleuropa ernährungsbedingt mehrmals änderte. Doch ist diese Beobachtung kein Beweis für die Zunahme von Resistenzen gegenüber Infektionskrankheiten. Verbreitung und Wirkung resultieren stets aus dem Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren. Schon die Reduktion auf den Faktor Ernährung ist eine grobe Vereinfachung der Komplexität physiologischer Prozesse, der die Immunabwehr unterliegt. Hinzu kommen die Einflüsse des gesellschaftlichen Bezugsrahmens und klimatischer Veränderungen. Insofern bleibt weiterhin nur, sich Antworten auf die Frage nach den Ursachen für den epidemiologischen Übergang unter Rückgriff auf quantitative und qualitative Methoden zu erarbeiten.

Die deutsche Forschung hat sich zwar mit dem epidemiologischen Übergang beschäftigt, ist aber nie wirklich in die Tiefe gegangen. Dies gilt vor allem für die frühe Phase, die zeitlich an der Wende zum 19. Jahrhundert einsetzt. Dass man diesem Problem nicht weiter nachgegangen ist, dürfte mit dem rasch abgeebbten Interesse an der Historischen Demographie nach einem vorübergehenden Boom zusammenhängen.⁶ Jedenfalls ist es äußerst bedauerlich, dass dieser für die demographische Entwicklung so elementare Prozess weitgehend unerforscht ist. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll daher dem Wandel im Spektrum der Todesursachen vom 18. zum 19. Jahrhundert nachgegangen werden. Sie versteht sich als ein Beitrag zur Lösung der Frage nach den Ursachen für den epidemiologischen Übergang.

⁶ So monierte Mauelshagen in seiner „Klimageschichte der Neuzeit“: „Die neue Kulturgeschichte rechnet und zählt nicht mehr. Schlimmer noch: Sie beherrscht das Rechnen und Zählen nicht! Quantitative Methoden in der Geschichtswissenschaft machen eine schwere Krise durch.“ MAUELSHAGEN (2010), S. 34. Im Jahre 2016 wurde schließlich auch der Arbeitskreis Historische Demographie aufgelöst; vgl. FERTIG (2016).

1.2 Forschungsansatz

Zeitgenössische Fachliteratur ist unabdingbar, wenn es darum geht, die medizinischen Vorstellungen der Vergangenheit nachzuvollziehen. Für eine Einschätzung der Auswirkungen bestimmter Krankheiten auf die Bevölkerungsentwicklung bietet sie jedoch keine Grundlage. In der Regel basieren die in diesen Werken enthaltenen quantitativen Aussagen auf Hörensagen oder persönlichen Hochrechnungen. Zudem wurden Informationen zu Alter und Geschlecht der Verstorbenen sowie saisonale und topographische Zusammenhänge nur selten zusammengetragen. Den Versuch einer systematischen Erfassung der gesundheitlichen Verhältnisse bilden die medizinischen Topographien, die seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert erstellt worden sind.⁷ Allerdings liegt der Schwerpunkt auf Städten im südwestdeutschen Raum. Norddeutschland ist nur durch Großstädte wie Hamburg repräsentiert, der ländliche Raum blieb gänzlich außen vor.

Der Informationsstand zur Sterblichkeit in der Frühen Neuzeit lässt sich letztlich nur über eine Auswertung von Todesursachen aus den kirchlichen Sterberegistern heben. Eine Grundvoraussetzung ist dabei, dass die Eintragungen über einen längeren Zeitraum hinweg zuverlässig und mit einem gewissen Grad an Genauigkeit vorgenommen worden sind. Unter den Nürnberger Geistlichen waren diese Fähigkeiten nach Jungkunz (1951) nicht sonderlich ausgeprägt:

„War nichts besonderes festzustellen, so wurde meist ‚Fluss‘, etwas später auch ‚Abzehrung‘, ‚Entkräftung‘ u. ä. angegeben. Wie ungenau die Diagnosen sind, geht schon daraus hervor, dass in einem und demselben Jahr z. B. auf dem einen Friedhof als Todesursache zu 90 % Fluß bzw. Flüssl angegeben wurde, während in dem anderen Friedhofsbuch der Name Fluß sehr viel seltener auftrat.“ (S. 328)

Der Eindruck, dass sich mancher auf diese Weise einer lästigen Pflicht entledigt hat, mag zusätzlich zu der pessimistischen Einschätzung des Erkenntnisgewinns

⁷ Vgl. BRÜGELMANN (1982).

durch eine Analyse der Todesursachen auf Seiten der historischen Forschung beigetragen haben.⁸ Darüber hinaus besteht ein generelles Problem: Die nosologische Namensgebung vieler Krankheiten in der Frühen Neuzeit steht einer eindeutigen Zuordnung oftmals im Wege. Die Nosographie orientiert sich an Symptomen, während die moderne Medizin ätiologisch konzeptioniert ist, sich die Herleitung von Krankheiten also nach ihren Ursachen richtet. Hinzu kommt, dass viele Krankheiten nicht zutreffend diagnostiziert wurden oder noch gänzlich unbekannt waren. Überdies bleibt der Informationsgehalt der Todesursachen gering, solange sie sich nicht über einen längeren Zeitraum nachverfolgen lassen. Spree (1992), der sich eingehender mit der Phase des epidemiologischen Übergangs auseinandergesetzt hat, teilt die pessimistische Einschätzung zur „Todesursachen-Statistik“ indes nicht:

„Das hängt nicht zuletzt mit dem Gesetz der großen Zahl zusammen. Mikrostudien, die mit kleinen Fallzahlen operieren, aber auch Aussagen, die sich auf relativ seltene Todesursachen stützen, müssen das Argument der Unsicherheit gegen sich gelten lassen. Wenn man jedoch die Todesursachen zu größeren Gruppen (...) aggregiert und auf genügend große Fallzahlen achtet, ergeben sich Entwicklungstendenzen über die Zeit hin, die aus mehreren Gründen höchst plausibel erscheinen: Sie entsprechen den Berichten von zeitgenössischen Ärzten über vorherrschende Krankheiten in ihrem Patientengut; sie sind mit bestimmten demographischen Entwicklungen und den für diese herangezogenen sozio-ökonomischen Erklärungen kompatibel. Nicht zuletzt aber werden viele Analyseergebnisse durch Übereinstimmungen (oder auch durch erklärbbare Nichtübereinstimmungen) im interregionalen und internationalen Vergleich gestützt.“ (S. 25)

Einige Todesursachen sind auch heute noch unter ihrem alten Namen geläufig, lassen sich also ohne weiteres einer Krankheit im modernen Sinne zuordnen (z. B. Pocken, Masern, Ruhr). Bei anderen ist es recht aufwendig, um aus dem namenge-

⁸ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 100-102; NORDEN (1984), S. 73 f.; BIELKE (1986), S. 173; DREES (1988), S. 38; RETTINGER (1989), S. 215; BEGEMANN (1990), S. 95; KLOKE (1997), S. 6; RESPONDEK (2001), S. 15.

benden Symptom sowie ergänzenden Informationen zumindest eine ungefähre Zuordnung treffen zu können. So fallen Krankheiten oftmals durch saisonale Häufungen oder eine Konzentration in bestimmten Lebensaltersphasen auf. Unter Rückgriff auf Methoden und Erkenntnisse der Historischen Demographie kann die Informationslage erweitert werden. Eine weitere Voraussetzung ist, wie von Spree angesprochen, eine genügend große Anzahl an Belegen.

Allerdings geht das reine Auszählen und Vergleichen von Todesursachen, wie es üblicherweise erfolgt, mit einem großen Problem einher. Wahrgenommen wird vornehmlich das, was bereits bekannt, in diesem Fall: zuordbar ist. Die Pocken spielen in den Untersuchungen aufgrund ihrer außergewöhnlichen Letalität stets eine große Rolle. Infolge der Schutzimpfung waren sie zudem in vielen Territorien in kurzer Zeit aus dem Spektrum der Todesursachen herausgefallen. Die Versuchung liegt also nahe, den Wegfall der Pocken und den epidemiologischen Übergang bzw. das einsetzende Bevölkerungswachstum als Kausalbeziehung zu deuten. Nun verschwand aber mit der Schutzimpfung nur eine, wenngleich die schlimmste der infektiösen Kinderkrankheiten. Auch *Frieseln*, ebenfalls eine Kinderkrankheit, wurde sehr häufig verzeichnet. In den historisch-demographischen Untersuchungen findet diese Todesursache kaum Erwähnung. Ungeklärt ist, was sich hinter *Frieseln* verbirgt. Die Frage drängt sich auf, wie sich der Wegfall der Pocken auf die anderen Krankheiten auswirkte. Denn mit Einführung der Schutzimpfung erhöhte sich die Zahl an potentiellen Opfern anderer Infektionskrankheiten.

Um zu einem echten Erkenntnisgewinn zu gelangen, bedarf es einer systematischen und umfassenden Analyse der Todesursachen unter Berücksichtigung vieler unterschiedlicher Faktoren. Neben personenbezogenen Daten wie Geschlecht und Alter ist es notwendig, den Raum, in dem die Menschen gelebt haben, ebenfalls in die Untersuchung einzubeziehen. Weil es sich um eine Zeit handelt, die durch Kameeralismus und Aufklärung geprägt war, muss neben den sozioökonomischen Strukturen auch der Entwicklung des staatlichen Gesundheitssystems besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Denn der Medikalierungsprozess wurde nicht nur getragen durch das Streben, die Gesundheit der Untertanen aktiv zu schützen. Je mehr der Staat regelnd in das gesellschaftliche Leben eingriff, desto stärker wuchs

die Erwartungshaltung in der Bevölkerung. Der Legitimationsdruck nahm zu. Daraus ergibt sich die Frage, ob, und wenn ja, in welchem Umfang Erfolge auf dem Gebiet der staatlich gelenkten Gesundheitsfürsorge zu verzeichnen sind.

In der vorliegenden Untersuchung geht es um die Lebens- und Arbeitsbedingungen in einer Agrargesellschaft. Ein wesentlicher Faktor, der sich zugleich jeglicher menschlicher Einflussnahme entzog, war folglich das Klima. Die Historische Klimaforschung konnte nachweisen, dass sich auch innerhalb kleinerer Zeiteinheiten Veränderungen vollzogen haben. Dies gilt nicht zuletzt für den Untersuchungszeitraum, der in die Endphase einer als „Kleine Eiszeit“ bezeichneten Periode fällt. Klimaperioden waren in sich nie statisch, so dass klimatische Veränderungen in einer historisch-demographischen Untersuchung zur Sterblichkeitsentwicklung unbedingt zu berücksichtigen sind.

Bei der Auswertung der Todesursachen im Rahmen einer einfachen Parochialstudie besteht die Gefahr statistischer Verzerrungen aufgrund der zu geringen Datenmenge. Ohnehin stellt sich stets die Frage nach der Repräsentativität der erarbeiteten Ergebnisse. Quantität der Daten und Repräsentativität sind daher durch eine örtliche und zeitliche Ausdehnung des Untersuchungsraums zu erhöhen. Um Einheitlichkeit zu gewährleisten, bietet es sich an, als Untersuchungsgegenstand ein geschlossenes Territorium zu wählen. Städte, insbesondere im deutschen Südwesten, wurden bereits im Rahmen der medizinischen Topographien behandelt. Die offenkundige Forschungslücke erfordert die Wahl eines ländlich strukturierten Territoriums im norddeutschen Raum. Außerdem liefern Vergleiche von Parochien in einer abgegrenzten Region zusätzliche Informationen, beispielsweise über Konstanten und Abweichungen innerhalb der Sterblichkeitsentwicklung. Wegen des beträchtlichen Arbeitsaufwands für Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten darf die Bevölkerungszahl des ausgewählten Territoriums während des Untersuchungszeitraums ein bestimmtes Limit nicht überschritten haben.

Der Aussagewert tendiert gegen Null, wenn sich das Spektrum an Todesursachen vorwiegend aus Begriffen wie „Entkräftung“ oder „Fluß“ zusammensetzt. Bei der Auswahl eines geeigneten Untersuchungsgebietes ist die Qualität des Datenmaterials ein unumgängliches Kriterium. Das Untersuchungsgebiet sollte daher über ein

– nach den Maßstäben der Zeit – fortschrittliches Gesundheitssystem mit einem hinreichenden und gutqualifizierten Personalbestand sowie eine effektive Konsistorialaufsicht verfügt haben.

Als Untersuchungsgegenstand wurde die Grafschaft Schaumburg gewählt, weil sie in idealtypischer Weise alle Voraussetzungen erfüllt. Im Folgenden wird Schaumburg, das sich nicht nur durch eine außergewöhnliche Geschichte, sondern auch eine Reihe struktureller Besonderheiten von anderen norddeutschen Territorien unterscheidet, vorgestellt.

1.3 Untersuchungsgebiet

In ihren Ursprüngen ähnelt die Grafschaft Schaumburg zahlreichen anderen Territorien im deutschsprachigen Raum. Das Grafengeschlecht erlebte seinen Aufstieg zunächst im Königsdienst und vergrößerte ihr Territorium im Laufe des Hochmittelalters. Das Spätmittelalter war geprägt von Erbteilungen und Verschuldungen. Um 1600 erreichte die Grafschaft Schaumburg eine wirtschaftliche und kulturelle Blüte. Allerdings nur im regionalen Vergleich und damit in höchst bescheidenem Rahmen. Politisch blieb das Territorium unbedeutend. Der Dreißigjährige Krieg und das Aussterben der männlichen Linie des Grafengeschlechts bildeten schließlich eine tiefgreifende Zäsur, denn in der Folge wurde das Territorium geteilt. Resultat war unter anderem die Entstehung der Grafschaft Schaumburg-Lippe, die stets unter der Regentschaft eines souveränen Herrschers stand. Das Restterritorium behielt zwar den alten Namen, verlor aber seine politische Autonomie und wurde zu einer Exklave der Landgrafschaft Hessen-Kassel. Sowohl finanziell als auch logistisch und personell wurde die Grafschaft Schaumburg mehrfach in die militärischen Verstrickungen Hessens einbezogen. Weil die Exklave eine nicht unbedeutende Einnahmequelle bildete, gab es zugleich Bemühungen, sie in ihrer wirtschaftlichen Entwicklung zu fördern. Die Erfolge waren bescheiden, doch die Grafschaft Schaumburg profitierte durch die Angliederung an einen Mittelstaat von einer recht modernen Administration.

Die Bevölkerung der Grafschaft Schaumburg, rund 35.000 Menschen um 1830, wurde seitens des hessischen Staates durchaus streng reglementiert und kontrolliert. Dies gilt insbesondere für Verordnungen, die im Rahmen der Medikalisierung erlassen wurden. Darüber hinaus wurde in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts die konsistoriale Aufsicht verschärft, was sich positiv auf die Qualität der Kirchenbücher als historische Quellen auswirkte. Die Todesursachen wurden zuverlässiger registriert. Zudem ist anzunehmen, dass die Todesursachen aus den schaumburgischen Sterberegistern aufgrund eines relativ dichten Besatzes an medizinischem Personal öfter als in herkömmlichen ländlichen Regionen auf professionellen Diagnosen basieren.

Ein weiterer Grund für die Wahl Schaumburgs als Untersuchungsgegenstand ist eine abwechslungsreiche naturräumliche Gliederung. Aus den Anbindungen an den Han-

delsverkehr – der südliche Bereich wird von der Weser durchflossen – haben sich unterschiedliche Ansätze zu einer Binnendifferenzierung ergeben. Ein größeres, die Region dominierendes urbanes Zentrum hat sich dennoch nicht herausgebildet. Die dörflichen Siedlungs- und Sozialstrukturen ähnelten einander. Im Wesentlichen gilt das auch für die Städte. Die schaumburgische Bevölkerung war in ihrer Gesamtheit weder besonders wohlhabend noch war sie von Armut geprägt. Die meisten Menschen deckten ihren Lebensunterhalt vollständig oder zu einem großen Teil über eine Beschäftigung auf dem primären Sektor. Produziert wurden in der Regel Überschüsse, an der Industrialisierung hatte die Grafschaft Schaumburg keinen Anteil. Alles in allem vollzog sich die Entwicklung recht unspektakulär, singuläre Ereignisse, durch die die Bevölkerungsentwicklung maßgeblich geprägt worden ist, gab es nicht. Die Grafschaft Schaumburg spiegelt ein Stück weit frühneuzeitliche Normalität, was einer Untersuchung der Bedingungen von Sterblichkeit zugute kommt.

Die überregionale Verbreitung von Infektionskrankheiten erfolgt seit jeher über den Reise- und Handelsverkehr. Die Grafschaft Schaumburg war in der Frühen Neuzeit vorrangig durch die Weser an den Warenverkehr angebunden. Um Informationen über die Bedeutung der Weser für die Verbreitung epidemischer Krankheiten zu gewinnen, wurden zusätzlich Sterberegister aus den benachbarten Territorien, der Grafschaft Lippe und dem Fürstentum Minden(-Ravensberg), ausgewertet. Die Ergebnisse fließen in das Unterkapitel „Epidemien“ im Grundlagenteil ein.

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen die Todesursachen. Da im Gegensatz zu einer Parochialstudie ein nahezu vollständiges, wenn auch kleines Territorium untersucht wird, wurden mehr als 80.000 Datensätze aus Sterberegistern erhoben, aufbereitet und analysiert. Um Informationen zu weiteren vitalen Äußerungen zu erhalten, die zur Klärung verschiedener Fragen im Rahmen des Grundlagenteils herangezogen werden können, wurden zusätzlich Daten zu Natalität und Nuptialität aus schaumburgischen Kirchenbüchern ermittelt. Wegen des damit verbundenen erheblichen zeitlichen Aufwands musste der Umfang begrenzt werden. Die Wahl fiel auf das Kirchspiel Grove (Rbg)⁹, weil dort zum einen bereits mit Einführung der Sterberegister im Jahr 1665 Todesursachen registriert worden sind. Zum andern bietet die Zusammensetzung

⁹ Der Name des Kirchspiels leitet sich von dem Dorf Grove ab, das zusammen mit weiteren Mitgliedsgemeinden erst in den 1830er Jahren mit der Stadt Rodenberg zu einer Gemeinde vereint wurde.

des Kirchspiels, dem eine Stadt, zwei vorstädtische Siedlungen sowie zwei Dörfer unterschiedlicher Struktur angehörten, eine Reihe interessanter Ansätze. Erhoben wurden daher sämtliche Daten aus den Geburts- und Eheregistern des Kirchspiels Grove (Rbg) vom 17. bis zum 19. Jahrhundert. Darüber hinaus wurden für einige schauburgische Kirchspiele weitere Daten, zum Teil zurückreichend bis ins 17. Jahrhundert, ausgezählt. Der Untersuchungszeitraum im erweiterten Sinne umspannt also die Jahre 1665–1875.

1.4 Leitfragen und Untersuchungsgang

Die vorliegende Arbeit soll Erkenntnisse liefern, die helfen können, die Ursachen für den Wandel des Todesursachenspektrums im Zuge des epidemiologischen Übergangs zu klären. Dazu ist es notwendig, die Todesursachen aus den schauburgischen Sterberegistern in ihrem inhaltlichen Gehalt gleichsam aufzuschlüsseln. Da aus der Analyse nicht nur Informationen über die Todesursachen an sich, sondern auch über gesellschaftliche Prozesse zu erwarten sind, wurden die Leitfragen entsprechend erweitert:

- *Wie lässt sich die Aussagekraft der in den schauburgischen Sterberegistern verzeichneten Todesursachen erhöhen?*
- *Welche Todesursachen lassen sich einer Krankheit im modernen Sinne zuordnen?*
- *Welche weiterführenden Informationen liefern die Todesursachen über das Leben in einer Agrargesellschaft im Übergang zur Neuzeit?*
- *Wie wirkten sich klimatische Veränderungen sowie Getreidepreissteigerungen auf die Entwicklung der Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg aus?*
- *Welche Rolle spielte die Medikalisierung im Zusammenhang mit dem Wandel des Todesursachenspektrums?*

Vor der eigentlichen Analyse der Todesursachen werden die Grundlagen erarbeitet. Um die Bedingungen für die Entstehung bzw. Verbreitung von tödlichen Krankheiten nachvollziehen zu können, bedarf es umfassender Kenntnisse über das Untersuchungsgebiet. Gegenstand des ersten Unterkapitels im Grundlagenteil ist die Grafschaft Schaumburg. Zunächst wird das Territorium in seiner politischen, demographischen und wirtschaftlichen Entwicklung vorgestellt. Danach wird auf Ernährung und Wohnverhältnisse eingegangen, da diese als ätiologische Faktoren in einem ursächlichen Zusammenhang mit Krankheiten stehen. In einem weiteren Kapitel werden sämtliche schauburgischen Kirchspiele kurz beschrieben. Da im Rahmen der Untersuchung

immer wieder einzelne Parochien oder deren Mitgliedsgemeinden Erwähnung finden, können diese gegebenenfalls nachgeschlagen werden. Darüber hinaus vermitteln die strukturellen Besonderheiten der Kirchspiele einen umfassenden Eindruck von der Heterogenität der Grafschaft Schaumburg. In einem abschließenden Kapitel erfolgt die Vorstellung der Nachbarterritorien, die zur Untersuchung der epidemischen Verbreitung von Krankheiten im Weserraum herangezogen werden.

Das zweite Unterkapitel des Grundlagenteils behandelt verschiedene Aspekte des Medizinalsystems sowie des Medikalierungsprozesses im 18. und 19. Jahrhundert. Darin werden sowohl die bestehenden medizinischen Strukturen beschrieben als auch Möglichkeiten und Begrenzungen bei der Verhütung und Therapie von Krankheiten berücksichtigt. Nach einer kurzen medizingeschichtlichen Einführung wird auf die Ausprägung des Medikalierungsprozesses in der Landgrafschaft Hessen-Kassel eingegangen. Der frühneuzeitliche Gesundheitsapparat in seinen formellen und informellen Ausprägungen wird insbesondere am Beispiel des medizinischen Personals vorgestellt. So ist die Verdrängung der Empiriker (Chirurgi, Wundärzte) durch die akademisch gebildeten Ärzte im Laufe des 19. Jahrhunderts Ausdruck der voranschreitenden Medikalierung. Die Ausführungen zu den Hebammen bzw. zur Verbesserung des (ländlichen) Hebammenwesens sind bedeutsam für die Untersuchung der Müttersterblichkeit in Schaumburg. Weiterhin wird auf Erfolge und Misserfolge der Landgrafschaft Hessen-Kassel bei der Durchsetzung von Hygieneregeln und anderen präventiven Maßnahmen eingegangen. Nicht nur die obrigkeitliche Rolle, sondern auch die Einstellung und die Verhaltensweisen der Bevölkerung etwa im Umgang mit Wasser und Fäkalien werden im Rahmen des Grundlagenkapitels behandelt.

Das Fundament der vorliegenden Untersuchung bilden die Daten aus den schaumburgischen Sterberegistern. Die Auswertung erfolgt unter Rückgriff auf Methoden der Historischen Demographie, die im dritten Unterkapitel des Grundlagenteils im Vordergrund stehen. Nach einer Beschreibung der Quellen und der Auswertungsmethoden folgen erste Analysen vitalstatistischer Daten aus schaumburgischen Kirchenbüchern. Da Arbeiten mit historisch-demographischer Ausrichtung zur Grafschaft Schaumburg nicht vorliegen, müssen zunächst einige allgemeine demographische Entwicklungen und Tendenzen herausgearbeitet werden. Unter anderem wird der Frage nach Handlungsspielräumen nachgegangen und dabei insbesondere die saisonale Abhängigkeit

der frühneuzeitlichen Bevölkerung thematisiert. Die Analyse zur alters- und schichtenspezifischen Sterblichkeit wird als ein sehr komplexes Thema mit einigen Überschneidungen in einem gemeinsamen Kapitel durchgeführt, wobei auch Geburtenraten und Heiratsverhalten Berücksichtigung finden. Abschließend wird auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten am Beispiel von Pocken sowie Masern und Ruhr eingegangen.

Das dritte Kapitel umfasst die eingehende Analyse der Todesursachen aus den schaumburgischen Sterberegistern. Einbezogen werden nur Krankheiten, die ausweislich der schaumburgischen Sterberegister ab 1665 präsent waren bzw. in Form von Todesursachen diagnostiziert worden sind. Die Pest (*Yersinia pestis*) beispielsweise entfällt, weil sie ausweislich der eingesehenen Quellen während des Untersuchungszeitraums in der Grafschaft Schaumburg nicht mehr aufgetreten ist. Für die Gliederung der Unterkapitel wäre eine Systematik denkbar, die sich an modernen Grundsätzen (ICD-Klassifikation) orientiert. Dies setzte jedoch voraus, dass sich der weitaus größte Teil der Todesursachen terminologisch zuordnen lässt, was nicht zu erwarten ist. Als Richtschnur für den Untersuchungsgang wurde aus diesem Grunde der zeitliche Ablauf der menschlichen Entwicklung vom Heranwachsen im Mutterleib bis zum fortgeschrittenen Alter gewählt.

Im ersten Unterkapitel „Kindbettsterblichkeit“ wird nach einem Überblick über allgemeine Schwangerschaftsrisiken untersucht, welche Komplikationen zum Tod der Frauen geführt haben könnten. Zugleich wird überprüft, auf welche Weise sich der hessische Staat um Verbesserungen auf dem Gebiet des Hebammenwesens bemüht hat.

In „Aborte und Totgeburten“ geht es um die Mortalität in der frühen Lebensphase. Nach wie vor sterben sehr viele Kinder bereits vor der Geburt. Überwiegend betrifft dies das fötale Stadium, doch befinden sich auch viele Aborte darunter. In der Vergangenheit barg nicht nur der Geburtsvorgang große Risiken, auch die Überlebensfähigkeit von Kindern, deren körperliche Reifung nicht abgeschlossen war, war äußerst reduziert. Darüber hinaus ist der Kenntnisstand über die pränatale Mortalität in historischen Gesellschaften sehr gering. Allein, weil von einer tendenziellen Unterregistrie-

nung auszugehen ist, fanden Aborte und Totgeburten im Rahmen von historisch-demographischen Untersuchungen wenig Berücksichtigung. In einem rein quantitativen Sinn ist die Aussagekraft der Daten insofern als nicht sonderlich hoch einzuschätzen. Die Analyse bildet den Ausgangspunkt für eine Thematisierung übergeordneter Aspekte. So wird erörtert, welche der vielfältigen Ursachen für einen Abort sich in besonderem Maße auf die pränatale Mortalität in der Vergangenheit ausgewirkt haben könnten, was zur besseren Einschätzung der allgemeinen Lebensbedingungen in der Grafschaft Schaumburg beitragen kann. Weiterhin wird der Frage nach der Einstellung der frühneuzeitlichen Bevölkerung gegenüber Kindern, die vor oder während der Geburt verstorben sind, nachgegangen. Die Beantwortung dieser Frage soll dazu beitragen, Aufschlüsse über die Ursachen der hohen Säuglingssterblichkeit zu erhalten.

Eine ausführliche Untersuchung der Säuglingssterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg erfolgt im Unterkapitel „Kinderkrämpfe“. Hinter diesem Sammelbegriff verbergen sich mehrere Todesursachen, die semantisch auf ein äußerst qualvolles Sterben verweisen und vornehmlich bei Säuglingen registriert worden sind. Die bis weit in das 19. Jahrhundert anhaltende Säuglingssterblichkeit wurde von Seiten der historischen Forschung eingehend untersucht, die Erklärungen fielen unterschiedlich aus. Im Rahmen der Datenanalyse wird unter Einbeziehung medizinischer Fachliteratur insbesondere der von Schlöder als Forschungsdesiderat hervorgehobenen Bedeutung des Stillverhaltens als „Schlüselfaktor“ nachgegangen.¹⁰

Im Unterkapitel „Infektiöse Krankheiten der Kindheit“ werden Todesursachen analysiert, die auf Krankheiten verweisen, die bevorzugt in den ersten Lebensjahren auftreten. Zum Teil wurden sie durch Impfprävention zurückgedrängt. Im Allgemeinen aber verlaufen sie mittlerweile komplikationslos, stellen dank des medizinischen Fortschritts zumindest keine akute Gefahr für das Leben der Infizierten dar. Nach überstandener Krankheit besteht in der Regel ein lebenslanger Immunschutz. In der Vergangenheit waren letale Verläufe häufiger, wozu verstärkt Pockeninfektionen beitragen. Nach dem bückeburgischen Arzt Bernhard Christoph Faust, einem der Propagandisten der Pockenschutzimpfung im Raum Schaumburg, soll um 1800 rund ein Zehntel aller Todesfälle auf diese Krankheit zurückgegangen sein.¹¹

¹⁰ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 172 u. 191.

¹¹ Vgl. FAUST, BERNHARD CHRISTOPH (1804), S. 6.

Neben den Pocken führen die Sterberegister viele Todesfälle auf, die durch Masern, Keuchhusten, Diphtherie und Scharlach verursacht worden sind. Im Rahmen der Analyse werden zunächst jeweils die modernen, danach die zeitgenössischen medizinischen Erkenntnisse vorgestellt. Schließlich erfolgt auf der Grundlage des erhobenen Datenmaterials die Ermittlung der geschlechts-, alters- und seasonspezifischen Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg sowie der topographischen Verteilung der jeweiligen Todesfälle im Kirchspiel Grove (Rbg). Die Ergebnisse werden unter anderem miteinander verglichen, um weiterführende Informationen für eine mögliche Bestimmung von *Frieseln*, eine unter den schaumburgischen Kindern sehr oft registrierte Todesursache, zu erhalten. Die Analyse der infektiösen Krankheiten der Kindheit soll dazu beitragen, die Frage nach dem Einfluss epidemischer Krankheiten wie der Pocken auf die Bevölkerungsentwicklung zu klären.

Die vorliegende Arbeit verfolgt nicht nur einen interdisziplinären Ansatz, sondern soll auch Bezüge zwischen Vergangenheit und Gegenwart sichtbar machen. So lehnt seit jeher ein Teil der Bevölkerung die Möglichkeit, sich gegen eine Reihe lebensbedrohlicher Krankheiten in Form der Schutzimpfung zu immunisieren, kategorisch ab. Selbst die Pockenschutzimpfung stieß noch im 20. Jahrhundert auf erheblichen Widerstand, obwohl durch sie die Eradikation dieser Krankheit herbeigeführt werden konnte. Da sie den Beginn einer aktiven Bekämpfung hochgefährlicher Krankheiten durch eine vorbeugende Impfung einläutete, wird ihre Einführung in der Grafschaft Schaumburg im Anschluss an die Untersuchung der infektiösen Krankheiten der Kindheit behandelt.

Das Unterkapitel über die frühneuzeitlichen „Fieber“ und gastrointestinalen Krankheiten vereint Todesursachen, die symptomatische Überschneidungen aufzuweisen scheinen. Dies gilt zuvorderst für den Typhus, der sich neben hohem Fieber häufig durch Darmblutungen äußert und damit Assoziationen zur Todesursache (*Rote*) *Ruhr* hervorruft. Fieber war im frühneuzeitlichen Medizinsystem von großer Bedeutung. Hinter Namen wie Nervenfieber, Wurmfieber oder Brustfieber verbergen sich Krankheiten oder pathogene Erscheinungen mit einer Erhöhung der Körpertemperatur als gemeinsamem Symptom. Um zu ermitteln, ob sich die frühneuzeitlichen „Fieber“ Krankheiten im modernen Sinne zuordnen lassen, wurden die meistverzeichneten dieser Todesursachen analysiert und miteinander verglichen.

Das Fleckfieber hat nachweislich mehrfach napoleonische Armeen dezimiert und dürfte während des Untersuchungszeitraums auch in der Zivilbevölkerung Mitteleuropas Tausenden das Leben gekostet haben. Dennoch wurde in der Grafschaft Schaumburg die Todesursache *Fleckfieber* nur äußerst selten registriert. Im Fall dieser Krankheit, die von unterschiedlichen Ektoparasiten übertragen und in eine epidemische und eine endemische Form zu unterscheiden ist, bestehen nach wie vor viele Unklarheiten, denen nachgegangen werden soll.

Die Cholera zählt zu den spektakulärsten Krankheiten der Vergangenheit, die Shigellosenruhr hingegen ist heute vergleichsweise unbekannt, obwohl sie in Mitteleuropa bis in die Neuzeit stets präsent war. In der Grafschaft Schaumburg gelang es nicht nur, ein Übergreifen der Cholera zu verhindern, sondern auch die wiederkehrenden Ruhrausbrüche weitgehend einzudämmen. Tatsächlich lässt sich den Erregern mit Hilfe hygienischer Maßnahmen gut begegnen. Am Beispiel dieser beiden Krankheiten wird auch der Frage nach der Effektivität der Gesundheitsbehörden nachgegangen, woraus Aufschlüsse über den Medikalisierungsprozess zu erwarten sind.

Beeinträchtigungen der Atemwege begleiten viele Krankheiten, die ätiologisch nicht miteinander verwandt sind. Die Todesursachen aus den schaumburgischen Sterberegistern, die auf eine entsprechende Erkrankung verweisen, werden deswegen in einem Unterkapitel zusammengefasst. Akute Atemwegserkrankungen mit letalem Verlauf dürften in der Vergangenheit vor allem Folge Grippaler Infekte sowie der Influenza gewesen sein. Da eine Unterscheidung im Allgemeinen nicht getroffen wurde, werden sie gemeinsam untersucht. Am Beispiel von Asthma und COPD wird der Vermutung nachgegangen, dass ein nicht unerheblicher Teil der frühneuzeitlichen Bevölkerung aufgrund der Wohnbedingungen an einer chronischen Beeinträchtigung der Atemwege gelitten hat. Todesursachen wie *Engbrüstigkeit* und *Dumpf* deuten dies an.

Neben akuten und chronischen Atemwegserkrankungen finden auch die Tuberkulose und die Silikose in diesem Unterkapitel Berücksichtigung. Die Tuberkulose bzw. Schwindsucht ist eigentlich eine bakterielle Infektionskrankheit, die in unterschiedlichen Organen auftreten kann. Zumeist manifestiert sie sich in Form der Lungenschwindsucht. Die Silikose, die in den Kirchenbüchern als *Steinhauerschwindsucht*

erscheint, ist eine reine Berufskrankheit. Verursacht wird sie nicht von einem organischen Erreger, sondern durch das Einatmen des feinen Staubs, der bei der Steinbearbeitung entsteht. Aus der Beschäftigung mit der Silikose sind Aufschlüsse über die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Grafschaft Schaumburg zu erwarten.

Den Sterbefällen im Unterkapitel „Tödliche Verletzungen“ liegen unterschiedliche Todesursachen zugrunde. Unter tödlichen Verletzungen versteht man Unfälle, Suizide und Mordfälle. Kennzeichnend für die verzeichneten Unfälle ist, dass diese unbeabsichtigt eingetreten sind. Im Fall der Suizide sind die tödlichen Verletzungen dagegen vorsätzlich herbeigeführt worden. Gegen den Willen der Verstorbenen wurden tödliche Verletzungen im strafrechtlichen Sinne, also Mord- und Totschlagsdelikte, verübt. Zwar finden sich für Letztere auch in den schauburgischen Kirchenbüchern Belege, die Außergewöhnlichkeit und Seltenheit dieser Ereignisse rechtfertigt jedoch keine eigenständige Untersuchung. Deshalb werden im Rahmen dieser Untersuchung nur Unfälle und Suizide mit letalem Ausgang berücksichtigt.

Art und Häufigkeit von Unfällen sind Ausdruck der Lebens- und Arbeitsbedingungen in einer Gesellschaft. Über eine eingehende Analyse der entsprechenden Todesursachen sollen Informationen zum Gefährdungspotential, dem Kinder und Erwachsene in ihrer agrarisch geprägten Lebenswelt ausgesetzt waren, gewonnen werden. Auch die Frage des Umgangs mit den Gefährdungen wird thematisiert.

Psychischen Erkrankungen wird in der Gegenwart zunehmend Aufmerksamkeit entgegengebracht. In der Vergangenheit fanden sie kaum Beachtung, solange sich die Betroffenen weitgehend normgerecht verhielten. Dass zumindest Depressivität als Folge eines Ungleichgewichts der Körpersäfte im Sinne der Humoralpathologie wahrgenommen wurde, belegen die Sterberegister. Die Entscheidung zum Suizid wurde gelegentlich mit dem Hinweis auf *Melancholie* begründet. Immerhin linderte diese Vereinfachung die Stigmatisierung, der sich auch die Angehörigen von Suizidenten ausgesetzt sahen. Aus der historisch-demographischen Analyse der verzeichneten Suizide sind ebenfalls Erkenntnisse zur frühneuzeitlichen Gesellschaft zu erwarten.

Der Untersuchungsgang orientiert sich an den Lebensaltersstufen, so dass abschließend auf Todesursachen eingegangen wird, die vornehmlich bei Erwachsenen im fortgeschrittenen Alter registriert worden sind. Hier ist das Spektrum an möglichen Krankheiten besonders breit. Da es sich überwiegend um internistische Leiden handelt, sind zweifelsfreie Zuordnungen bei rein symptomorientierten Todesursachen in der Regel nicht möglich. Das Unterkapitel „Krankheiten des Alters“ ist somit der Versuch einer behutsamen Annäherung an die tatsächlichen Ursachen der verzeichneten Sterbefälle. Darüber hinaus sollen über die Analyse Informationen zu den diagnostischen Möglichkeiten der zeitgenössischen Ärzte erarbeitet werden.

Die Ergebnisse aus der Untersuchung der Todesursachen bilden die Basis für Fragestellungen, denen im vierten Kapitel nachgegangen wird. Kontrovers diskutiert wurde die Frage, ob Getreidepreissteigerungen einen maßgeblichen Einfluss auf die Sterblichkeitsentwicklung in der Frühen Neuzeit hatten. Eine endgültige Klärung konnte bislang nicht herbeigeführt werden. Abgesehen davon, dass Preissteigerungen Folgen wetterbedingter Missernten waren, stellt sich die Frage des generellen Einflusses klimatischer Veränderungen, wie sie auch von der historischen Klimaforschung thematisiert wurde. Im Rahmen des ersten Unterkapitels wird möglichen Kausalitäten zwischen den Entwicklungen von Klima und Preisen auf der einen und Mortalität in der Grafschaft Schaumburg auf der anderen Seite nachgegangen.

Im zweiten Unterkapitel schließlich geht es um den epidemiologischen Übergang. Herauszuarbeiten ist, welche Veränderungen sich im Spektrum der Krankheiten mit tödlichem Verlauf in der Grafschaft Schaumburg ergeben haben. Unter anderem soll erörtert werden, ob sich staatliche Eingriffe oder medizinische Fortschritte bereits in der frühen Phase des epidemiologischen Übergangs mortalitätshemmend ausgewirkt haben. Als großer Vorteil wird dabei die Heterogenität des Territoriums erachtet. Über Vergleiche mehrerer Kirchspielgruppen, die jeweils unterschiedliche Landesteile bzw. Siedlungstypen repräsentieren, sollen weiterführende Informationen zur Sterblichkeitsentwicklung in der Grafschaft Schaumburg gewonnen werden.

1.5 Literatur

Die vorliegende Untersuchung steht in der Tradition der Historischen Demographie. Sie stützt sich wesentlich auf die Auswertung von Daten aus Kirchenbüchern, in erster Linie den schauburgischen Sterberegistern. Mittels historisch-demographischer Methoden soll insbesondere geklärt werden, welche Krankheiten im modernen Sinne sich hinter den Todesursachen verbergen. Die zusätzliche Erhebung von Daten aus Ehe- und Geburtenregistern erfolgt nur, um weiterführende Kenntnisse über die Bedingungen von Sterblichkeit zu gewinnen. Insofern unterscheidet sich die vorliegende Untersuchung in ihrer Zielsetzung von den klassischen Parochialstudien, wie sie nach französischem Vorbild auch in Deutschland entstanden.

Im Mittelpunkt steht die Frage nach der Sterblichkeitsentwicklung in einem mitteleuropäischen Territorium. Historisch-demographische Arbeiten beispielsweise aus dem französischen und englischen Raum wurden aufgrund struktureller Unterschiede bewusst nicht herangezogen. Zudem ist im deutschsprachigen Raum vor allem in den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine Reihe an Untersuchungen von Städten, Parochien oder Einzeldörfern erschienen, die in den Kontext der Historischen Demographie einzuordnen sind. Zu den umfangreichsten Arbeiten zählen die Fallstudien Schlumbohms (1994) und Medicks (1997) über das Kirchspiel Belm bzw. Laichingen. Die Arbeiten, beide mit proto-industriellem Schwerpunkt, bilden gleichsam eine Art Abschluss. Seither ist die Zahl an historisch-demographischen Veröffentlichungen deutlich zurückgegangen. In den vergangenen 20 Jahren wurden drei Untersuchungen größeren Umfangs veröffentlicht, in deren Mittelpunkt jedoch Städte bzw. deren unmittelbares Umfeld stehen: Rettinger (2002) behandelt die Umgebung der Stadt Mainz, Wendler (2008) die Stadt Lüneburg und Schlöder (2014) die Stadt Bonn. Der norddeutsche Raum fand relativ wenig Interesse. Überdies sind Veröffentlichungen von Gehrman (1984) über das Kirchspiel Leezen und von Norden (1984) über Butjadingen annähernd 40 Jahre alt. Der weitaus größte Teil der Darstellungen beschäftigt sich mit Regionen im südlichen und südwestlichen Raum Mitteleuropas. Das Gebiet Niedersachsens einschließlich der Grafschaft Schaumburg ist ohnehin unterrepräsentiert.

Die Todesursachen fanden in den historisch-demographischen Untersuchungen zwar Berücksichtigung, eine tiefergehende systematische Aufarbeitung ist bislang nicht erfolgt. Zur Klärung unterschiedlicher Fragen über allgemeine demographische Sachverhalte sowie zur Überprüfung eigener Ergebnisse enthalten diese Arbeiten freilich eine Vielzahl an Informationen. Und auch punktuell, beispielsweise im Kontext der Mortalitätsentwicklung in Hochpreisphasen, können ältere Forschungsergebnisse herangezogen werden.

Die Geschichte der Bevölkerung in der Grafschaft Schaumburg ist kaum erforscht. Hervorzuheben ist die zweibändige Arbeit Schneiders (1994 bzw. 1995), in der sowohl die Grafschaft Schaumburg als auch das Fürstentum Schaumburg-Lippe in der Phase der Industrialisierung behandelt werden. Allerdings setzt die Untersuchung erst im 19. Jahrhundert ein. Hilfreich für die Einschätzung der Lebensbedingungen ist die Untersuchung von Reißner (2000) zur Lage der Tagelöhner. Darstellungen, die von Laien zu einzelnen schaumburgischen Siedlungen verfasst worden sind, liefern keinerlei Anhaltspunkte zu demographischen Prozessen. Viele dieser Arbeiten entstanden in den 1950er Jahren und befassen sich vorzugsweise mit Flurgeschichte. Zu einem sehr großen Teil basieren die im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingeflochtenen Informationen über die wirtschaftlichen Strukturen vom 17. bis zum 19. Jahrhundert auf einer eigenen Untersuchung, die 1996 als Magisterarbeit angefertigt wurde.¹² Ausgewertet wurden zu diesem Zweck fiskalische Quellen, wobei auch die Bevölkerungsentwicklung thematisiert wurde.

Weiterführende Untersuchungen mit (medizin-)historischer Ausrichtung, die im Zusammenhang mit der Analyse der Todesursachen Aufschlüsse liefern könnten, liegen kaum vor. Zur Cholera insbesondere im norddeutschen Raum gibt es einige Darstellungen. Wirklich eingehend untersucht wurden nur die Pocken. Um den Mangel an Vorarbeiten auszugleichen, wird in großem Umfang zeitgenössische medizinische Fachliteratur ausgewertet.

¹² Vgl. SAUER, PETER (1996).

Um als medizinischer Laie überhaupt ein Verständnis für die Verbreitung, Bedingungen und Wirkungsweise von Krankheiten entwickeln zu können, bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung mit pathologischen Prozessen auf der Grundlage moderner medizinischer Erkenntnisse. Aus diesem Grunde werden den analytischen Kapiteln zu den Todesursachen jeweils einleitende Beschreibungen der Krankheiten nach moderner Kenntnislage vorangestellt. Diese basieren auf entsprechender Fachliteratur. Quellen allgemeiner Art sind medizinische Lexika sowie Einführungsliteratur für Fachpersonal, u. a. Pschyrembel (Online-Version), MSD-Manual der Diagnostik und Therapie (ehemals „Merck Manual“; nur noch online verfügbar), Bonita et. al. (2006), Klischies (2008), Darai et. al. (2009). Eine große Hilfe sind auch die Merkblätter, Themenhefte etc., die vom Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlicht worden sind. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Internetseiten, auf denen medizinische Sachverhalte sowie weiterführende Informationen für Betroffene von Fachpersonal auch für Laien gut nachvollziehbar aufbereitet und erklärt werden. Als Beispiele seien stellvertretend nur www.netdokter.de und www.lungenaerzte-im-netz.de genannt.

Um den Anmerkungsapparat nicht unnötig aufzublähen, wurde darauf verzichtet, Quellenbelege zu Aussagen, wie sie sich auch auf den einschlägigen medizinischen Internetseiten finden, aufzuführen. Häufig ähneln sich die Formulierungen, so dass von einer echten Urheberschaft nicht ausgegangen werden kann. Sofern im Rahmen dieser Untersuchung auf Informationen dieser Art zurückgegriffen wurde, sind die jeweiligen Quellen nicht explizit genannt. Wörtliche Zitate sowie Informationen spezieller Art werden jedoch stets in den Fußnoten belegt.

1.6 Hinweise zur äußeren Gestaltung

Die vorliegende Arbeit orientiert sich weitgehend an den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie („DGPs“), die mittlerweile in 5. aktualisierter Auflage vorliegen. In einigen Punkten wurde davon abgewichen. Beispielsweise sehen die DGPs vor, dass Dezimalstellen von den ganzen Zahlen durch einen Punkt getrennt werden (S. 66). Da diese Praktik im deutschsprachigen Raum noch ungebräuchlich ist, wird in diesem Fall der Regelung des Dudens – Trennung durch Komma – der Vorzug gegeben.

Zitate aus Literatur, die in gedruckter Form erschienen ist, stehen stets in doppelten Anführungszeichen. Zitate aus den schauenburgischen Sterberegistern sowie weiteren archivalischen Quellen werden ohne Anführungszeichen in *Kursivschrift* gesetzt.

Im Zusammenhang mit der Analyse der Todesursachen werden aus Gründen der Exaktheit medizinische Fachbegriffe verwendet. Erläuterungen zu den weniger gebräuchlichen Fachbegriffen werden der Arbeit in einem entsprechenden Verzeichnis beigelegt. Die in das Verzeichnis aufgenommenen Begriffe werden im Text durch Unterstreichung kenntlich gemacht.

Bei der sprachlichen Gestaltung findet die Forderung nach einer gendgerechten Sprache Beachtung. Nach Möglichkeit werden daher geschlechtsneutrale Begriffe gewählt. Wo dies nicht möglich ist, wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Die ausschließliche Verwendung der männlichen Form soll auch in diesen Fällen explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden.

2. GRUNDLAGEN

2.1 Das Untersuchungsgebiet

2.1.1 Leitlinien der politischen Entwicklung

Das Gebiet der Grafschaft Schaumburg (hessischen Anteils)¹³ befand sich im Übergang von der Norddeutschen Tiefebene zum Mittelgebirge. Natürliche Grenzen bildeten im Westen der Bückeberg und im Osten bzw. Südosten Deister und Süntel. Der zugehörige Bereich südlich der Weser zählt schon zum Lippischen Berg- und Hügelland. Im Norden reichte die Grafschaft Schaumburg bis nahe an das Steinhuder Meer. Gemeinsame Grenzen gab es mit vier Territorien: Die mächtigsten Nachbarn waren das Kurfürstentum Braunschweig-Lüneburg (Kurhannover) und das 1648 Brandenburg-Preußen angeschlossene Fürstentum Minden. Die Grafschaft Lippe gehörte zu den reichsständischen Territorien, deren politischer Einfluss unbedeutend war. Dies gilt auch für das Nachbarterritorium im Westen, die Grafschaft Schaumburg-Lippe, die erst im Rahmen der Teilung der Grafschaft Schaumburg im 17. Jahrhundert entstanden ist. Das Untersuchungsgebiet war zwar Bestandteil eines Territoriums, das zu den Handlungsträgern innerhalb des Deutschen Reichs zählte, doch hatte die schaumburgische Exklave innerhalb der Landgrafschaft Hessen-Kassel kein politisches Gewicht.

Über die Ursprünge der Grafschaft Schaumburg liegen nur wenige Informationen vor. Die Vorfahren der Grafen waren vermutlich im Weserraum¹⁴ beheimatet und erlebten als Ministeriale des Bischofs von Minden oder auch im Königsdienst einen sozialen Aufstieg. Historisch gesichert ist, dass das Geschlecht als Würdigung des Engagements in Diensten von Herzog Lothar von Süpplingenburg im Jahre 1111 mit den Grafschaften Holstein und Stormarn belehnt wurde.¹⁵ Die Grafenrechte im mittleren

¹³ Zur besseren Abgrenzung findet sich in Quellen sowie Abhandlungen über die Grafschaft Schaumburg gelegentlich der Zusatz „hessischen Anteils“. Das Territorium vor der Teilung wird als „Alte“ Grafschaft Schaumburg bezeichnet.

¹⁴ Für die auf Hermann von Lerbeck zurückgehende Annahme, dass das Geschlecht ursprünglich in der Gegend um Magdeburg beheimatet gewesen sei, gibt es keinen schlüssigen Beweis; vgl. SCHMIDT, GÜNTHER (1920), S. 14 f.; KRUPPA (2014), passim. Eine Übersetzung der entsprechenden Passage bei RAUSCH (1951), S. 9-11.

¹⁵ Vgl. SCHMIDT, GÜNTHER (1920), S. 11 u. 15 f.; MAACK (1986), S. 19-21.

Weserraum befanden sich bis zu deren Aussterben im Jahre 1106 dagegen in den Händen der Billunger.¹⁶

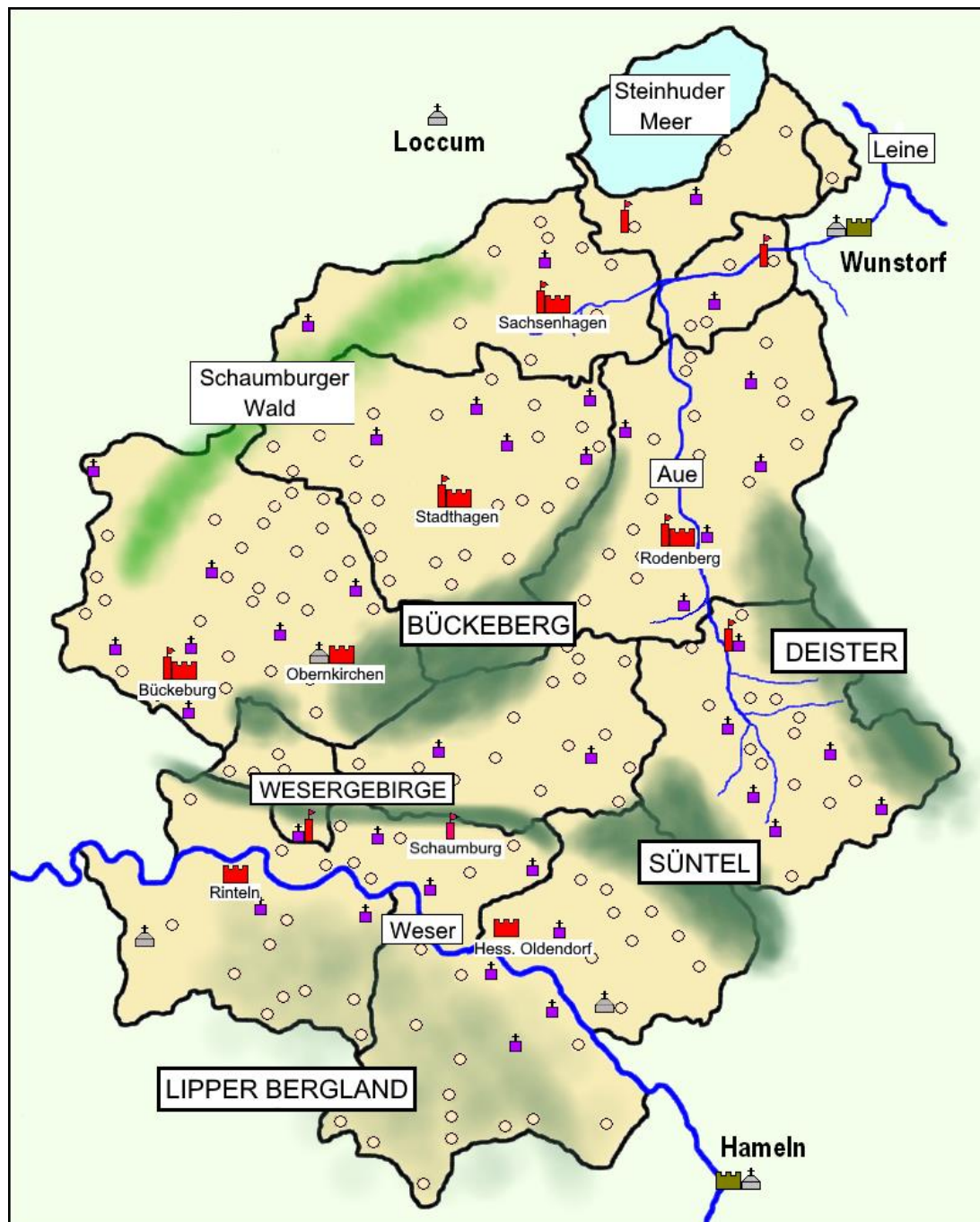


Abb. 1: Das Gebiet der "Alten" Grafschaft Schaumburg (15. Jahrhundert)

Ob sich der Grafentitel einzig auf die nordelbischen Gebiete bezog oder ob die Schaumburger die damit verbundenen Rechte schon zu diesem frühen Zeitpunkt über

¹⁶ Vgl. EICK (2002), S. 190 f.

ihre Allodialgüter im Weser- und Auetal ausübten, ist nicht geklärt.¹⁷ Zwischen 1110 und 1130 wurde auf dem Nesselberg oberhalb des Wesertals die Schaumburg errichtet.¹⁸ In den folgenden Jahrzehnten konzentrierten sich die Schaumburger auf ihre Besitzungen in Nordelbien.¹⁹ Ein zielstrebigter territorialer Ausbau der Herrschaft im mittleren Weserraum zeichnet sich erst seit dem ausgehenden 13. Jahrhundert ab.

Vergleichsweise dicht besiedelt waren im Hochmittelalter allein die wesernahen Gebiete des schaumburgischen Territoriums.²⁰ Kulturelle und wirtschaftliche Funktionen in bescheidenem Maß übten die beiden geistlichen Gründungen Möllenbeck und Fischbeck aus (siehe auch Kap. 2.1.5). Die Ursprünge des Benediktinerklosters Möllenbeck liegen im ausgehenden 9. Jahrhundert, die Gründung des Damenstifts Fischbeck datiert in das Jahr 955. Im 12. Jahrhundert wurde das Augustinerinnenstift Obernkirchen gegründet, wodurch zumindest die gleichnamige Klosterfleckensiedlung profitierte. Bereits im Spätmittelalter erscheint Obernkirchen als *oppidum*, die Stadtrechte wurden erst 1615 offiziell verliehen.

Zur Sicherung des sich vergrößernden Territoriums errichteten die schaumburgischen Grafen eine Reihe von Burgen, daneben bemühten sie sich zunehmend um die wirtschaftliche Förderung. Eine essenzielle Maßnahme im Rahmen des mittelalterlichen Landesausbaues war die Gründung von Städten. Stadthagen wurde um 1225 als Stadt gegründet, wengleich die schriftliche Verleihung der entsprechenden Rechte verspätet im Jahre 1344 erfolgte.²¹ Rinteln und Hessisch Oldendorf wurden ebenfalls noch in der ersten Hälfte des 13. Jahrhunderts gegründet. Rinteln erlebte die Stadtrechtsverleihung 1239, Hessisch Oldendorf erhielt das Privileg vermutlich erst im Jahr 1405.²² Aufgrund ihrer Lage im Südwesten bzw. Südosten waren die Weserstädte für das junge Territorium von strategischer Bedeutung. Im ausgehenden 12. Jahrhundert setzte unter Beteiligung der Schaumburger eine umfangreiche Rodungsperiode ein. Den

¹⁷ Im Gegensatz zu SCHMIDT, GÜNTHER (1920), S. 15, u. MAACK (1986), S. 20 f., bezieht MILATZ (1955), S. 7, die Grafenwürde auch auf die Herrschaft an der Weser; vgl. hierzu auch EICK (2002), S. 196-198.

¹⁸ Vgl. SCHMIDT, GÜNTHER (1920), S. 15; MAACK (1986), S. 21 f.; hierzu auch HEINE (2014), S. 98.

¹⁹ Der mittlere Weserraum wurde zu diesem Zeitpunkt durch das Bistum Minden dominiert. Im nord-schaumburgischen Raum konnte es den expansiven Bestrebungen weltlicher Herren bis in die 1270er Jahre erfolgreich begegnen; vgl. EICK (2002), S. 198.

²⁰ Im Folgenden wurde auf KEYSER (1952), HUSMEIER (2002) sowie SCHMIDT, GÜNTHER (1920), S. 19-53, zurückgegriffen. Insbesondere zur Siedlungsgeschichte vgl. auch ENGEL (1955).

²¹ Vgl. VOGTHERR (2014), S. 331 f.

²² Vgl. EBD., S. 333-335.

Schwerpunkt bildete die Urbarmachung des sogenannten Dülwalds²³ in der Ebene nordwestlich des Bückebergs. In dieser Phase entstanden einige Burgfleckensiedlungen, die im 17. Jahrhundert zu schaumburgischen Städten erhoben wurden.²⁴

Die Personalunion mit den nordelbischen Grafschaften endete infolge einer Erbteilung im Jahre 1295,²⁵ wobei der schaumburgischen Linie die Grafschaft Holstein-Pinneberg zugesprochen wurde. Die Grafschaft Schaumburg erreichte ihre größte Ausdehnung am Ende des 14. Jahrhunderts, als die Grafen infolge der im Spätmittelalter üblichen Pfandpolitik vorübergehend über eine Reihe von Rechten und Gebieten in der Nachbarschaft des Kernterritoriums (u. a. Stadt Hameln, Grafschaft Sternberg) verfügten.²⁶ Doch auch die schaumburgischen Grafen hatten mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen und verloren im Laufe des 15. Jahrhunderts Besitztümer. Bedroht war der Bestand des Territoriums nicht nur durch eine stetig wachsende Schuldenlast, sondern auch durch mächtige Nachbarn, namentlich dem Bistum Minden und dem Herzogtum Braunschweig. In dieser Situation entschlossen sich die gemeinsam regierenden Schaumburger Grafen Anton und Johann zu einer für die spätere Entwicklung des Territoriums bedeutsamen Maßnahme: Um gegebenenfalls auf den Beistand eines mächtigen Partners zurückgreifen zu können, verbündeten sie sich 1518 mit Landgraf Philipp von Hessen, indem sie ihm einige Ämter zu Lehen auftrugen. Wenige Jahre zuvor hatten sie mit der späteren Reichsgrafschaft Lippe, ihrem südlichen Nachbarn, einen Erbverbrüderungsvertrag geschlossen (1510/11). Dieser sah vor, dass im Falle des Aussterbens eines der beiden Häuser das überlebende Haus als Erbnehmer dessen Nachfolge antreten solle.²⁷ Die Abkommen wirkten sich vorerst nicht unmittelbar auf die weitere Entwicklung aus. Als zunehmend problematisch erwies sich nun die Schuldenlast. Äußerst kritisch wurde die Situation in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts. Graf Otto IV. hatte sich als Söldnerunternehmer im Dienste des spanischen Königs Philipp versucht, war aber vollkommen gescheitert.²⁸ Erst nach seinem Tod im

²³ Der Dülwald war ein zusammenhängendes Waldgebiet, das sich über die Ebene im Norden und Nordwesten des Bückebergs erstreckte und von Wunstorf bis nahe Minden reichte; vgl. ENGEL, FRANZ (1970), S. 162.

²⁴ Bückeburg (1609), Rodenberg (1615), Sachsenhagen (1650). Diese Stadterhebungen waren eher formelle Akte, da die Flecken bereits über weitgehende Rechte verfügten; vgl. VOGTHERR (2014), S. 338.

²⁵ Als 1459 der letzte männliche Erbe der holsteinischen Linie starb, gelang es den Schaumburgern nicht, ihre Ansprüche u. a. auf Holstein durchzusetzen; vgl. MAACK (1986), S. 34.

²⁶ Vgl. EBD., S. 21 f. u. 25-31.

²⁷ Vgl. EBD., S. 34.

²⁸ Vgl. HUSMEIER (2002), S. 279-310.

Jahre 1576 gelang es einer durch die schauburgischen Landstände eingesetzten Interimsregierung, das überschuldete Territorium zu konsolidieren.²⁹

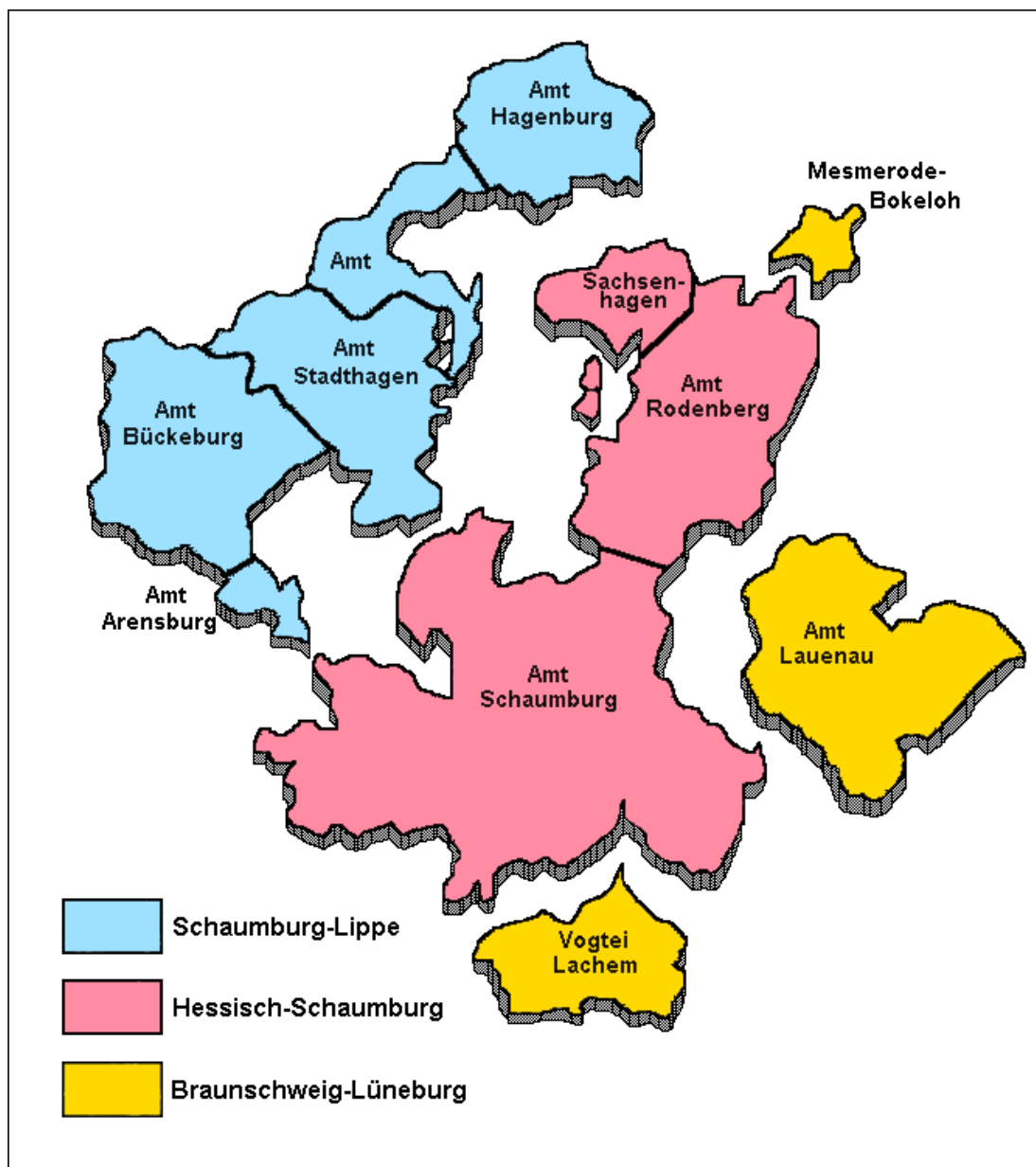


Abb. 2: Die Teilung der Grafschaft Schaumburg im Jahre 1647³⁰

In den ersten beiden Jahrzehnten des 17. Jahrhunderts erfuhr die Grafschaft Schaumburg unter dem Fürsten Ernst eine erhebliche Förderung auf kulturellem und wirtschaftlichem Gebiet.³¹ Unter anderem gründete er die Universität Rinteln (1620)³² und

²⁹ Vgl. allg. HAUPTMEYER (1979), S. 105-115; BEI DER WIEDEN, HELGE (1981), S. 21 f.; MAACK (1986), S. 37 f.; HUSMEIER (2002), S. 324 f.

³⁰ Nach MAACK (1986), S. 70.

³¹ Vgl. allg. BEI DER WIEDEN, HELGE (2010); BRÜDERMANN (2018).

³² Vgl. SCHORMANN (1982), passim.

verlieh Bückeberg, Obernkirchen und Rodenberg die Stadtrechte. Gleichzeitig schränkte Fürst Ernst über den Erlass einer Polizeordnung die Befugnisse der städtischen Autonomie ein und entmachtete die schaumburgischen Landstände.³³ Ihm war nicht nur ein erhebliches herrscherliches Selbstbewusstsein zu eigen, er verfügte auch über die notwendigen, weil autoritätssichernden finanziellen Mittel. Überdies war es ihm weitgehend gelungen, sein Territorium vor Verstrickungen in verschiedene militärische Auseinandersetzungen zu bewahren.³⁴ Doch schon wenige Wochen nach seinem Tod im Jahre 1622 griff der Dreißigjährige Krieg in Form von Plünderungen und Einquartierungen zum ersten Mal auf Schaumburg über. Weil Ernst und seine Ehefrau kinderlos geblieben waren, wurde die Regentschaft nacheinander zwei männlichen Verwandten aus Nebenlinien, Jobst Hermann und Otto V., übertragen.³⁵ Beide starben jeweils nach relativ kurzer Regierungszeit (1635 bzw. 1640) ohne Erben zu hinterlassen. Nicht zuletzt die politische Unerfahrenheit der beiden Regenten hat dazu beigetragen, dass die Grafschaft Schaumburg während des Dreißigjährigen Krieges sowohl von katholischer als auch protestantischer Seite zwischen 1622 und 1642 mehrfach heimgesucht und dabei erheblich in Mitleidenschaft gezogen worden war.

Nach dem Tod des letzten Regenten aus schaumburgischem Hause machten verschiedene Seiten Ansprüche geltend.³⁶ Die Landgrafschaft Hessen-Kassel berief sich auf den Vertrag aus dem Jahre 1518 und besetzte unverzüglich die ihnen als Lehen aufgetragenen Ämter. Das Herzogtum Braunschweig-Lüneburg zog zwei weitere Ämter als erledigte Lehen ein (**Abb. 2**). Weitere Ansprüche wurden u. a. von Seiten des Bistums Minden und des Hauses Lippe erhoben. Nach einem rund 7-jährigen Rechtsstreit gelangte man zu einer Einigung: Einige Gebiete wurden dem Fürstentum Calenberg angegliedert,³⁷ der größte Teil des verwaisten Territoriums fiel an die Landgrafschaft Hessen-Kassel. Allerdings wurde verfügt, dass Hessen-Kassel die Hälfte³⁸ des ihm

³³ Vgl. BEI DER WIEDEN, HELGE (1981), S. 36 u. 134; ROGGE (1992), S. 18-22.

³⁴ Vgl. allg. BEI DER WIEDEN, HELGE (2002).

³⁵ Vgl. allg. MAACK (1986), S. 59-69.

³⁶ Zur Teilung der Grafschaft und den rechtlichen Folgen vgl. HAUPTMEYER (1979), S. 78-80, 152 f. u. 190-196; STEINWASCHER (2002).

³⁷ Die Ämter Bokeloh, Mesmerode, Lauenau sowie ein Teil der Vogtei Lachem im Süden der Grafschaft Schaumburg.

³⁸ Ziel war die Schaffung zweier Territorien, die in ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einander entsprachen. Daher legte man die Einkünfte der verschiedenen Ämter zugrunde. Die Einkünfte u. a. aus den Weserzöllen und den Kohlebergwerken wurden zwischen Hessen-Kassel und Schaumburg-Lippe geteilt.

zugesprochenen Territoriums als Lehen dem Grafen Philipp zur Lippe überträgt. Philipps Besitz wurde unter dem Namen Grafschaft Schaumburg-Lippe zusammengefasst.³⁹ Der bei Hessen-Kassel verbliebene Teil des Ursprungsterritoriums wurde weiterhin als Grafschaft Schaumburg bezeichnet. Die nunmehr hessische Exklave umfasste das Amt Schaumburg im Süden, das Amt Rodenberg im Norden sowie das verkleinerte Amt Sachsenhagen im Nordwesten mitsamt allen darin liegenden Städten, Flecken und Stiften. Obwohl in der Folgezeit Unstimmigkeiten über die Zugehörigkeit einzelner Gebiete auftraten, blieb der Teilungsrezess von 1647 im Ergebnis mehr als 200 Jahre bestehen.

Der Besitz der Exklave war für die Landgrafschaft Hessen-Kassel nicht nur von wirtschaftlichem, sondern auch von strategischem Wert. Schaumburg verkürzte als Brückenkopf die Entfernung zu den hessischen Besitztümern im Bereich der Unterweser, die nur auf dem Flussweg zu erreichen waren.⁴⁰ Der Anschluss an Hessen ging mit einer für die schaumburgische Bevölkerung folgenschweren Militarisierung einher (siehe auch Kap. 2.1.2). So wurde die Weserstadt Rinteln nicht nur zum Amtssitz bestimmt, sondern auch zur Festungs- und Garnisonsstadt ausgebaut. Stationiert waren zwischen 200 und 450 Soldaten. Daneben beherbergte Schaumburg eine Reihe landesherrlicher Invaliden. Die ehemaligen Soldaten, die im Krieg ihre Gesundheit eingebüßt hatten, versahen u. a. Dienst als Schlossbesatzung in der nordschaumburgischen Amtstadt Rodenberg.⁴¹

Der Erfolg der hessischen Landgräfin Amalie Elisabeth in den Verhandlungen zum Westfälischen Frieden ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sie sich auf eine große Söldnerarmee stützen konnte.⁴² Der Erhalt militärischer Stärke blieb fortan eine Konstante hessischer Politik. Im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts erfolgte der Aufbau eines Stehenden Heeres, dessen Umfang in Relation zur Gesamtbevölkerung gesehen selbst dasjenige Brandenburg-Preußens übertraf.⁴³ Darüber hinaus spielte die

³⁹ Schaumburg-Lippe setzte sich aus den Ämtern Arensburg, Bückeburg, Hagenburg, Stadthagen sowie einem Teil des Amtes Sachsenhagen zusammen. 1807 wurde die Grafschaft zum Fürstentum erhoben, zählte aber zu den kleinsten Staaten im Deutschen Bund; vgl. SCHNEIDER (1994), S. 3.

⁴⁰ Vgl. EBD., S. 10.

⁴¹ Informationen über Angehörige dieser Personengruppe enthalten die Register des Kirchspiels Grove (Rbg).

⁴² Vgl. KAMPMANN (2014), S. 27.

⁴³ Vgl. PHILIPPI (1983), S. 109 f.; KAMPMANN (2014), S. 33.

Landgrafschaft Hessen-Kassel als eines der größten deutschen Territorien und armer Reichsstand weiterhin eine aktive Rolle auf Reichsebene. Als Verbündete Preußens wurde sie in die politischen Auseinandersetzungen des 18. Jahrhunderts verstrickt, was auch für die Grafschaft Schaumburg Konsequenzen nach sich zog. Schon während der beiden Schlesischen Kriege kam es zu Truppendurchmärschen.⁴⁴ Der Siebenjährige Krieg schließlich brachte sehr große und anhaltende Belastungen für die schaumburgische Bevölkerung mit sich.⁴⁵ Die Schlachten bei Hastenbeck (Hameln) und Minden in den Jahren 1756 und 1759 ereigneten sich sogar in unmittelbarer Nachbarschaft der Grafschaft. Insbesondere die schaumburgischen Siedlungen im Weserraum wurden wiederholt zur Verpflegung und Unterkunft der Truppen bis hin zu langwierigen Einquartierungen herangezogen. Die Stadt Hessisch Oldendorf war zudem Standort eines Lazarett. Im Sommer 1761 sollen darin vorübergehend 6.000 Kranke versorgt worden sein.⁴⁶ Darüber hinaus litt die Bevölkerung unter Ernteschäden, Verlusten an Vieh sowie der Heranziehung zu Arbeitsdiensten. Weitere Belastungen erwuchsen einige Jahre später aus Hessens Engagement im Amerikanischen Unabhängigkeitskrieg. Zum einen wurden sehr viele Soldaten, die für den Einsatz in den britischen Kolonien bestimmt waren, über die Weser nach Bremen verschifft.⁴⁷ Zum andern stammte ein Teil der Truppen, die Hessen-Kassel aufgrund der Verpflichtung aus den Subsidienverträgen zu stellen genötigt war, selbst aus Schaumburg.⁴⁸ Der Ausbruch der Französischen Revolution schließlich läutete eine Phase ein, die in ganz Europa durch eine Aneinanderreihung von Krisen geprägt war. Gleich zu Beginn der Koalitionskriege wurde in der hessischen Exklave die Truppenpräsenz erhöht. In Hessisch Oldendorf gehörte im Jahre 1795 jeder sechste Einwohner dem Militär an.⁴⁹

⁴⁴ In schaumburgischen Kirchenbüchern finden sich immer wieder Eintragungen über Ereignisse wie Durchmärsche, Einquartierungen oder Plünderungen. Gelegentlich wird auch über die Bestattung von Soldaten berichtet, die in einem Lazarett verstorben oder deren Leichen in der Weser angespült worden sind.

⁴⁵ Vgl. auch KÖLLING (1956), S. 68 u. 71-77.

⁴⁶ Vgl. Sterberegister Hessisch Oldendorf, 1761.

⁴⁷ Einer dieser Soldaten war 1781 auch Johann Gottfried Seume. In seinen Lebenserinnerungen erzählt der passionierte Fußgänger, wie er sich als Preuße ausgab, um der Enge der „Bremer Böcke“, den Transportschiffen, zu entgehen. Die preußischen Soldaten, darunter Deserteure, wurden „nicht weit von Hameln“ an Land gesetzt, um das angrenzende preußische Fürstentum Minden zu umgehen; vgl. SEUME (1991), S. 58.

⁴⁸ In den schaumburgischen Kirchenbüchern sind gelegentlich Amerikaveteranen sowie Soldaten, die in den USA verstorben sind oder als verschollen galten, verzeichnet.

⁴⁹ Vgl. KEYSER (1952), S. 191 u. 193.

Die Grafschaft Schaumburg hatte lange Zeit eine Sonderstellung u. a. mit eigenen Landständen inne und war der Landgrafschaft Hessen-Kassel zunächst nur in Personalunion verbunden.⁵⁰ Dass die zugestandenen Freiheiten faktisch nicht allzu weit reichten, wurde kurz nach der Teilung deutlich:⁵¹ Im Jahre 1641, zu Beginn der Teilungsverhandlungen, war der Bürgerschaft der Stadt Rodenberg durch die hessische Landgräfin Amalia Elisabeth der Erhalt ihrer Privilegien zugesagt worden. Als die Landgräfin 1648 dennoch eine allgemeine Brauakzise einführte, wurde diese von der Rodenberger Bürgerschaft unter Berufung auf das herkömmliche Recht nicht anerkannt. Die Landgräfin reagierte mit der Absetzung des Bürgermeisters. In einer Ratsitzung entfernte die Bürgerschaft den von der Regierung eingesetzten Bürgermeister gewaltsam aus dem Rathaus und führte eine Wiederwahl des abgesetzten Bürgermeisters durch. Daraufhin rückte Militär an und nahm 15 Rodenberger in Untersuchungshaft. Sie wurden schließlich zu Gefängnisstrafen zwischen 2 und 10 Jahren verurteilt. Erst nachdem die Bürger der Landesherrin Gehorsam geschworen hatten, wurden die Strafen aufgehoben bzw. abgemildert.

Trotz der dem Territorium anfänglich eingeräumten Sonderstellung hatte die Provinzialverwaltung kaum Entscheidungsspielraum, wurde vielmehr durch Kassel – während einiger Regentschaften äußerst streng – kontrolliert und reglementiert.⁵² Bezeichnend ist der Umstand, dass die höheren Positionen in der schaumburgischen Verwaltung fast ausnahmslos mit Personen aus Hessen besetzt wurden. Nur einem einzigen Schaumburger gelang der Aufstieg in das Regierungskollegium in Kassel.⁵³ Auf der anderen Seite profitierte die Grafschaft Schaumburg von einer Reihe landesherrlich verfügbarer Modernisierungsmaßnahmen. Bereits in der Mitte des 16. Jahrhunderts hatte Hessen damit begonnen, ein effektives Besteuerungssystem, das nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit ausgerichtet war, zu entwickeln.⁵⁴ In den 1680er Jahren wurden die Steuerpflichtigen in Schaumburg in Katastern verzeichnet, um auf der Grundlage ihrer individuellen Vermögen die jeweilige Steuerhöhe zu ermitteln. Auch dies eine Folge

⁵⁰ Vgl. MAACK (1986), S. 77 f.

⁵¹ Das Folgende nach MITHOFF (1985b), S. 5-10.

⁵² Vgl. STIEGLITZ (2002), S. 308-311.

⁵³ Vgl. EBD., S. 320. Gleichzeitig war es schwierig, Verwaltungspersonal für die vergleichsweise gering vergüteten Stellen in der unteren und mittleren Gehaltsklasse zu finden; vgl. EBD., S. 301.

⁵⁴ Vgl. KRÜGER, KERSTEN (1982), S. 109; GREVE/KRÜGER (1982), S. 301.

der Militarisierung, denn die Kataster dienten der Erhebung der monatlichen Kontribution. Die Kontribution wiederum hatte sich aus den im Dreißigjährigen Krieg erhobenen Ablösegeldern zur Unterhaltung der Truppe hin zu einer direkten Steuer entwickelt.⁵⁵ Gleichwohl war die Heranziehung der Steuerpflichtigen unter Beachtung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ein Schritt auf dem Weg zu mehr Steuergerechtigkeit.

In Hinblick auf den Medikalisierungsprozess seit dem 18. Jahrhundert (vgl. Kap. 2.2.2) war es ebenfalls von Vorteil für die Grafschaft Schaumburg, einem Mittelstaat anzugehören. Der Unterhalt des Militärapparats sowie die Subsidienverträge förderten aufgrund der Notwendigkeit einer gesundheitlichen Versorgung der Soldaten auch die allgemeine Entwicklung des Medizinalwesens. Außerdem verfügte die Landgrafschaft Hessen-Kassel über einen effektiven Verwaltungsapparat, dessen Personal sich um die Umsetzung medizinischer Maßnahmen bemühte.⁵⁶ Erfolge auf dem Gebiet der Seuchenprävention sowie die flächendeckende Verbreitung der Pockenschutzimpfung fußten wesentlich auf persönlichem Engagement. Zudem stand die Regierung in Rinteln unter permanentem Druck. Charakteristisch für das Über- und Unterordnungsverhältnis war, dass die Befolgung der landesherrlichen Verordnungen streng überwacht wurde.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts beeinflussten die kriegerischen Ereignisse in Europa und Übersee das Leben in der Grafschaft Schaumburg. Die ersten beiden Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts brachten weitere Veränderungen mit sich. Im Zuge des Reichsdeputationshauptschlusses erreichte der hessische Landgraf Wilhelm IX. im Jahre 1803 noch seine Erhebung zum Kurfürsten.⁵⁷ Im Umgang mit dem napoleonischen Frankreich war er weniger geschickt. Nachdem er sich zunächst Preußen angeschlossen, dann aber für neutral erklärt hatte, wurde sein Territorium annektiert und größtenteils dem sogenannten Königreich Westphalen zugeordnet.⁵⁸ Die Grafschaft Schaumburg war im November 1806 besetzt worden. Ein knappes Jahr später wurde die Regentschaft über Westphalen Napoleons jüngstem Bruder, Jérôme Bonaparte,

⁵⁵ Vgl. ECKHARDT (1965), S. 164; hierzu auch KRÜGER, KERSTEN (1982), S. 104 f.; GREVE/KRÜGER (1982), S. 296 und 301 f.; PHILIPPI (1983), S. 109 f. u. 112-115.

⁵⁶ Vgl. auch WOLFF (1983), S. 138 f.; PHILIPPI (2007), S. 84 f.

⁵⁷ Vgl. DEMANDT (1980), S. 545.

⁵⁸ Vgl. EBD., S. 545-547.

übertragen. Für die schaumburgische Bevölkerung bedeutete dies in den folgenden Jahren eine hohe Steuerlast sowie Lieferforderungen von Getreide und Vieh an das Militär.⁵⁹ Hinzu kamen die Belastungen infolge der Kontinentalsperre und Teuerungen. Die Vorbereitungen zum Russlandfeldzug im Jahre 1812 waren mit Einquartierungen verbunden. Zudem wurden viele Männer aus Schaumburg eingezogen. Nach der Schlacht bei Leipzig 1813 war die kurze, aber ereignisreiche Phase des Königreichs Westphalen beendet.

Kurfürst Wilhelm bemühte sich nach seiner Rückkehr im Rahmen einer streng restaurativen Politik zwar um Einsetzung in den alten Stand.⁶⁰ Dennoch gab es Neuerungen, darunter administrative Umstrukturierungen.⁶¹ Schaumburgs Sonderstellung wurde aufgehoben und das Territorium der Provinz Niederhessen angegliedert. Die hessischen Landgrafen waren durchaus bestrebt, die Grafschaft Schaumburg wirtschaftlich zu fördern. Die nachfolgenden Kurfürsten haben der Exklave deutlich weniger Aufmerksamkeit entgegengebracht: „(...) sie war sicher kein vergessenes Nebenland, jedoch zeigte sich im 19. Jahrhundert zunehmend die Bedeutungslosigkeit des Landes aus Regierungssicht.“⁶²

Auf politischer Ebene waren die kommenden Jahrzehnte geprägt von den revolutionären Ereignissen von 1830/31 und 1848/49, für die schaumburgische Bevölkerung änderte sich indes wenig.⁶³ Bedeutsamer waren die Diskussionen über die Agrarreformen und ihre Umsetzung, vor allem aber die Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, die schließlich in Auswanderungen größeren Stils gipfelte.⁶⁴ Außenpolitisch führte die Parteinahme des Kurfürsten Friedrich Wilhelm auf Seiten des Deutschen Bundes nicht nur zu einer Verschlechterung seiner Beziehungen zu Preußen, sondern brachte ihn auch in Opposition zu den Ständen, die im Juni 1866 im hessischen Bundestag schließlich die Truppenmobilisierung ablehnten und den Anschluss an Preußen forderten.⁶⁵ Weil der Kurfürst dennoch die Mobilmachung befahl, wurde er arrestiert,

⁵⁹ Vgl. MAACK (1986), S. 87-90.

⁶⁰ Vgl. WULFMEYER (1971), S. 164 f.

⁶¹ Vgl. EBD., S. 176 u. passim; MAACK (1986), S. 92 f.; SCHNEIDER (1994), S. 11 f.

⁶² EBD., S. 9.

⁶³ Vgl. EBD., S. 14-17.

⁶⁴ Zu den strukturell bedingten Problemen der Grafschaft Schaumburg, die in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts offenkundig wurden, vgl. die Ausführungen von SCHNEIDER (1994), S. 237-242.

⁶⁵ Vgl. DEMANDT (1980), S. 560 f.

Kurhessen durch Preußen annektiert. Zur gleichen Zeit wurde die Grafschaft Schaumburg von preußischen Truppen besetzt und im August 1866 als „Kreis Rinteln“ der preußischen Provinz Hessen-Nassau, die im Zuge der Besetzung geschaffen wurde, angegliedert.⁶⁶

⁶⁶ Vgl. MAACK (1986), S. 97.

2.1.2 Bevölkerungsentwicklung

Über einen langen Bogen, der in der Ebene nördlich des schauburgischen Bückeburgs beginnt und sich bis zum Gebiet östlich von Hannover hinzieht, erstreckt sich eine Reihe von Siedlungen, die alle den Begriff Hagen in ihrem Namen führen. Die spezifische Form dieser Siedlungen verweist auf eine planmäßige Anlage innerhalb eines engbegrenzten Entstehungszeitraums. Die den Bewohnern dieser Siedlungen zugestanden Rechte waren zudem durch ein hohes persönliches und kollektives Maß an Freizügigkeit geprägt, das das der älteren Dörfer in der Regel deutlich übertraf.⁶⁷ Gegründet wurden die sogenannten Hagenhufendörfer⁶⁸ größtenteils in der ersten Hälfte des 13. Jahrhunderts und damit inmitten einer Phase kontinuierlichen Bevölkerungswachstums in weiten Teilen Europas.⁶⁹ Die eigentümliche langgestreckte Form dieser Siedlungen rührt daher, dass die damaligen Kolonisten ihre Hofstellen aneinander anschließend und parallel zum Verlauf von Bächen durch Rodung den ehemaligen Waldgebieten abgewonnen haben. Auch die Grafschaft Schaumburg hatte Anteil am allgemeinen Bevölkerungswachstum des Hochmittelalters.⁷⁰ Unklar ist allerdings, ob den Landausweisungen im schauburgischen Stammland ein interner Bevölkerungsdruck zugrunde lag oder ob die neuen Hofstellen vornehmlich mit auswärtigen Siedlern besetzt wurden.⁷¹

Über die Folgen der Klimaverschlechterung und die in der Mitte des 14. Jahrhunderts einsetzenden Pestwellen lässt sich mangels Quellen kaum etwas sagen. Zumindest war die Zahl der aufgegebenen Siedlungen vergleichsweise gering.⁷² Dass der Bevölkerungsrückgang in Schaumburg ähnlich dramatisch ausgefallen ist wie in städtereicheren und dichter besiedelten Regionen, ist nicht anzunehmen.⁷³ Seit dem ausgehenden

⁶⁷ Vgl. HAUPTMEYER (1997), S. 1103.

⁶⁸ Die Bezeichnung leitet sich von dem Hagerrecht ab, das den Stelleninhabern weitreichende rechtliche Freiheiten garantierte; vgl. allg. ENGEL, FRANZ (1949); hierzu auch DERS. (1956).

⁶⁹ Vgl. ENGEL, FRANZ (1955), S. 113.

⁷⁰ Vgl. EBD., S. 109-113.

⁷¹ Franz Engel nimmt eine Besiedlung durch Kolonisten sowohl aus dem zwischen Deister und Bückeburg gelegenen Auetal als auch aus dem Westfälischen an; vgl. EBD., S. 112.

⁷² Vgl. EBD., S. 106 u. 113.

⁷³ Zumindest legt der Umstand, dass Hungerkrisen und größere Seuchenzüge keinen Niederschlag in den Darstellungen zur schauburgischen Geschichte gefunden haben, diese Annahme nahe. Gleichwohl bildet das Spätmittelalter eine Forschungslücke. Die vorliegenden Darstellungen zur Geschichte der Grafschaft Schaumburg im Mittelalter setzen sich vorrangig mit der territorialen Entwicklung auseinander. Die Forschungslage zur wirtschaftlichen und sozialen Situation bis zum Beginn der Frühen

15. Jahrhundert stiegen die Bevölkerungszahlen in Europa wieder an. In der Grafschaft Schaumburg entstanden in der Folge zahlreiche Köthner- und Brinksitzerstellen,⁷⁴ was zu einer Verbreiterung der unterbäuerlichen, mit Ackerland nur gering oder gar nicht ausgestatteten dörflichen Bevölkerungsschichten führte.⁷⁵ Der erneute wirtschaftliche und demographische Aufschwung wurde am Ausgang des 16. Jahrhunderts durch eine krisenhafte Situation abgelöst, die ihrerseits einen allgemeinen Rückgang der Bevölkerungszahlen in vielen europäischen Ländern hervorrief.⁷⁶ Eine tendenziell ähnliche Entwicklung ist in deutschen Territorien zu beobachten, wenngleich wegen der strukturellen Uneinheitlichkeit in unterschiedlichen Intensitäten.⁷⁷ Charakterisiert ist die wirtschaftliche Situation seit dem ausgehenden 15. Jahrhundert durch einen anfänglichen Anstieg der Getreidepreise bei sinkender Nachfrage nach gewerblichen Gütern. Am Anfang des 17. Jahrhunderts sanken nach einer Reihe sehr guter Ernten dann die Getreidepreise.⁷⁸ Viele schauburgische Bauern hatten sich zur Zeit der Agrarkonjunktur verschuldet und gerieten infolge des Verfalls der Getreidepreise in eine wirtschaftliche Notlage. Erschwert wurde die Situation durch den Umlauf geringwertigen Geldes, das im beginnenden 17. Jahrhundert zunehmend auch in Schaumburg verbreitet wurde. Um die schwierige Lage vieler Bauern zu verbessern, erließ Fürst Ernst zwischen 1609 und 1614 eine Reihe von Verordnungen, die insbesondere auf deren Entschuldung abzielten. Auf die Geldverschlechterung reagierte er mit einer Tax- und Münzverordnung, die 1621 in Kraft trat.⁷⁹

Die Grafschaft Schaumburg war zu diesem Zeitpunkt sicher keine überbevölkerte Region. Nicht zuletzt die häufigen Durchzüge der Pest und anderer Seuchen dürften die Bevölkerungszahlen in relativ engen Grenzen gehalten haben. Dennoch scheint man in Schaumburg hinsichtlich der Verfügbarkeit der natürlichen Ressource Boden um die Jahrhundertwende an eine Grenze gestoßen zu sein. Vor Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges ist im gewerblich entwickelteren südlichen Landesteil mit seinem recht

Neuzeit ist äußerst defizitär. Allerdings steht Schaumburg mit diesem Problem in Niedersachsen nicht allein da; vgl. HAUPTMEYER (1997), S. 1052 f.

⁷⁴ Köthnerstellen können sowohl in der hochmittelalterlichen Expansionsphase als auch im ausgehenden Spätmittelalter entstanden sein. Brinksitzerstellen wurden erst seit dem ausgehenden 15. Jahrhundert eingerichtet; vgl. EBD., S. 1066 f. u. 1130. Zu den Bauernklassen in Schaumburg vgl. Kap. 2.1.3.

⁷⁵ Vgl. ENGEL, FRANZ (1955), S. 113 f.

⁷⁶ Zur „Krise des 17. Jahrhunderts“ vgl. allg. KOENIGSBERGER (1982); KRIEDTE (1980), S. 79-126.

⁷⁷ Vgl. HIPPEL (1978), S. 416-418; PRESS (1991), S. 30 f.

⁷⁸ Vgl. HENNING (1985), S. 219 f.; KRIEDTE (1980), S. 22 f.

⁷⁹ Vgl. BEI DER WIEDEN, HELGE (1981), S. 100-105 u. 163-168.

hohen Anteil landloser und landarmer Bevölkerungsschichten die Besiedelung ungünstiger Areale weitgehend abgeschlossen.⁸⁰ Mit Ausnahme einiger Bereiche südwestlich der Weser entstanden in den folgenden 150 Jahren nur noch im Norden, wo insbesondere durch Trockenlegungen Neuland gewonnen werden konnte, vollbäuerliche Stellen. Eine Aussage über die möglichen Folgen der sich abzeichnenden Krise des 17. Jahrhunderts auf die Bevölkerungsentwicklung in Schaumburg kann aufgrund der bereits in den 1620er Jahren einsetzenden Beeinträchtigungen durch den Dreißigjährigen Krieg nur unter Vorbehalt getroffen werden. Die Stellenentwicklungen in Groß- und Kleinnenndorf⁸¹, Lindhorst⁸² sowie den Dörfern in der wesernahen Fischbecker Vogtei⁸³ belegen für das 16. Jahrhundert zunächst einen deutlichen Anstieg der Bevölkerungszahlen. Dann scheint sich der Getreidepreisverfall bemerkbar zu machen, denn zu Beginn des 17. Jahrhunderts schwächte sich das Stellenwachstum vorübergehend ab. Einem sich anschließenden erneuten Anstieg wurde durch das Übergreifen des Dreißigjährigen Krieges auf Schaumburg ein abruptes Ende gesetzt.

Die Bevölkerungsentwicklung im 17. Jahrhundert wirft die Frage auf, ob der verheerende Krieg allein die demographische Entwicklung nachhaltig beeinflusste oder ob das Wachstumspotential sich einfach erschöpft hatte. Günther Franz, der die nach wie vor maßgebliche Untersuchung über die demographischen Folgen des Dreißigjährigen Krieges vorgelegt hat, nimmt für den ländlichen Bereich einen Rückgang von 40 % an, die Bevölkerungsverluste in den Städten schätzt er auf ein Drittel.⁸⁴ Er räumt aber ein, dass der Rückgang durchaus etwas niedriger gewesen sein kann. Jüngere Darstellungen schließen sich mehrheitlich der Meinung von Franz an und gehen von einem einschneidenden Bevölkerungsrückgang aus oder setzen diesen noch höher an.⁸⁵ Unzweifelhaft hat dieser Krieg die deutsche Geschichte in mehrfacher Hinsicht geprägt. Gleichzeitig hat der oftmals eingeschränkte Blickwinkel auf die politischen Folgen in

⁸⁰ Vgl. KÖLLING (1972), passim; MAACK (1986), S. 80.

⁸¹ Vgl. KOCH-STEDING (1994), S. 48 f.

⁸² Vgl. ROTHE (1998), S. 70.

⁸³ Nach den Dienst- und Steuerregistern, abgedruckt bei KÖLLING (1970). Die Auswertung zur Ermittlung der Stellenentwicklung zwischen 1560 und 1651 erfolgte im Rahmen einer Magisterarbeit; vgl. SAUER, PETER (1996).

⁸⁴ Vgl. FRANZ (1979), S. 59; siehe hierzu auch WEHLER (1987), S. 54, der ihm heftig widerspricht, sowie VASOLD (1993), S. 154-159, der wiederum Wehlers Behauptung in Frage stellt.

⁸⁵ Vgl. KELLENBENZ/WALTER (1986), S. 828 f.; DIPPER (1991), S. 43 f.; PRESS (1991), S. 268-271; siehe hierzu auch VASOLD (1993), S. 146.

Verbindung mit detailreichen Schilderungen kriegsbedingter Grausamkeiten die populäre Vorstellung von entvölkerten Dörfern und Städten inmitten verödeter Landstriche entstehen lassen. Grundsätzlich ist aber zu beachten, dass der Dreißigjährige Krieg trotz seiner langen Dauer nicht in allen Teilen des Deutschen Reichs mit gleicher Intensität wütete. Franz selbst weist auf die großen regionalen Unterschiede in Hinblick auf die Bevölkerungsverluste hin.⁸⁶ So beziffert Franz namentlich für Hessen-Kassel den Rückgang in Orten, die in der Nähe stark frequentierter Verkehrswege lagen, auf bis zu 67 %, während er in abgelegenen Orten keinerlei Anzeichen für einen Bevölkerungsrückgang zu erkennen vermag.⁸⁷ Im Bereich des heutigen Bundeslandes Niedersachsen gab es Regionen, die vermutlich gänzlich von den direkten Folgen des Krieges verschont geblieben sind.⁸⁸ Die Grafschaft Schaumburg zählt allerdings nicht dazu. Schon wenige Wochen nach dem Tod des Fürsten Ernst im Jahre 1622 wurden Dörfer im Wesertal durch Truppen der katholischen Liga geplündert.⁸⁹ Bis zum Beginn der 1630er Jahre konzentrierten sich die Plünderungen, Brandschatzungen und Einquartierungen vorrangig auf den südlichen Landesteil, dann griff der Krieg auch auf Nord-schaumburg über. Den Schlusspunkt der direkten Kriegshandlungen setzte die Plünderung Rintelns im Jahre 1644, der Abzug fremder Truppen erfolgte 1650.

Konkrete Aussagen über die Auswirkungen des Krieges auf die Entwicklung der Bevölkerungszahlen in Schaumburg lässt die Quellenlage nicht zu. Es gibt einige Bestandsaufnahmen, jedoch keine Listen, die über einen längeren Zeitraum geführt worden sind. Eine Ermittlung der Einwohnerzahlen ist ohnehin nicht erfolgt, den Registern über die Anzahl von Feuerstätten o. ä. liegt ein rein fiskalisches Interesse zugrunde. Sie wurden zur Feststellung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Grafschaft Schaumburg angelegt. So bedeutet das Fehlen von Häusern oder Stellen nicht zwangsläufig, dass dessen Bewohner verstorben oder ausgewandert waren. Viele Familien waren nur vorübergehend geflüchtet oder zum Zeitpunkt der Fertigung einer Liste nicht in der Lage, Abgaben zu leisten. Auch stützen sich die Register auf Angaben der Bewohner, so dass die Schäden an Menschen und Besitztümern wohl eher zu hoch als

⁸⁶ Vgl. FRANZ (1979), S. 9-11.

⁸⁷ Vgl. EBD., S. 41 f.

⁸⁸ Vgl. EBD., S. 8 f.

⁸⁹ Vgl. allg. MAACK (1986), S. 59-69.

zu niedrig veranschlagt wurden. Nicht zu unterschätzen sind die kriegsbedingten massiven Störungen auf den Arbeitsablauf in der landesherrlichen Administration. Dies gilt auch für die aus dieser Zeit erhaltenen Kirchenbücher, die häufig lückenhaft sind oder doch unzuverlässig geführt wurden.⁹⁰

Die Rekonstruktion der Hofstellen in der Fischbecker Vogtei auf der Grundlage verschiedener Register ergibt, dass deren Zahl zwischen dem Übergreifen des Dreißigjährigen Krieges auf Schaumburg Mitte der 1620er Jahre und 1639 um 20 % zurückgegangen ist.⁹¹ Diese Stellen waren mit hoher Wahrscheinlichkeit unbewohnt. Die Kontributionsfähigkeit ging um ca. 50 % zurück. In der Weservogtei und der Hattendorfer Vogtei waren zu diesem Zeitpunkt mehr als 60 % der Hofstellen verarmt oder lagen wüst. In den im Norden gelegenen Dörfern Groß- und Kleinnenndorf hat es zumindest keinen erkennbaren Rückgang gegeben. Zweifelhaft ist aber ein Anwachsen der Stellenzahl zwischen 1615 und 1645/47 von 35 auf 54 Hofstellen in Großnenndorf.⁹² Wahrscheinlicher ist, dass die Stellen der ebenfalls in diesem Kirchspiel gelegenen Wüstung Densinghausen, deren Inhaber vermutlich in Nachbarorten wohnten,⁹³ seit diesem Zeitpunkt in den Großnenndorfer Registern geführt wurden.⁹⁴ Die südlichen Landesteile wurden nicht nur früher, sondern vermutlich auch in stärkerem Maße durch den Dreißigjährigen Krieg in Mitleidenschaft gezogen. In ihrer Gesamtheit dürfte die Grafschaft Schaumburg „zu den mittelschwer betroffenen Gebieten“⁹⁵ zählen. Von langfristigen Folgen sowohl für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit als auch die Entwicklung der Bevölkerungszahlen in der Grafschaft Schaumburg ist nicht auszugehen.⁹⁶

Rund 30 Jahre nach Beendigung des Dreißigjährigen Krieges hat sich das Bild gewandelt. So ist um 1680 der Höchststand an Hofstellen in der Fischbecker Vogtei aus dem Jahre 1625 bereits um rund ein Viertel überschritten. Die teilweise großen Differenzen,

⁹⁰ Vgl. BEIDER WIEDEN, HELGE (2004), S. 96.

⁹¹ Vgl. SAUER, PETER (1996).

⁹² Vgl. KOCH-STEDING (1994), S. 48.

⁹³ Vgl. ROTHE (1998), S. 46 u. 62 f.

⁹⁴ Diesen Hinweis verdanke ich Marlies Berndt-Büschgen, Rodenberg.

⁹⁵ BEIDER WIEDEN, HELGE (2004), S. 93.

⁹⁶ Nach SCHMIDT, GÜNTHER (1920), S. 73 f., „scheinen die Aufkünfte gegen Ende des Krieges etwa die gleiche Höhe gehabt zu haben wie zu seinem Beginn.“ Zur Einschätzung der Bevölkerungsentwicklung vgl. auch HAUPTMEYER (1980), S. 81; BEIDER WIEDEN, HELGE (2004), S. 389.

die zwischen der Zahl der Hofstellen oder auch Vollbürgern⁹⁷ vor und nach dem Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges ermittelt wurden, bedeuten nicht, dass die Menschen verstorben oder dauerhaft geflohen sind. Die Stellen und Häuser dürften von ihren ursprünglichen Bewohnerinnen und Bewohner schnell wiederbesetzt worden sein, was bedeutet, dass die während des Krieges aufgestellten Listen die vorübergehend herabgesetzte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abbilden.

Obwohl die Schätzungen der absoluten Bevölkerungszahlen der deutschsprachigen Territorien relativ weit auseinanderliegen,⁹⁸ besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass um 1700 der Bevölkerungsstand vor Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges zumindest annähernd wieder erreicht worden ist. Zu diesem Zeitpunkt gibt es in einigen Regionen sogar Anzeichen für eine Überbevölkerung.⁹⁹ In der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts lässt das Wachstum in seiner Dynamik vorübergehend etwas nach, wobei die Ursachen nicht geklärt sind.¹⁰⁰ Für das hessische Stammland erfolgte die quantitative Feststellung des Bevölkerungsstands im Jahre 1747,¹⁰¹ die ersten Volkszählungen in Schaumburg fallen in das letzte Drittel des 18. Jahrhunderts. Über Vergleiche auf der Grundlage registerförmiger Quellen lässt sich die Bevölkerungsentwicklung vom ausgehenden 17. bis zum ausgehenden 18. Jahrhundert immerhin grob nachvollziehen. Hilfreich sind die Steuerkataster¹⁰², die in den 1680er Jahren für die schaumburgischen Städte und Ämter bzw. Vogteien angelegt wurden, um die Besteuerung der Untertanen nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Einwohnerzahlen wurden nicht erhoben. Im Mittelpunkt standen dabei die jeweilige Größe der Haus- bzw. Hofstelle sowie der Erträge aus der Ausübung eines Berufs oder Gewerbes. Einlieger sind aufgeführt, wenn diese über etwas Land oder ein besteuertfähiges Einkommen verfügten. 1732/33 wurde das *Dorfbuch*¹⁰³ erstellt, in das alle Haushaltsvorstände, getrennt nach der Zugehörigkeit zur Bauernklasse, aufgeführt sind. Die gesamte Bevölkerung Schaumburgs wurde erstmals im Rahmen der Anlage der Lager-, Stück- und Steuerbücher¹⁰⁴ um 1780 quantitativ erfasst. Erst im 19. Jahrhundert wurden die

⁹⁷ Vgl. ARNOLD, DIETER (1966), S. 37.

⁹⁸ Vgl. DIPPER (1991), S. 44.

⁹⁹ Vgl. BOG (1970), S. 196; SCHLÖGL (1988), S. 80 f.

¹⁰⁰ Vgl. KELLENBENZ (1986), S. 305. In Gebieten, die besonders stark vom Dreißigjährigen Krieg betroffen waren, hielt das Wachstum jedoch an; vgl. GÖMMEL (1998), S. 12 f.

¹⁰¹ Vgl. BULST/HOOCK (1981), S. 61 f.; PFISTER (1994), S. 7.

¹⁰² STAB H3, Nr. 2.

¹⁰³ STAB H3, Nr. 14.

¹⁰⁴ Vgl. STAB H3, Nr. 1.

Einwohnerzahlen regelmäßig ermittelt und im Kurhessischen Staats- und Adress-Handbuch (1823–34) bzw. im Kurfürstlich Hessischen Hof- und Staatshandbuch (1835–60) veröffentlicht.

Ausweislich der Steuerkataster waren die Haus- und Hofstellen um 1680 bereits wieder besetzt. Insofern ist davon auszugehen, dass die Bevölkerungsverluste durch den Dreißigjährigen Krieg in der Grafschaft Schaumburg sehr schnell ausgeglichen werden konnten. Eine Schätzung für das ausgehende 17. Jahrhundert geht von 16–18.000 Einwohnern aus.¹⁰⁵ Im Jahre 1788 wurden jedoch allein in den Dörfern 18.159 Personen gezählt.¹⁰⁶ Zusammen mit ca. 6.200 Stadtbewohnern¹⁰⁷ sowie den Bewohnern von Gutshöfen o. ä. dürfte die schaumburgische Gesamtbevölkerung rund 25.000 Personen umfasst haben.¹⁰⁸ Dies bedeutet einen Zuwachs von mindestens 30 %, wobei auch Zuwanderung eine Rolle gespielt hat. Im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts wurde eine Reihe von Neusiedlerstellen ausgewiesen und einige neue Dörfer gegründet. Zumindest ein Teil der Siedlerfamilien stammte nicht aus Schaumburg, sondern – vermutlich – aus benachbarten Territorien.¹⁰⁹

Nach dem Ende des Dreißigjährigen Krieges blieb die Grafschaft Schaumburg von unmittelbaren kriegerischen Auseinandersetzungen für mehr als 100 Jahre verschont. Dies änderte sich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, nicht zuletzt eine Folge des militärischen Engagements der hessischen Regenten. Bereits vor dem eigentlichen Beginn des Siebenjährigen Krieges im April 1756 mussten *8000 Mann Hessen, die nach Engelland marchiret, (...) pernoctiret*¹¹⁰ werden. In den folgenden Jahren kam es immer wieder zu Truppendurchmärschen und Einquartierungen, zu denen selbst die abgelegene Ackerbürgerstadt Sachsenhagen herangezogen wurde.¹¹¹ Nach der

¹⁰⁵ Vgl. LASCH (1969), S. 51.

¹⁰⁶ Vgl. VOLKSMENGE (1790), S. 169.

¹⁰⁷ Vgl. SAUER, PETER (1996); ermittelt wurde die Gesamtzahl im Rahmen der Auswertung statistischer Quellen sowie des Neubürgerregisters der Stadt Hessisch Oldendorf; hierzu siehe KÖLLING (1927).

¹⁰⁸ DEMANDT (1980), S. 288, gibt die Einwohnerzahl für 1789 mit 33.755 Personen an. Vermutlich wurden dabei die bei Diepholz gelegenen hessischen Ämter Uchte, Wagenfeld und Freudenberg mitgezählt. Zieht man die Einwohnerzahl dieser Ämter – 1789: 8.307 Personen; vgl. HASSEL (1807), S. 22 – ab, so kommt man auf 25.448 Personen.

¹⁰⁹ Vgl. KÖLLING/MAACK (1959), S. 24.

¹¹⁰ Vgl. Sterberegister Hessisch Oldendorf, 1756. Hinweise zu den Ereignissen des Siebenjährigen Krieges finden sich auch in anderen schaumburgischen Sterberegistern.

¹¹¹ Vgl. MUNK (1985), S. 90.

Schlacht bei Minden am 01.08.1759 plünderten die geschlagenen französischen Truppen tagelang Dörfer im Weserraum, bevor sie schließlich von Jägern und Husaren der alliierten Armee vertrieben wurden.¹¹² Dass auch schauburgische Soldaten im Siebenjährigen Krieg ihr Leben verloren haben, liegt auf der Hand. Da sie jedoch außerhalb von Schaumburg zu Tode gekommen sind, wurden sie in den Sterberegistern nicht registriert.¹¹³ Erst nachdem die Pastoren in den 1770er Jahren instruiert worden sind, bei der Führung der Kirchenbücher bestimmte Vorgaben zu beachten, nimmt die Informationsdichte zu. Der Amerikanische Unabhängigkeitskrieg ist in dieser Quellengattung stärker vertreten. Zudem handelte es sich bei den in Amerika berüchtigten „Hessians“ zu einem großen Teil tatsächlich um Untertanen des Landgrafen Friedrich II.¹¹⁴ Denn dieser brauchte aufgrund der Dienstverpflichtung im Rahmen des Kanton-systems, das die Einziehung der eigenen Untertanen ermöglichte, nicht reichsweit Soldatenwerbung zu betreiben, um die im Rahmen der Subsidienverträge vereinbarten Kontingente stellen zu können. Zwar wurde die Praxis des berüchtigten „Soldatenhandels“ des 18. Jahrhunderts einer Neubewertung unterzogen und wird mittlerweile differenzierter betrachtet;¹¹⁵ gleichwohl bedeutete der Einsatz in Amerika einen erheblichen Bevölkerungsverlust für die Landgrafschaft Hessen-Kassel. Von den 17.000 im Amerikanischen Unabhängigkeitskrieg eingesetzten Soldaten und Offizieren kehrten ca. 7.500 nicht zurück.¹¹⁶ So enthalten allein die Taufregister von Grove (Rbg) mehrere Hinweise auf Väter, die vor der Geburt des Kindes als Soldat verschifft worden sind.¹¹⁷

Der Erste Koalitionskrieg, vor allem aber die Napoleonischen Kriege dürften vielen Soldaten schauburgischer Herkunft das Leben gekostet haben. Verzeichnet wurden diese Verstorbenen weiterhin nur selten. Durch das Beckedorfer Sterberegister sind

¹¹² Vgl. MUNK (1985), S. 90. Motiviert wurde die lange Dauer der Plünderungen, die auch mit Folterungen von Bauern einhergingen, durch den Umstand, dass die Franzosen bei der Überquerung der Weser einen großen Teil ihrer Bagage zurücklassen mussten und nun ohne ausreichende Verpflegung waren; vgl. MEDIGER (2011), S. 437 f.

¹¹³ Auszugehen ist von einer generellen Unterregistrierung verstorbener Militärpersonen in den frühneuzeitlichen Konflikten. Die Sterberegister des kleinen Kirchspiels Großenwieden führen zwar im November 1761 gleich drei englische bzw. hannoversche Soldaten auf. Im Allgemeinen sind fremde Soldaten, die *gratis* bestattet wurden, nur selten verzeichnet.

¹¹⁴ Vgl. AUERBACH (1999), S. 21 f. u. 97-100; HUCK (2011), S. 9 f.; HÄBERLEIN (2014), S. 259 f.

¹¹⁵ Vgl. allg. GRÄF (2014); KAMPMANN (2014).

¹¹⁶ Vgl. AUERBACH (1999), S. 337.

¹¹⁷ Über die Taufregister der anderen Kirchspiele kann keine Aussage getroffen werden, da diese nicht bzw. weniger eingehend ausgewertet wurden.

wir zumindest davon unterrichtet, dass 1794 drei Einwohner des kleinen Kirchspiels in Lazaretten (Ypern, Dordrecht und Isle of Wight) verstorben sind.¹¹⁸ Tiefe Einschnitte brachte die napoleonische Phase mit sich. Ein aufschlussreiches *Verzeichniß der jungen Leute aus der Gemeinde, die in westphälische Kriegsdienste haben gehen müssen und von deren Leben und Tode man nichts wieder erfahren hat*, enthält das Sterberegister des Kirchspiels Großenndorf. Demnach wurde einer nach Spanien, zehn nach Russland versetzt. Weitere drei Soldaten haben sich vermutlich außerhalb Schaumburgs niedergelassen, vier sind nachweislich verstorben.

Eine quantitative Einschätzung schauburgischer Soldaten, die ihr Leben in der Fremde auf die eine oder Art beschlossen haben, lässt sich auf der Grundlage der Kirchenbücher nicht durchführen.¹¹⁹ Die Pastoren haben diese Männer in der Regel nicht in das Sterberegister aufgenommen, weil sie nicht im Kirchspiel bestattet worden sind. Überdies waren sie wohl überwiegend unverheiratet und hinterließen keine Nachkommen. Dennoch ist davon auszugehen, dass zwischen 1756 und 1815 nicht wenige schauburgische Soldaten ums Leben gekommen sind oder sich außerhalb Schaumburgs angesiedelt haben. Die schauburgische Zivilbevölkerung wiederum erfuhr lediglich durch den Amerikanischen Unabhängigkeitskrieg keine unmittelbare Belastung. Während des Siebenjährigen Krieges und der napoleonischen Phase musste sie ständige Einquartierungen und mehrfach Plünderungen erdulden. Hinzu kommen Infektionskrankheiten, die in der Vergangenheit stets im Gefolge von Armeen mitreisten. Inwiefern sich die Auseinandersetzungen zwischen Siebenjährigem Krieg und Befreiungskriegen auf die gesamte Bevölkerungsentwicklung in der Grafschaft Schaumburg ausgewirkt haben, lässt sich zahlenmäßig ebenfalls nicht erfassen. Sicher ist, dass die in dieser Phase grassierenden epidemischen Krankheiten, namentlich das Läusefleckfieber (Rickettsien), letztlich einen stärkeren Effekt auf die Mortalität als die Verluste unter den zum Militärdienst eingezogenen Schaumburgern hatten. Zu berücksichtigen ist zugleich, dass auf krisenbedingte Bevölkerungsverluste in der Frühen

¹¹⁸ Das Ausmaß dieses Konflikts, der in der allgemeinen Wahrnehmung durch die dramatischen Ereignisse im revolutionären Paris verdeckt wurde, sollte nicht unterschätzt werden. Selbst in Hessisch Oldendorf wurde lt. Sterberegister um 1794 ein Lazarett *bey der Todtenkirche*, also außerhalb der Stadt, unterhalten.

¹¹⁹ In den vorwiegend zu Beginn der 1780er Jahre angelegten Steuerregistern finden sich lediglich sechs Hinweise auf Männer, die als Soldaten in Amerika eingesetzt waren. Allerdings wurden nur die (verheirateten) Hofstelleneinhaber gezählt, die Anzahl der unverheirateten Soldaten dürfte um ein Beträchtliches darüber gelegen haben.

Neuzeit oftmals eine „demographische Pendelbewegung mit vermehrten Heiraten und einer erhöhten Zuwachsrate“¹²⁰ folgte.

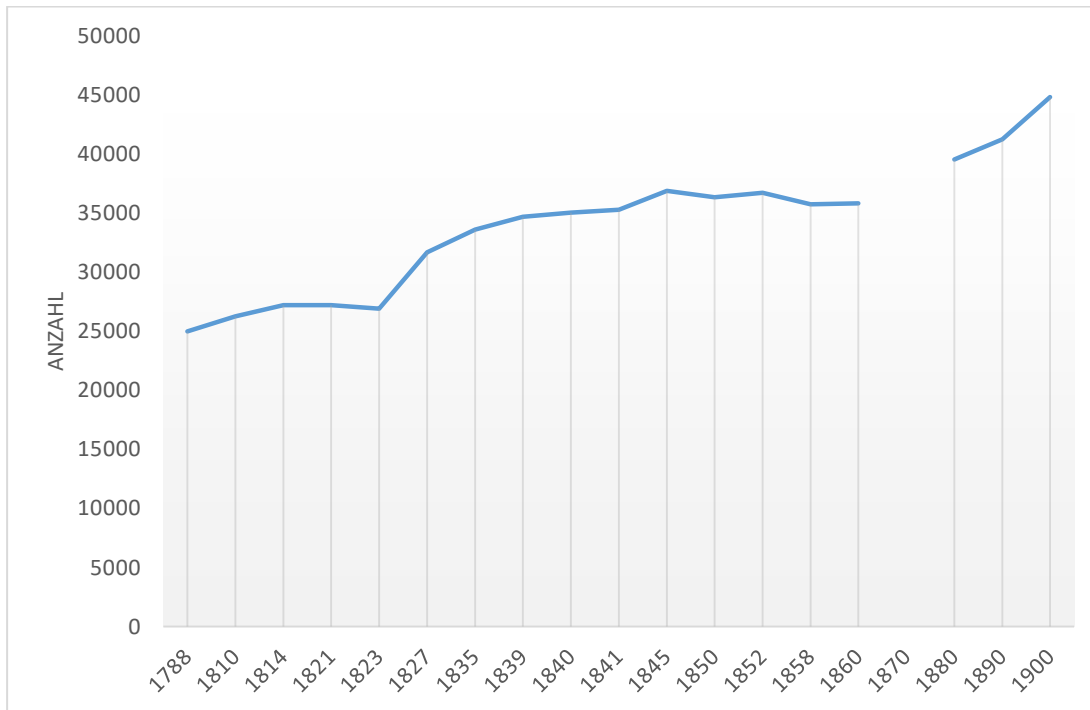


Abb. 3: Bevölkerungswachstum in der Grafschaft Schaumburg (1788–1900)

Bereits die Landausweisungen im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts deuten auf einen Anstieg der Bevölkerungszahlen hin. Das Wachstum vollzog sich nicht gleichmäßig, sondern hing zunächst von dem verfügbaren Neuland, später vom Arbeitskräftebedarf in dörflichen Siedlungen mit einem hohen vollbäuerlichen Anteil ab. Im 19. Jahrhundert erhöhte sich die Zahl der Einlieger, die ihre Miete in Form von landwirtschaftlichen Hilfstätigkeiten erbrachten und dadurch saisonale Arbeitsspitzen abdeckten. Mit der einsetzenden Industrialisierung profitierten die Stadt Obernkirchen sowie umliegende Siedlungen stärker von der Nachfrage nach Steinkohle, die gemeinsam mit dem Nachbarterritorium Schaumburg-Lippe im Bückeberg abgebaut wurde.¹²¹ Die Zahl der Siedlungen in der unmittelbaren Nachbarschaft von Obernkirchen, wo 1782 170 Menschen lebten, verdreifachte sich bis 1840. Im Bereich der Hattendorfer Vogtei – zumeist Dörfer aus dem Auetal (vgl. Kap. 2.1.4) – nahm die Bevölkerung zwischen 1814 und 1840 um 26 % zu. Seit den 1830er Jahren stieg zudem die Nachfrage nach dem

¹²⁰ GEHRMANN (2000), S.111.

¹²¹ Vgl. HILDEBRANDT (1853), S. 9 f.; SCHNEIDER (1994), S. 195.

Obernkirchener Sandstein und damit der Bedarf an Steinhauern und Brucharbeitern.¹²² In den 1830er Jahren etablierte sich bei Obernkirchen eine Glasmacherei, in der einschließlich der Korbmacher rund 170 Menschen beschäftigt waren.¹²³ Die Einwohnerzahl des bei Rinteln gelegenen Dorfes Exten, wo mehrere Eisenhämmer betrieben wurden, nahm zwischen 1814 und 1840 von rund 400 auf mehr als 700 Menschen zu.¹²⁴

Zwischen 1788 und 1860 ist die schauburgische Bevölkerung auf rund 36.000 Menschen angestiegen, was einem Zuwachs von 44 % entspricht. Im Vergleich zu industriell geprägten Regionen fiel das Bevölkerungswachstum also moderat aus.¹²⁵ Dennoch ließ sich mit landesherrlichen Stellenausweisungen und protoindustriellen Einkommensmöglichkeiten (vgl. Kap. 2.1.3) dem steigenden Bevölkerungsdruck nicht begegnen. Ebenso wie in den benachbarten Staaten wurde die Wanderarbeit in der Grafschaft Schaumburg für einen zunehmenden Teil der Bevölkerung zu einem bedeutsamen Einkommensfaktor.¹²⁶ Im Laufe des 19. Jahrhunderts gibt es schließlich konkrete Hinweise auf eine Überbevölkerung. So schwächte sich in den 1840er Jahren das allgemeine Bevölkerungswachstum ab. Doch schon in den 1830er Jahren setzte in Schaumburg eine Auswanderung nach Amerika ein, die sich in den 1850er Jahren deutlich verstärkte.¹²⁷

¹²² Auf die Entwicklung des schauburgischen Steinhauergewerbes wird im Zusammenhang mit der Silikose eingegangen; vgl. Kap. 3.6.3.

¹²³ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 56 f.; SCHNEIDER (1994), S. 200-203.

¹²⁴ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 52 u. 55.

¹²⁵ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 27-29.

¹²⁶ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 69.

¹²⁷ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 52 f.

2.1.3 Wirtschaftliche Entwicklung

Die unter hessischer Verwaltung stehende Grafschaft Schaumburg setzte sich nach der Teilung aus den Ämtern Schaumburg und Rodenberg im Süden bzw. Norden sowie dem verkleinerten Amt Sachsenhagen im Nordwesten zusammen.¹²⁸ In ihrer Gesamtheit entspricht die hessische Exklave einer landschaftlichen Übergangszone.¹²⁹ Die den Ämtern Sachsenhagen und Rodenberg zugehörigen Gebiete sind dem norddeutschen Tiefland zuzurechnen. Der hügelige Süden zählt bereits zur Mittelgebirgszone. Zugleich bestanden aufgrund der günstigen Lage an der Schnittstelle zwischen zwei Handelsräumen Anbindungen an den überregionalen Handelsverkehr.¹³⁰ Durch den südlichen Teil, das Rintelner Becken, fließt mit der Weser ein gut schiffbarer Fluss, den Norden kreuzte der sogenannte Helweg, eine alte Heer- und Handelsstraße. Der Süden verfügte in der „Berliner Straße“ noch über einen relativ stark befahrenen Landweg, der von Hameln kommend über Fischbeck, Hessisch Oldendorf und Rinteln nach Bückeburg verlief. Vergleichsweise unbedeutend war die durch das Auetal führende Straße, die Rinteln mit dem Amt Rodenberg verband.¹³¹ Bis 1813 ähnelte sie eher einem Feldweg, der Ausbau zu einer „Kunststraße“ erfolgte erst während der französischen Besatzung.¹³² Unabhängig von ihrer Frequentierung waren die schaumburgischen Straßen in einem sehr schlechten Zustand.¹³³

Die Grafschaft Schaumburg war im Vergleich zu den meisten norddeutschen Regionen relativ reich an Bodenschätzen. Die vorübergehend intensive Ausbeutung der Steinkohlevorkommen soll maßgeblich zur günstigen Finanzlage unter der Regentschaft des Fürsten Ernst in den beiden Jahrzehnten vor dem Dreißigjährigen Krieg beigetragen haben.¹³⁴ Abgebaut wurde sie wohl schon im Mittelalter, nachweislich exportiert zu Beginn des 16. Jahrhunderts. Im Zuge der Teilungsverhandlungen wurde

¹²⁸ Ausführlicher zur Siedlungsstruktur siehe Kap. 2.1.4, zu einzelnen Kirchspielen siehe Kap. 2.1.5.

¹²⁹ Hierzu vgl. auch KÜSTER (2013).

¹³⁰ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 21-26. Zur Herausbildung und zu den strukturellen Besonderheiten des Verkehrsnetzes auf dem Gebiet des heutigen Niedersachsens vgl. HAUPTMEYER (2009).

¹³¹ Vgl. auch SCHNEIDER (2004), S. 431 f.

¹³² Vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 14.

¹³³ Heinrich Heine beklagte in seinem Versepos „Deutschland, ein Wintermärchen“ die desolaten Straßen im „Fürstentum Bückeburg“ (Caput XIX). In der benachbarten Grafschaft Schaumburg waren sie nicht besser.

¹³⁴ Vgl. BEI DER WIEDEN, HELGE (1981), S. 122-127; SCHNEIDER (1994), S. 145-153; NEUBER (2004), S. 213-215 u. 226-228; zur Finanzpolitik des Fürsten Ernst vgl. BEI DER WIEDEN, HELGE (2010), S. 110-116.

die Verabredung getroffen, dass u. a. die Einkünfte aus der Kohleförderung fortan zwischen Hessen und Schaumburg-Lippe geteilt werden.¹³⁵ Trotz gelegentlicher Konflikte hatte die Einrichtung bis 1866 Bestand.

Im Hochmittelalter profitierte die Grafschaft Schaumburg in besonderem Maße von der Konjunktur auf dem Gebiet des Sakralbaues. So lieferte das Territorium neben großen Mengen Holz den auf dem Bückeberg abgebauten widerstandsfähigen Sandstein, der in späteren Jahrhunderten bis nach Übersee exportiert wurde.¹³⁶ Dessen Transport erfolgte über die Weser nach Bremen, so dass er auch unter der Bezeichnung „Bremer Stein“ bekannt wurde. Die Abhängigkeit von den Kaufleuten der Freien Reichsstadt ging mit einem hohen Risiko einher. Als die Bremer im 18. Jahrhundert das Stapelrecht verschärften, gerieten die Obernkirchener Steinhauermeister in finanzielle Schwierigkeiten.¹³⁷ Erst die Aufhebung des Stapelrechts durch die Weserschiffahrtsakte von 1823 sowie ein anhaltender konjunktureller Aufschwung ließen dieses Gewerbe in Schaumburg wieder florieren.

Ein nicht unerheblicher Wirtschaftsfaktor war bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts die Salzgewinnung. Zum einen machte sie die Grafschaft Schaumburg unabhängig von teuren Importen, zum andern erwirtschaftete man Überschüsse, die vorzugsweise nach Schaumburg-Lippe und ins preußische Minden exportiert wurden. Die Salzquellen befinden sich am östlichen Hang des Bückebergs bei Soldorf im Amt Rodenberg. Weil im Laufe des 17. Jahrhunderts der Ertrag erheblich gesunken war, wurde in den 1720er Jahren zunächst der Soldorfer Betrieb modernisiert.¹³⁸ Nach Erfindung der Tröpfelgradierung im Jahre 1726 erfolgte die Ausweitung des Salinenbetriebs durch Errichtung eines 220 m langen Gradierwerkes in der unmittelbaren Nachbarschaft der Stadt Rodenberg. Dort konnte die Wasserkraft der Aue genutzt werden, um das für den Betrieb der Pumpe notwendige Kunstrad anzutreiben. Die Sole wurde durch Rohrleitungen von Soldorf in die Rodenberger Masch transportiert. Beschäftigt wurden bei der Saline nicht nur bis zu 40 festangestellte Personen, sondern auch Tagelöhner.¹³⁹

¹³⁵ Vgl. STIEGLITZ (2004).

¹³⁶ Vgl. BEIDER WIEDEN, BRAGE (1998a), S. 8 f.

¹³⁷ Vgl. KRUMSIEK (1963), S. 19; POESTGES (1980); DERS. (1982/83).

¹³⁸ Vgl. MITHOFF (1985a), S. 73; BEIDER WIEDEN, HELGE (1981), S. 129-133.

¹³⁹ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 65-67 u. 166-168; KRAMPERTZ (1990), S. 110-118.

Ein Wirtschaftszweig, der sich bis in die Gegenwart hinein in Schaumburg halten konnte, ist das Hohlglasgewerbe.¹⁴⁰ 1732 wurde zunächst eine Glashütte in Rinteln errichtet, die jedoch 1782 aufgegeben werden musste. Der Betrieb der Glashütte in Obernkirchen wird immerhin seit mehr als 200 Jahren aufrechterhalten. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach dem Schaumburger Glas konnte das Produktionsvolumen im Laufe des 19. Jahrhunderts in beträchtlichem Umfang erweitert werden. Der industrielle Sektor lockte nicht nur mit vergleichsweise hohen Einkommen.¹⁴¹ In einer Zeit, in der die Bevölkerungszahlen stiegen und der Boden knapper wurde, boten sich hier Beschäftigungsmöglichkeiten für geringqualifizierte Arbeitskräfte aus landarmen oder landlosen Familien. In Exten sowie im Auetal wurden unter Ausnutzung der Wasserkraft *Eisenhämmer*, also metallverarbeitende Betriebe, angelegt. Produziert wurden neben landwirtschaftlichem Gerät wie Sensen hauptsächlich Messer in unterschiedlicher Ausführung für den überregionalen Markt.¹⁴² Der Dienstleistungssektor erhielt im ausgehenden 17. Jahrhundert einen frühen Impuls durch die Einrichtung des Rodenberger Gesundbrunnens, der rund 100 Jahre später als „Bad Nenndorf“ in das Kirchspiel Großnenndorf verlegt wurde, wo sich in der Folge ein florierender Kurbetrieb etablierte (siehe auch Kap. 2.3.3).

Die schaumburgischen Städte hatten als Marktorde eine Zentrumsfunktion. In Rinteln und Rodenberg waren zudem landesherrliche Behörden untergebracht. Rinteln beherbergte eine Universität, Rodenberg mit der Rektorschule eine gehobene Bildungsinstitution. Hinsichtlich ihrer Wirtschaftskraft unterschieden sie sich deutlich voneinander. Ein Vergleich der monatlichen Kontribution, die um 1680 den schaumburgischen Städten auferlegt worden war, ergibt die folgende Abstufung:¹⁴³ An der Spitze steht Rinteln mit rund 70 Tl. Hessisch Oldendorf hatte knapp 41 Tl. zu erbringen, Obernkirchen und Sachsenhagen 25 bzw. 21 Tl. Die monatliche Kontribution Rodenbergs betrug nur 16 Tl.¹⁴⁴ Die Besteuerung der Braugerechtigkeiten ergibt ein etwas anderes

¹⁴⁰ Vgl. HUNKE (1994), S. 112; SCHNEIDER (1994), S. 153-156.

¹⁴¹ Vgl. HUNKE (1994), S. 108; SCHNEIDER (1994), S. 207-213.

¹⁴² Vgl. AVENARIUS (1840), S. 52-56; SCHNEIDER (1994), S. 141 f.

¹⁴³ Dabei orientierte man sich bereits an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einwohnerschaft. In den 1660er Jahren lagen die Summen noch enger zusammen: Rinteln 41 Tl., Hessisch Oldendorf 34 Tl., Obernkirchen 25 Tl., Sachsenhagen und Rodenberg je 22 Tl.; vgl. STAB H 3, Nr. 11.

¹⁴⁴ Der relativ große Unterschied zwischen Rodenberg und Sachsenhagen ergibt sich daraus, dass die beiden Vorstädte Rodenberger Tor und Mühlenstraße mittlerweile den Status eigenständiger Gemeinden erlangt hatten und gesondert veranschlagt wurden.

Bild: In Hessisch Oldenburg und Rodenberg war pro Braugerechtigkeit eine monatliche Kontribution in Höhe von 3 Gr. zu entrichten, in Sachsenhagen lediglich 2 Gr. und 4 Pf.

Mit Ausnahme der Weserstadt Rinteln, die als zentraler Warenumschlagsplatz diente, gelang es den schaumburgischen Städten im Laufe der Frühen Neuzeit nicht, sich wirtschaftlich weiterzuentwickeln: „Hierzu fehlte zum einen die unmittelbare Anbindung an den Welthandel mit seinen Zentren zunächst in den Niederlanden, dann in England, zum anderen die nachhaltige Förderung durch eine expansionsfähige Landesherrschaft wie es in Berlin oder München, selbst in Hannover der Fall war.“¹⁴⁵ Die schaumburgischen Städte versorgten vornehmlich das unmittelbare Umland mit gewerblichen Produkten, ihr Handelsaufkommen war gering. Zudem nahm die Zahl dörflicher Handwerker immer mehr zu, was zu Lasten der städtischen Betriebe ging.¹⁴⁶ Das von den Städten bereitgestellte, bisweilen spezialisierte Angebot an handwerklichen Produkten und Dienstleistungen war zwar hochwertiger, verlor aber an Volumen. Wichtigste Einnahmequelle für einen großen Teil des alteingesessenen Bürgertums blieben weiterhin die Braugerechtigkeiten. Da das Bier kein Exportartikel war, achtete man sorgsam auf die Einhaltung des Bierbanns.¹⁴⁷ Seit dem Dreißigjährigen Krieg mangelte es allerdings an finanziellen Mittel für notwendige Investitionen u. a. in die Erneuerung der kostspieligen Braupfannen.¹⁴⁸ Der Zerfall des städtischen Brauwesens in Schaumburg zeichnete sich bereits im 18. Jahrhundert ab.

Den wichtigsten Wirtschaftszweig der Grafschaft Schaumburg bildete bis weit in die Neuzeit hinein der Agrarsektor. Betrieben im Haupt- oder Nebenerwerb sicherte die Landwirtschaft nicht nur im dörflichen, sondern auch im städtischen Bereich vielen Menschen den Lebensunterhalt. Die naturräumliche Diversifikation machte die Bodenverhältnisse in der Grafschaft Schaumburg sehr uneinheitlich. Doch betrifft dies in erster Linie die reliefbedingten Unterschiede. Während in den ansteigenden Lagen die Bearbeitung erschwert ist, besteht in den Niederungen die Notwendigkeit der Entwässerung. In ihrer geologischen Beschaffenheit sind die schaumburgischen Böden im

¹⁴⁵ HAUPTMEYER (1995), S. 9 f.

¹⁴⁶ Im 18. Jahrhundert wurden die Klagen seitens des Zunfthandwerks über die „Störer“ vielerorts deutlich lauter; vgl. auch SCHLENKRICH/BRÄUER (2000), S. 100-103.

¹⁴⁷ Vgl. STAB H 1 IV 4 Nr. 29 u. 33; hierzu auch STAB H 2 VII Nr. 4, 12 u. 15.

¹⁴⁸ Vgl. KÖLLING (1956), S. 43.

Allgemeinen von guter bis sehr guter Qualität.¹⁴⁹ Löss bedeckt bevorzugt den Bereich des Rodenberger Auetals sowie die Bückeberg und Deister vorgelagerte Horster Ebene. Eine überdurchschnittlich gute Bodenqualität findet sich auch in der Stromaue der Weser. In den Höhenlagen fällt sie zwar ab, wird als Wirtschaftsfaktor aber durch die vermehrten Waldnutzungsmöglichkeiten und das Vorkommen von Bodenschätzen ausgeglichen. Von eher geringer Fruchtbarkeit sind lediglich die Böden in der Übergangszone zur niedersächsischen Geest im äußersten Nordwesten.

Begünstigend wirkt sich für die Landwirtschaft Schaumburgs geographische Lage in einer gemäßigten Klimazone aus. Recht stabile Wetterverhältnisse mit eher geringen Temperaturschwankungen und mäßigen Niederschlägen schaffen gute Bedingungen sowohl für die Zeit der Reife als auch der Ernte. Lediglich der Bereich des Auetals neigt – bedingt durch die umliegenden Gebirge – zur Ausbildung mikroklimatischer Konstellationen mit bisweilen sehr hohen Niederschlägen. Zudem liegen die Temperaturen am Osthang des Bückebergs etwas unter dem Landesdurchschnitt, so dass in diesem Bereich die Aussaat verspätet einsetzte.¹⁵⁰ Alles in allem waren die Getreideerträge so hoch, dass die Grafschaft Schaumburg Überschüsse produzieren konnte.¹⁵¹ Abnehmer war auch hier zuvorderst die Stadt Bremen.¹⁵²

Innerhalb der Dörfer gab es ausgeprägte soziale Unterschiede, wobei der Landbesitz ein wichtiges Kriterium zur Bestimmung des jeweiligen Status bildete. Eine Hofstelle setzte sich zusammen aus dem Haus-, Hof- und Gartenbereich (u. a. Wohnhaus, Scheunen, Stallungen, ggf. Leibzuchthaus) und – in der Regel – Ländereien wie Ackerland und Wiesen. Hinzu kamen Nutzungsberechtigungen an den dörflichen Gemeinheiten. Ausgehend von der Hofgröße¹⁵³ erfolgte die Zuordnung zu einer von drei Bauernklassen. Daneben lebten auf einem Teil der schaumburgischen Höfe im Rahmen eines dauerhaften oder vorübergehenden Mietverhältnisses die Einlieger (Häuslinge). An der Spitze standen die Meier, dann folgten die Köthner und schließlich die Brinksitzer.

¹⁴⁹ Die *Vorbeschreibungen* zu den Lager-, Stück- und Steuerbüchern (StAB H 2, Nr. 14) enthalten u. a. Einschätzungen zur Bodenqualität; vgl. auch AVENARIUS (1840), S. 10 f. u. 30 f.; BROSIUS (1972), S. 123-125; HAUPTMEYER (1998), S. 25.

¹⁵⁰ Vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 9-13.

¹⁵¹ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 71.

¹⁵² Vgl. BEIDER WIEDEN, BRAGE (1998a), S. 13.

¹⁵³ Die Hofstellen konnten hinsichtlich ihrer Größe innerhalb eines Dorfes extrem voneinander abweichen. In Antendorf beispielsweise reichte das Spektrum von 130 Morgen bis zu lediglich ¼ Morgen; vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 29.

Erstere wurden namensgebend für das Meierrecht, ein vertraglich festgelegtes Erbpachtverhältnis zwischen Grundherren und Bauern. Im nordwestdeutschen Raum praktizierte man das Anerbenrecht, das Meierrecht hatte sich im Laufe des Spätmittelalters herausgebildet. In Schaumburg übernahm in der Regel das älteste Kind den Hof. Die weichenden Erben wurden abgefunden. Die Höhe der Abfindung, die Versorgung der Eltern sowie die Rechte und Pflichten gegenüber dem Grundherrn wurden im Meierbrief niedergelegt. Die Höfe sollten ungeteilt weitergegeben werden und damit in ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhalten bleiben. Die Bestimmungen zu den bäuerlichen Besitz- und Rechtsverhältnissen sowie dem Erbrecht wurden nach dem Anfall Schaumburgs an Hessen nicht geändert.¹⁵⁴ Erst im Jahre 1774 wurde das für fast alle schaumburgischen Höfe bestimmende Meierrecht leicht modifiziert und mit dem Erlass einer Meierordnung festgeschrieben.¹⁵⁵

Die Meierhöfe wurden vollbäuerlich bewirtschaftet, die Familien waren nicht gezwungen, nebegewerblichen Tätigkeiten nachzugehen. Allerdings waren sie u. a. verpflichtet, Gespanndienste zu leisten, was die Notwendigkeit, eine bestimmte Anzahl an Pferden zu halten, mit sich brachte. Die Hofstelle musste so viel Ertrag einbringen, dass die Winterfütterung der Pferde gewährleistet war. Die gebräuchliche Bezeichnung zur Umschreibung der Größe der Meierhöfe war in der Frühen Neuzeit die Hufe. Ein Vollmeierhof umfasste idealerweise 4 Hufen, ein Halbmeierhof 2. Die Hofgrößen konnten allerdings auch innerhalb derselben Bauernklasse differieren.¹⁵⁶ Die schaumburgischen Vollmeierhöfe hielten nur 2–3 Hufen. Bei der Bemessung der Hufe orientierte man sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Hofes, berücksichtigt wurden Faktoren wie Bodenqualität, Abgabenhöhe und Dienstverpflichtungen. Ihre Größe konnte daher – im Gegensatz zu festgelegten Flächenmaßen wie Hektar und Morgen – variieren.¹⁵⁷ Gelegentlich sind Teilungen oder Zusammenlegungen von Höfen erfolgt. In Phasen der Bodenverknappung wurden die ausgewiesenen Hofstellen tendenziell kleiner. So entstanden seit dem 17. Jahrhundert in Schaumburg vorwie-

¹⁵⁴ Vgl. LERCH (1926), S. 17.

¹⁵⁵ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 10 u. 66 f.

¹⁵⁶ Vgl. BEGEMANN (1990), S. 28 f. Ein relativ ausgeglichenes Niveau wiesen Dörfer mit nur einem Grundherrn auf. Waren die zu einem Dorf eingemeindeten Hofstellen verschiedenen Grundherren unterstellt, konnten deutliche Unterschiede auftreten; vgl. EBD., S. 52–55.

¹⁵⁷ Im benachbarten Fürstentum Calenberg umfasste eine Hufe 20–30 Morgen; vgl. EBD., S. 11.

gend unterbäuerliche Stellen. Eine Ausnahme bilden planmäßige Siedlungsgründungen. Die 16 Bauernstellen in Hessendorf, das in den späten 1660er Jahren auf ehemaligen Gütern des Klosters Möllenbeck entstand, waren ausnahmslos Halbmeierhöfe.

In der Schicht der Köthner – man unterschied Groß-, Mittel- und Kleinköthner – war der Mischerwerb stark verbreitet. Auf den Höfen der schaumburgischen Großköthnerfamilien, deren zugehöriger Landbesitz annähernd dem der Halbmeierhöfe entsprach, wurden Pferde gehalten. Der Übergang zwischen vollbäuerlichen und unterbäuerlichen Schichten verläuft in der Untergruppe der Kleinköthner. Einige dieser Stellen waren gänzlich landlos.¹⁵⁸ Der Anteil der Kleinköthnerfamilien, die vom Ertrag der Landwirtschaft leben konnten, betrug 58 %.¹⁵⁹ Zum Teil wurde das Einkommen über eine *Handgrützmühle*¹⁶⁰ oder einen Schankbetrieb aufgebessert.

Bereits mit der Bodenverknappung im 16. Jahrhundert wuchs in Schaumburg die unterbäuerliche Schicht nachweislich an. Da die Bevölkerungsverluste infolge des Dreißigjährigen Krieges in der Grafschaft Schaumburg im Vergleich zum hessischen Stammland gering waren (vgl. Kap. 2.1.2), sind die wüstgefallenen Höfe schnell wieder bewirtschaftet worden. Zumindest die Brinksitzerstellen reichten in der Regel nicht aus, um eine Familie allein vom Bodenertrag zu ernähren. In der Exter Vogtei¹⁶¹, wo der Anteil der Brinksitzer mit 68 % den höchsten Wert im südschaumburgischen Raum erreichte, verfügten 46 % der Stellen über weniger als 2 Morgen Land.¹⁶²

Am unteren Ende der dörflichen Hierarchie befanden sich die Einlieger. Bei ihnen handelte es sich überwiegend um Einzelpersonen, seltener um Ehepaare oder Familien, die weder über eine Hofstelle verfügten noch im Gesindedienst standen. Sie lebten zumeist auf vollbäuerlichen Höfen, wo sie die Miete in Form von Arbeitsleistungen

¹⁵⁸ Vgl. auch KNOKE (1968), S. 204.

¹⁵⁹ Sowohl die quantitativen Angaben als auch weitere Ausführungen zur gewerblichen Struktur fußen auf den hessischen Steuerregistern, die im Rahmen der Anfertigung einer Magisterarbeit über die unterbäuerlichen Schichten in der Grafschaft Schaumburg ausgewertet wurden; vgl. SAUER, PETER (1996).

¹⁶⁰ Die leistungsfähigeren Ölmühlen, für deren Betrieb ein Pferd benötigt wurde, befanden sich vorwiegend im Besitz von Vollbauern.

¹⁶¹ Die schaumburgischen Ämter waren ursprünglich noch in Vogteien unterteilt.

¹⁶² Vgl. auch BEIBNER (1995), S. 12.

vorwiegend während der Erntezeit erbrachten.¹⁶³ Daneben verdingten sie sich im Tagelohn oder übten eine handwerkliche Tätigkeit aus. In den hessischen Steuerunterlagen wurden zunächst nur wenige Einlieger registriert, im Laufe des 19. Jahrhunderts stieg ihre Zahl signifikant an.

In den unterbäuerlichen Schichten war der Mischerwerb weitverbreitet. Die Familien sicherten ihren Lebensunterhalt u. a. durch die Vermarktung von Gartengemüse, den Tagelohn oder die Übernahme entgeltlicher Tätigkeiten im Gemeindedienst (z. B. Hirte, Feldwächter). Ein wichtiger Wirtschaftsfaktor war zudem das Landhandwerk. Mit dem Anstieg der Bevölkerungszahlen nach dem Dreißigjährigen Krieg nahm der Bedarf an Handwerksleistungen in den Dörfern zu. Die Zünfte, die in der vermehrten Ansiedlung mehr oder weniger qualifizierter Handwerker auf dem Land eine Konkurrenz sahen, gerieten im 18. Jahrhundert ohnehin unter starken Druck.¹⁶⁴ Auf den vorangegangenen kriegsbedingten Nachfragerückgang hatten sie noch mit Beschränkungen bei der Erlangung der Meisterwürde reagiert.¹⁶⁵ Die landesherrlichen Zunftordnungen der Jahre 1693 und 1730 bedeuteten jedoch eine faktische Aufhebung der Zunftautonomie. Darüber hinaus traf die hessische Regierung Regelungen zur Ausübung des Landhandwerks, das in Schaumburg schließlich mit mehr Berufsgruppen als in vielen anderen Territorien vertreten war.¹⁶⁶ Allerdings wurde 1793 die Ausübung von Landhandwerk sowie Landhandel wieder empfindlich eingeschränkt, weil die hessische Regierung diese als Ursachen für einen Rückgang des Rintelner Handels- und Gewerbeaufkommens erachtete.¹⁶⁷ Dennoch konnten selbst strenge Reglementierungen die Ausbreitung des Landhandwerks nicht aufhalten.¹⁶⁸

Neben den vor Ort benötigten Grobschmieden oder Zimmerleuten lebten auf dem Land sehr viele Schuhmacher und Schneider. Die Textilhandwerker waren im Allgemeinen geringqualifiziert. In den schaumburgischen Quellen erscheint immer wieder der Begriff *Flickschuster*. Den Dorfschneidern wurden eher die Herstellung sowie

¹⁶³ Vgl. STAB H 2 V 6, Nr. 35.

¹⁶⁴ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 113 f.

¹⁶⁵ Vgl. MÖKER (1971), S. 171-173.

¹⁶⁶ Vgl. EBD., S. 176-178; SCHNEIDER (1994), S. 124.

¹⁶⁷ Vgl. ARNOLD, DIETER (1966), S. 86-90.

¹⁶⁸ Vgl. KAUFHOLD (1983), S. 211; HAUPTMEYER (1995), S. 8.

Ausbesserung von Arbeitskleidung übertragen; für die Anfertigung festlicher Kleidung wurden vornehmlich die Dienste der gutausgebildeten Schneider in den Städten in Anspruch genommen.¹⁶⁹

Die Leinweberei war das zahlenmäßig am stärksten verbreitete Handwerk auf dem Lande.¹⁷⁰ In Schaumburg bestritten um 1780 mehr als 200 Haushalte ihren Lebensunterhalt aus der Leinenproduktion. Die Verteilung der Produzenten spiegelt die strukturellen Unterschiede zwischen den Landesteilen der Exklave wider: In den südlichen Landesteilen lebten im ausgehenden 18. Jahrhundert deutlich mehr Menschen von der Leinweberei als im Norden der Grafschaft. Zum einen war die Bevölkerungsdichte höher, zum andern bestand eine günstigere Marktanbindung. So war die Leinweberei in den wesernahen Dörfern am stärksten verbreitet. Eine Besonderheit bildet das Dorf Goldbeck an der Grenze zum Lippischen.¹⁷¹ Dort wurden auch von den vollbäuerlichen Stellen Kontributionen erhoben, die auf dem Erlös der Leinweberei fußen.

Weitere gewerbliche Tätigkeiten zur Sicherung des Lebensunterhalts fanden die unterbäuerlichen Familien im Nahrungs- und Genussmittelsektor. Einige der ansässigen Brinksitzer verfügten über eine Ölmühle oder die Konzession zur Branntweinherstellung. Auch das *Tobackspinnen*, das bis zur Gründung der ersten Tabakmanufaktur 1788 in Hamburg heimindustriell betrieben wurde,¹⁷² bot einigen schauburgischen Haushalten einen Nebenverdienst. Außerdem verfügte fast jedes Dorf in Schaumburg über mindestens einen *Krug*. Wegen des Ankaufs der Getränke erforderte der Betrieb Eigenkapital, was nicht jede Familie aufbringen konnte. Nicht selten wurden die Schankgerechtigkeiten, die in der Regel an eine bestimmte Hofstelle gebunden waren, verpachtet.

Für rund ein Fünftel aller dörflichen Haushalte in Schaumburg war um 1780 der Verdienst aus dem Tagelohn fundamentaler Bestandteil des Familieneinkommens.¹⁷³ Be-

¹⁶⁹ Vgl. LEISTER (1979), S. 181.

¹⁷⁰ Vgl. hierzu auch allg. SCHNEIDER (1994), S. 131-139.

¹⁷¹ Zu Goldbeck und dessen besonderer Gewerbestruktur vgl. EBD., S. 230-233.

¹⁷² Vgl. SCHRÖDER (1978), S. 120.

¹⁷³ Die Zahl bezieht sich auf die männlichen Haushaltsvorstände. Deren Ehefrauen und älteren Kinder, sofern sie noch im elterlichen Haushalt lebten, waren zumindest in der Erntesaison ebenfalls im Tagelohn beschäftigt; vgl. BEIBNER (1998), S. 3-5.

nötigt wurden zusätzliche landwirtschaftliche Hilfskräfte auf mehr als 30 herrschaftlichen Vorwerken (Domänen) und adligen Gütern sowie den vollbäuerlichen Betrieben.¹⁷⁴ Obwohl diese in der Regel Gesinde hielten, waren die saisonalen Arbeitsspitzen mit eigenen Kräften nicht zu bewältigen. Bedarf an Tagelöhnern bestand darüber hinaus in den Steinbrüchen und im Salinenbetrieb. Die Hollandgängerei¹⁷⁵ war in Schaumburg zunächst nur von untergeordneter Bedeutung. Um 1780 gab es lediglich ein Dutzend Wanderarbeiter. Mit einer Ausnahme waren sie sämtlich im Amt Rodenberg beheimatet. Mit zunehmendem Bevölkerungsdruck wurde die Wanderarbeit als Einkommensfaktor attraktiv. Bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Zahl der Wanderarbeiter, die weiterhin primär aus dem Amt Rodenberg kamen, auf mehrere 100 Personen angewachsen.¹⁷⁶

Die gelehrten Berufe fielen im Vergleich zu den traditionellen Tätigkeiten auch in Schaumburg kaum ins Gewicht. Die Angehörigen der gebildeten Schichten, von denen viele aus Hessen stammten, waren vorrangig im Rahmen der landesherrlichen und kirchlichen Verwaltung beschäftigt. Hinzu kamen der Bildungssektor mit der Universität und den Schulen sowie im Zuge der Medikalisierung die Gesundheitsversorgung. Einige landesherrliche Gutshöfe standen in Privatpacht. Im 19. Jahrhundert wurde zunehmend höherqualifiziertes Personal nachgefragt, das im Nenndorfer Kurbetrieb sowie bei Post oder Eisenbahn¹⁷⁷ eingesetzt wurde. Technische Berufe waren im Allgemeinen aber unterrepräsentiert.

Mit der Übernahme der Grafschaft Schaumburg verfügte die Landgrafschaft Hessen-Kassel über einen strategischen Brückenkopf in den norddeutschen Raum. Zur Siche-

¹⁷⁴ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 174; DERS. (1995), S. 34; BEIBNER (1998), S. 6 f.

¹⁷⁵ Bereits vor Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges wurden Wanderarbeiter zum Torfstechen, Kanalbau oder Grasmähen von den Niederlanden angeworben. Das Einzugsgebiet umfasste neben Ostfriesland und Westfalen vornehmlich den westlichen Teil Niedersachsens; vgl. KLEEBERG (1948), S. 193-197, 200 u. 204. Im Raum Schaumburg war der Bevölkerungsdruck zunächst gering, doch bemühte sich das Nachbarterritorium Schaumburg-Lippe bis in das 19. Jahrhundert hinein, die Hollandgängerei gesetzlich zu unterbinden, um einer Verknappung des Arbeitskräftepotentials entgegenzuwirken; vgl. ROTHE (1998), S. 112-118.

¹⁷⁶ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 69.

¹⁷⁷ Seit Mitte des 19. Jahrhunderts verfügte die Grafschaft Schaumburg durch Bahnhöfe in Haste und Lindhorst über eine Anbindung an eine Eisenbahnstrecke, die von Köln über Hannover und Magdeburg bis nach Berlin führte. Die Bahnhöfe befanden sich jedoch im äußersten Norden der Exklave. Wenngleich diese Strecke zu den am stärksten frequentierten im deutschsprachigen Raum zählte, zog Schaumburg kaum wirtschaftlichen Nutzen daraus; vgl. SCHNEIDER (1994), S. 24 u. 239.

zung der Exklave erfolgten der Ausbau Rintelns zur Garnisonsstadt sowie die Aufstockung des Bestandes an Militärpersonen und ihrer Familien, die überwiegend aus dem hessischen Mutterland stammten und eine eigenständige calvinistische Kirchengemeinde bildeten (siehe auch Kap. 2.1.1). Die Garnison musste versorgt werden, was der schauburgischen Wirtschaft zugute kam. Zudem eröffnete sich insbesondere während der Phase des amerikanischen Unabhängigkeitskrieges durch den Abschluss der Subsidienvträge auch Schaumburgern ein alternativer Berufsweg (siehe auch Kap. 2.3.3). Neben dem sicheren Einkommen zählten Abenteuerlust, die Hoffnung auf einen sozialen Aufstieg¹⁷⁸ oder die Flucht vor einem ungeliebten Beruf¹⁷⁹ zu den Motiven, die junge Männer Soldat werden ließen.

Schaumburg war für die Landgrafschaft Hessen-Kassel nicht nur von strategischem Wert, sondern bildete eine durchaus bedeutsame Einnahmequelle. Im Jahre 1700 betrugen die staatlichen Gesamteinnahmen rund 122.000 Gulden. Davon entfielen 27.619 Gulden,¹⁸⁰ also etwas mehr als ein Fünftel, auf die hessischen Exklaven.¹⁸¹ Bereits unmittelbar nach dem Dreißigjährigen Krieg hatte man sich um eine wirtschaftliche Förderung bemüht. Sachsenhagen war 1650 zur Stadt ernannt worden. Auch die Aufstellung der Steuerkataster seit den 1670er Jahren ist in diesem Kontext zu sehen. Seit 1765 bemühte sich das neu eingerichtete hessische Commerz-Collegium um die Förderung des schauburgischen Gewerbes. Ins Auge gefasst wurden vorrangig Flachs- und Leinwandbau, die durch die hessischen Landesherren mit einigem Erfolg bereits seit der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts gefördert worden waren.¹⁸² Da die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge mit erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden war, wurden diese wieder fallengelassen.¹⁸³ Beibehalten wurde lediglich die Anlage einer Leinenlegge, die sich dann exportfördernd auswirkte.

¹⁷⁸ Johann Gottfried Seume, der auf dem Weg zu seiner Verschiffung nach Nordamerika ein Stück von Schaumburg durchwanderte, strebte vermutlich eine Karriere als Offizier an; vgl. SEUME (1991), S. 52 u. Anmerkung S. 173.

¹⁷⁹ Der spätere Beckedorfer Pastor Wigandt diente aus diesem Grund ein Jahr lang als Husar in preussischen Diensten; vgl. LKAH D 34, A, I, Nr. 1120.

¹⁸⁰ Nicht in dieser Summe enthalten sind die Einnahmen aus Salz- und Bergwerken, Zöllen, der Tranksteuer u. ä. in Höhe von 200.000 Gulden. Diese wurden von allen hessischen Fürstentümern zusammen aufgebracht; vgl. PHILIPPI (1976), S. 677.

¹⁸¹ Über die Verteilung der Summe auf die einzelnen Exklaven lässt sich keine Aussage treffen. Zumindest überstieg die Einwohnerzahl Schaumburgs die der Ämter Uchte, Freudenberg und Wagenfeld im Jahre 1788 um das Dreifache; vgl. VOLKSMENGE DER GRAFSCHAFT SCHAUMBURG, HESSISCHEN ANTHEILS, NEBST DER AEMTER UCHT, FREUDENBERG UND WAGENFELD (1790), S. 169.

¹⁸² Vgl. DASCHER (1968), passim; hierzu auch KAUFHOLD (1986), S. 170.

¹⁸³ Vgl. BRANDT (1960), S. 38; DASCHER (1968), S. 155 f.

Im Jahre 1805/06 machte die qualitativ hochwertige schaumburgische Leinwand ein Fünftel des Exporterlöses für dieses Produkt in Hessen-Kassel aus.

Das quantitative Verhältnis zwischen vollbäuerlichen und unterbäuerlichen Schichten in Schaumburg war abhängig von der Größe eines Dorfes. Sehr hoch war der Anteil der unterbäuerlichen Schichten in Kirchspielorten, die eine Mittelpunktfunktion innehatten und die Nachbargemeinden mit handwerklichen Produkten und Dienstleistungen versorgten. Alles in allem war die Grafschaft Schaumburg durch eine große gewerbliche Vielfalt geprägt, überregional spielten die heimischen Erzeugnisse indes keine Rolle. Der Umfang des Exports blieb durchgehend gering. Die hessischen Landesherren beschränkten sich weitgehend auf die Förderung des agrarischen Sektors durch die Ausweisung von Boden.¹⁸⁴ Mit zunehmendem Bevölkerungswachstum war ohnehin vermehrt gerodet worden. Gleichzeitig hatte die Nutzung der Wälder durch Vieheintrieb zugenommen. Im ausgehenden 16. Jahrhundert war in Schaumburg durch den Erlass von Wald- und Forstordnungen begonnen worden, die Waldgrenzen festzuschreiben.¹⁸⁵ Gleichwohl nahm allein im schaumburgischen Süntelraum die Ackerfläche zwischen 1560 und 1780 um rund 42 % zu.¹⁸⁶ In der hessischen Zeit wurden südlich der Weser einige Siedlungen planmäßig gegründet,¹⁸⁷ wenngleich das absolute Stellenwachstum im dünner besiedelten nordschaumburgischen Raum höher war. Die Bodenverknappung unterband schließlich weitere Landausweisungen. Mit den Agrarreformen der 1830er und 1840er Jahre wurde dann das in Teilen weiterhin präsent zählebige Dienst- und Abgabesystem zugunsten einer reinen Geldwirtschaft beseitigt.¹⁸⁸ Die marktwirtschaftliche Öffnung brachte jedoch nur einem Teil der Bevölkerung materiellen Gewinn. Für viele Angehörige landloser und landarmer Schichten verschärfte sich unter anderem infolge des Wegfalls der Nutzungsrechte am Gemeinland die wirtschaftliche Situation. Weil aus der gewerblich-industriellen Produktion kaum neue Beschäftigungsmöglichkeiten erwachsen, setzte in Schaumburg noch im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts die Auswanderung in die USA ein.

¹⁸⁴ Vgl. MAACK (1986), S. 80-83.

¹⁸⁵ Vgl. KNOKE (1968), S. 201.

¹⁸⁶ Vgl. EBD., S. 213.

¹⁸⁷ Neben Hessendorf waren das vier in den 1770er und 1780er Jahren gegründete und nach dem Initiator, Landgraf Friedrich II. von Hessen-Kassel, benannte Dörfer (Friedrichsburg, -hafen, -höhe und -wald) südlich der Weser sowie Niengraben und Idensermoor im Norden Schaumburgs.

¹⁸⁸ Vgl. SCHNEIDER/SEEDORF (1989), S. 102-111; SCHNEIDER (1994), S. 97-109.

2.1.4 Siedlungsstruktur und Lebensbedingungen

Die Reliefgestaltung der Grafschaft Schaumburg basiert wesentlich auf einigen markanten Gebirgszügen:¹⁸⁹ Im Westen befindet sich der Bückeberg, auf dessen Kamm ein Teil der Grenze zu Schaumburg-Lippe verlief. Im Osten bildeten der Nordausläufer des Deisters sowie der Süntel natürliche Grenzen zum Fürstentum Calenberg. Die dazwischen liegende Niederung wird nach der Obernkirchener Aue, einem Bach, der das Gebiet in westöstlicher Richtung durchzieht, als Auetal bezeichnet. Der nördliche Bereich des Auetals (Soldorfer Becken) trennt die Ämter Schaumburg und Rodenberg und damit das südliche Hügelland von der nördlichen Ebene. Entwässert wird der ehemals sumpfige Norden maßgeblich durch die Rodenberger Aue, die sich nahe des Steinhuder Meeres mit der Sachsenhäger Aue zur Westaue vereinigt und in die Leine fließt. Im Süden gibt es eine Reihe kleinerer Bäche, die von den umliegenden Gebirgen kommend in die Weser münden. Ein eigenes Tal ausgebildet hat allerdings nur die Exter. Sie entspringt im Teutoburger Wald, passiert das Lipper Bergland und mündet nahe dem Dorf Exten bei Rinteln in die Weser. Die Weser selbst bot eine Reihe von Vorteilen, so dass verschiedene Werder im Bereich der Stromaue zur Anlage von Siedlungen genutzt wurden.¹⁹⁰ Die reliefbildenden Gebirge im Süden sind die Weserbergkette und die Randhöhen des Lippischen Berglands.

Die Grafschaft Schaumburg setzte sich aus 3 Ämtern zusammen, die insgesamt 5 Städte und rund 70 dörfliche Siedlungen in sich vereinigten (**Abb. 4**).¹⁹¹ Während das im Nordwesten gelegene Amt Sachsenhagen im Rahmen der Teilung verkleinert worden war, blieben die Ämter Schaumburg im Süden und Rodenberg im Norden in ihrem Bestand weitgehend unverändert erhalten. Die Ämter spiegelten die Gegensätze der Grafschaft Schaumburg hinsichtlich Relief und Verkehrsanbindung wider: Das Amt Schaumburg war bereits in die Mittelgebirgszone eingebettet. Die hindurchfließende

¹⁸⁹ Zur Reliefgestaltung vgl. **Abb. 1** (Kap. 2.1.1).

¹⁹⁰ Vgl. MAACK (1964), S. 180.

¹⁹¹ Für das Folgende wurde auf die den *Lager-, Stück- und Steuerbüchern* beigelegten *Vorbeschreibungen* (STAB H 3, Nr. 1) zurückgegriffen. Diese wurden größtenteils um 1780 verfasst und enthalten eine Fülle an zum Teil sehr detaillierten Informationen über die soziostrukturellen Gegebenheiten und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der einzelnen Siedlungen.

Weser hatte hier frühzeitig zur intensiven Besiedlung angeregt, so dass die Bevölkerungsdichte höher war als im Norden. Zudem befand sich mit der Garnisons- und Residenzstadt auch das Verwaltungszentrum der hessischen Exklave in diesem Amt.

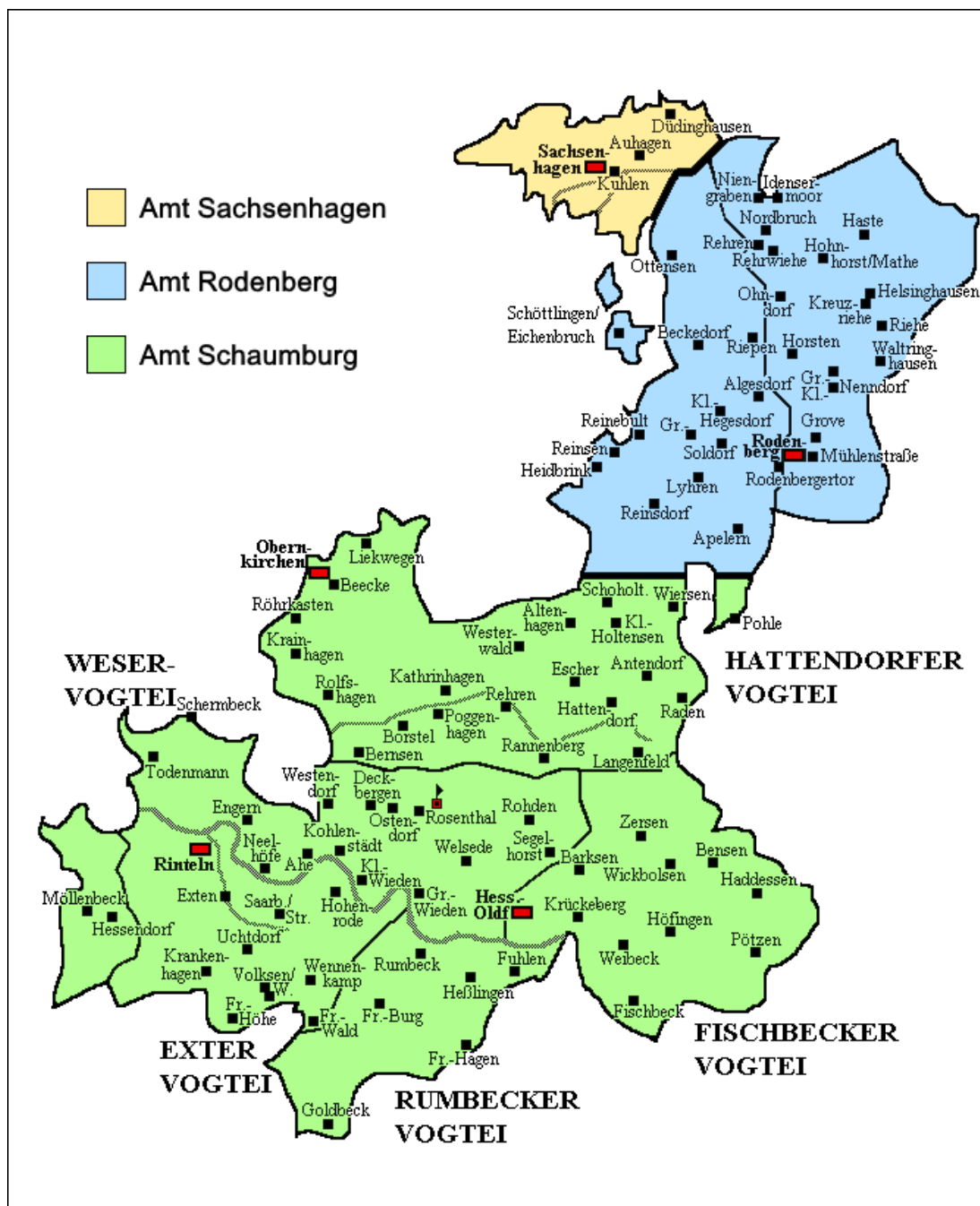


Abb. 4: Die Grafschaft Schaumburg im 18. Jahrhundert

Die Gebiete der Ämter Sachsenhagen und Rodenberg fallen dagegen vollständig oder doch überwiegend in den Bereich der norddeutschen Tiefebene. Im Rahmen der Binnenkolonisation musste hier in größerem Umfang gerodet und entwässert werden. Und

auch der Helweg, wenngleich eine überregionale Handelsverbindung, ist in seiner Bedeutung nicht mit der Weser zu vergleichen. Obwohl „die Weser alles andere als ein typisch schiffbarer Wasserweg war“, war ihr Transportvolumen vor der Erfindung der Eisenbahn und dem Bau des Mittellandkanals derart hoch, dass Parallelen zu Main und Neckar gezogen worden sind.¹⁹² Das Handelsaufkommen im Süden überstieg das im Norden. Eine natürliche Grenze zum nördlichen Landesteil bildete die Weserbergkette mit dem sich anschließenden Auetal. Das Gebirge wird zwar durch mehrere Pässe durchschnitten, doch wurde die durch das Auetal führende Landstraße nachweislich nur wenig frequentiert, so dass es verhältnismäßig wenig Berührung zwischen den beiden schauburgischen Landesteilen gegeben hat.

Die 19 schauburgischen Kirchspiele – 4 städtische, 15 dörfliche – unterschieden sich in Bezug auf Größe und topographische Einbettung in die Landschaft (vgl. Kap. 2.1.5).¹⁹³ Die Zugehörigkeit zu einem Kirchspiel konnte Kontakte zwischen Einzelpersonen oder ganzen Dörfern über größere Entfernungen hinweg fördern. So war beispielsweise das Dorf Rannenberg mit Ausnahme von drei Höfen, die dem Kirchspiel Hattendorf angehörten, in das Kirchspiel Segelhorst eingepfarrt. Zwar hatte Rannenberg eine eigene Schule, dennoch mussten die Kinder dieser drei Höfe die Schule im rund eine Stunde entfernten Hattendorf besuchen.

Die städtischen Kirchspiele verteilen sich relativ gleichmäßig auf das Gebiet der Grafschaft Schaumburg, was auf die Phase der Territorialbildung im Hochmittelalter zurückgeht. Gegründet wurden sie zum Teil zeitgleich mit der planmäßigen Anlage einer Burg und dienten der Grenzsicherung und Wirtschaftsförderung.¹⁹⁴ Die Ursprünge der dörflichen Kirchspiele reichen zeitlich am weitesten im Süden zurück. Das von der Weser durchzogene Rintelner Becken war bereits im Mittelalter recht bevölkert. Der älteste schriftliche Nachweis für eine Siedlungstätigkeit im Raum Schaumburg fällt in das Jahr 892 und behandelt die Übertragung von Land u. a. im Bereich des heutigen Fischbeck.¹⁹⁵ Die erhaltenen Urkunden bieten nur einen groben Anhaltspunkt für eine

¹⁹² Vgl. HUNKE (1994), S. 140.

¹⁹³ Die Kirchspielgrenzen waren nicht mit den Grenzen der weltlichen Verwaltungsbezirke – Ämter bzw. Vogteien – identisch und überschritten zum Teil die Territoriegrenzen.

¹⁹⁴ Eine Ausnahme bildet die Stadt Obernkirchen, die bereits im 12. Jahrhundert als Klosterflecken-siedlung entstanden ist.

¹⁹⁵ Vgl. MAACK (1964), S. 1 u. 13.

Datierung.¹⁹⁶ Viele der schauburgischen Dörfer gründen auf älteren Einzelhöfen, in deren Nachbarschaft sich mit ansteigendem Bevölkerungsdruck – vielleicht schon infolge einer sächsischen Siedlungswelle – zunehmend weitere Hofstellen gruppieren.¹⁹⁷ Die schauburgischen Dörfer erscheinen vorwiegend als geschlossene Siedlung, Streusiedlungen und Einzelhöfe finden sich gelegentlich in den wesernahen Bereichen und im Auetal. Der dominierende Typus war das Haufendorf, einige daneben bestehende Hagenhufendörfer sind das Resultat der Rodungsphase des 13. Jahrhunderts.

Die Möglichkeiten der Bodenbearbeitung sind in Schaumburg reliefbedingt uneinheitlich. Dies gilt vor allem für die wesernahen Gebiete. Die Stromaue befindet sich auf rund 60 m ü. NHN, zum Lippischen Berg- und Hügelland steigt die Höhe rasch an. Das südlichste Dorf Schaumburgs, Goldbeck, ist auch das höchstgelegene (> 320 m ü. NHN). Die Besiedlungsdichte der Höhenlagen im Rintelner Becken stand zwar nicht hinter den als Wohnplatz sehr beliebten klimatisch begünstigten Weserterrassen zurück,¹⁹⁸ doch wurden in diesen Bereichen im Spätmittelalter deutlich mehr Siedlungen aufgegeben. In den Höhenlagen fielen annähernd 40 % der Siedlungen wüst, auf den Terrassen nur etwas mehr als 20 %.¹⁹⁹

Im Norden wurden höhergelegene Bereiche präferiert, die Urbarmachung der Ebene (40–60 m. ü. NHN) mit ihrem hohen Grundwasserspiegel erfolgte im Laufe des 13. Jahrhunderts. Bis dahin waren weite Teile der Ebene vom Dülwald bedeckt, einem ausgedehnten zusammenhängenden Waldgebiet, das zunächst gerodet und entwässert werden musste. Dieser Bereich hat Anteil an einem langgezogenen Streifen von Lösserde, der sich während der letzten Eiszeit gebildet hatte und am Osthang des Bückeburgs vorbeilief. Ebenso wie das Relief ist auch die Bodenqualität der Grafschaft Schaumburg durch Heterogenität gekennzeichnet.²⁰⁰ Die beste Bodenqualität birgt die Stromaue der Weser, Löss in geringerer Konzentration findet sich zudem in Teilen des

¹⁹⁶ Vgl. auch KNOKE (1968), S. 120-126.

¹⁹⁷ Vgl. MAACK (1953), S. 8.

¹⁹⁸ Vgl. MAACK (1964), S. 15 f.; KNOKE (1968), S. 112 f. u. 132.

¹⁹⁹ Vgl. MAACK (1964), S. 5-7.

²⁰⁰ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 10 f. u. 30 f.; hier auch FEIGE (1932); MÜHLHAN (1951), S. 10 f. u. 19; KÖLLING (1972), S 2.

Auetals bis hin zum Raum Rodenberg. Geringwertig sind die schauburgischen Böden in einigen höheren Lagen sowie im Amt Sachsenhagen, in ihrer Gesamtheit jedoch von überdurchschnittlicher Güte.

Der größte Teil der Bevölkerung war mittelbar oder unmittelbar auf dem primären Sektor tätig. Auch in den Städten Rodenberg, Hessisch Oldendorf und Sachsenhagen hielten sich ackerbürgerliche Elemente bis in die Neuzeit. Mindestens ein Drittel der Familien deckte ihren Lebensunterhalt ausschließlich aus der Landwirtschaft. Am geringsten war der Anteil in der Exter Vogtei, am höchsten im Amt Rodenberg, wo insbesondere viele vollbäuerlich wirtschaftende Brinksitzerfamilien lebten. Die Mitgliedsgemeinden der einzelnen Kirchspiele konnten sich in ihrer soziostrukturellen Zusammensetzung stark voneinander unterscheiden. Die Kirchspielorte hatten in der Regel die höchste Einwohnerzahl und übten eine Zentrumsfunktion aus. In ihnen war der Anteil der vollbäuerlichen Hofstellen gering, die gewerbliche Differenzierung dafür recht groß. Augenfällig wird dies am Beispiel Extens, einem Kirchspielort in der unmittelbaren Nachbarschaft Rintelns. Obwohl es mit 60 Stellen zu den größten schauburgischen Dörfern zählt, findet sich im ausgehenden 18. Jahrhundert in Exten keine einzige Meierstelle.²⁰¹ Exten profitierte von der Nähe zur Garnisons- und Residenzstadt Rinteln. Darüber hinaus etablierten sich seit den 1740er Jahren eisenverarbeitende Betriebe, in denen etliche Einwohner Beschäftigung fanden.

In Regionen, wo das Anerbenrecht praktiziert wurde, war der Gegensatz zwischen vollbäuerlichen und unterbäuerlichen Schichten oftmals recht ausgeprägt. In der Grafschaft Schaumburg findet man die höchsten Anteile an Meierstellen in kleinen Dörfern älteren Ursprungs. Die ansässigen Brinksitzerfamilien wurden auf den vollbäuerlichen Stellen als landwirtschaftliche Hilfskräfte gebraucht und lebten daher vorzugsweise vom Tagelohn.²⁰² Gegründet wurden diese Dörfer im Hochmittelalter, als noch genug Land vorhanden war. Für die benötigten handwerklichen Leistungen bzw. Produkte griff man auf das Angebot der Kirchspielorte zurück. Die Haushalte der kleinen Dörfer

²⁰¹ Der um 1680 erstellte Steuerkataster führt neben 17 Großköthnerstellen noch 2 Halbmeierstellen auf, im 18. Jahrhundert verschiebt sich die Relation. Im Lager-, Stück- und Steuerbuch, das um 1780 angelegt wurde, werden nur noch 2 Großköthnerstellen sowie 20 Kleinköthnerstellen aufgeführt.

²⁰² Familien, die vom Tagelohn lebten, wurden auf den großen Höfen in erster Linie zur Deckung von Arbeitsspitzen eingesetzt. Insbesondere die Männer verdingten sich bei weiteren Arbeitgebern. Nicht selten gingen sie der Wanderarbeit nach; vgl. ACHILLES (1991), S. 60.

zahlten aufgrund des erhöhten vollbäuerlichen Anteils tendenziell hohe Kontributionen. Daneben gab es eine Reihe von schauburgischen Dörfern gänzlich ohne Meierstelle. Sie sind jüngeren Ursprungs und entstanden zumeist als Filialsiedlungen älterer Dörfer nach Überwindung der spätmittelalterlichen Agrarkrise. Nach dem Dreißigjährigen Krieg kommen einige Brinksitzersiedlungen hinzu, die in den Quellen als eigenständige Gemeinden geführt werden: Idensermoor und Niengraben im nördlichen Grenzgebiet beispielsweise sind nach einer Moorkultivierung entstanden. Rodenberger Tor und Mühlenstraße bildeten sich vor den Stadttoren Rodenbergs, Kuhlen ist die Vorstadt von Sachsenhagen. In Rosenthal wurden ehemalige Bedienstete der Burg Schaumburg angesiedelt. Liekwegen bei Obernkirchen wurde planmäßig als Siedlung für Bergarbeiter gegründet.

Das Gewerbe in der Grafschaft Schaumburg entsprach in seiner Zusammensetzung dem typischen Bedarf eines ländlich strukturierten Territoriums in der Frühen Neuzeit. Einzig in Obernkirchen war die Palette der Betriebe des sekundären Sektors durch den Abbau von Sandstein und Steinkohle sowie der auf industriellem Niveau betriebenen Glasmacherei etwas erweitert. Kern des gewerblichen Spektrums in den schauburgischen Städten und Dörfern waren die traditionellen Handwerksberufe. Ausgenommen von einigen spezialisierten Professionen²⁰³ unterschied sich das städtische Handwerk vom dörflichen bestenfalls in qualitativer Hinsicht. Im Laufe des 18. Jahrhunderts machte sich die Überbesetzung des Handwerks in der Grafschaft Schaumburg bemerkbar. Wirtschaftlich ging es beiden Gruppen eher schlecht. Um der Abgabenlast zu entfliehen, übersiedelten viele städtische Handwerker in die Dörfer.

Konkrete Aussagen zur materiellen Situation und damit den Lebensbedingungen der Bevölkerung einer frühneuzeitlichen Agrargesellschaft zu treffen, ist einigermaßen schwierig.²⁰⁴ Dies gilt insbesondere für die Frage nach dem Ausmaß von Armut.²⁰⁵ Die Maßstäbe einer modernen Industriegesellschaft zur Bestimmung von Wohlstand und Armut lassen sich nicht ohne weiteres auf die Vergangenheit übertragen. Für eine Annäherung an die soziale Abstufung in den Dörfern bietet immerhin die Einteilung

²⁰³ Die modischen Bedarfe wurden durch die in den Städten ansässigen Perücken-, Hut-, Knopf- oder Schnallenmacher gedeckt. Weitere Spezialisierungen gab es mit Kupfer-, Blech- oder Nagelschmieden in der Metallverarbeitung.

²⁰⁴ Vgl. auch BEIBNER (2000), S. 37 f. u. 64 f.

²⁰⁵ Vgl. PARTINGTON (1994), S. 23 f.

in Bauernklassen einen Anhaltspunkt, wenngleich eine Vollmeierfamilie nicht per se als wohlhabend, eine Brinksitzerfamilie nicht grundsätzlich als arm einzuschätzen ist. Nicht anders verhält es sich mit den gewerblichen Berufen. Ein städtischer Schneidermeister war zwar in der Regel höherqualifiziert als ein einfacher Dorfschneider, doch über die finanziellen Verhältnisse seiner Familie sagt dies wenig aus. Als sich im Laufe des 18. Jahrhunderts die Überbesetzung in der Grafschaft Schaumburg bemerkbar machte, übersiedelten viele städtische Handwerker in die Dörfer, um der Abgabenlast zu entfliehen.

Für die Grafschaft Schaumburg lassen sich auf der Grundlage der Steuerregister, die jeweils um 1680 und 1780 flächendeckend erstellt worden sind, zumindest die Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen zu bestimmten Zeitpunkten miteinander vergleichen: Wenn die Höhe der entrichteten Abgaben als Indikator für materiellen Wohlstand gelten darf, erfreuten sich die Kaufleute und ihre Familien der günstigsten Lebensbedingungen. Obschon sich die schaumburgischen Städte hinsichtlich der Höhe der von den Kaufleuten zu entrichtenden Kontributionen unterschieden, überstiegen deren Abgaben fast überall die der anderen Kontributionspflichtigen. Die Kaufleute aus Hessisch Oldendorf beispielsweise zahlten um 1780 zwischen 160 und 320 Hl. monatlich, die aus Obernkirchen zwischen 96 und 132 Hl. Eine vergleichsweise hohe Abgabe hatte der in Hessisch Oldendorf ansässige Müller mit 256 Hl. zu entrichten. Tendenziell überdurchschnittlich hohe Einkommen finden sich ferner unter den Chirurgen, den Obernkirchener Steinhauermeistern sowie Angehörigen der fleischverarbeitenden Berufe. Die individuelle Abgabenhöhe konnte innerhalb derselben Berufsgruppe beträchtlich auseinanderfallen. Unter den zahlreich vertretenen Schuhmachern bewegte sich die Summe zwischen 15 und 80 Hl. Am unteren Ende der Einkommensskala finden sich neben dem Tagelohn noch von Frauen ausgeübte Berufe wie Näherin oder Wäscherin (bis 16 Hl.). Für die unterbäuerlichen Haushalte war die Garnspinnerei ein bedeutsamer Einkommensfaktor.²⁰⁶ Ihr tatsächlicher Anteil dürfte den der als kontributionspflichtig belegten Haushalte deutlich übertroffen haben. Die weiblichen Kin-

²⁰⁶ Vgl. auch ACHILLES (1991), S. 61; SCHNEIDER (1994), S. 133; allg. HENNING (1975).

der wurden bereits vor Erreichen des schulpflichtigen Alters im Spinnen unterwiesen,²⁰⁷ denn die Herstellung des in großer Menge benötigten Garns war bei Weitem der arbeitsintensivste Teil im Rahmen der Leinenproduktion.²⁰⁸

Beißner hat für das 19. Jahrhundert die Entwicklung des Lebensstandards von Tagelöhnerfamilien im schauburgischen Raum ermittelt.²⁰⁹ „Alles in allem aber war der Lebensstandard der landwirtschaftlichen Tagelöhnerfamilien um 1800, soweit sie nur Einlieger waren, sehr niedrig und entsprach kaum dem Existenzminimum. Etwas besser erging es den hausbesitzenden landwirtschaftlichen Tagelöhnern (mit Garten).“²¹⁰ Mit den steigenden Kornpreisen in den kommenden Jahrzehnten verschärfte sich die materielle Lage weiter. Die zunehmende Verbreitung der Kartoffel trug dann etwas dazu bei, dass sich der Lebensstandard anob. Und wengleich einige außergewöhnliche Teuerungsjahre in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts fallen, gab es auch günstige Phasen. Entlastung brachten überdies Erfolge auf dem Gebiet der Viehzucht, die zu beträchtlichen Erhöhungen des durchschnittlichen Schlachtgewichts von Rindern und Schweinen führten. Wengleich „Einkommensunsicherheit“ auch für die Wirtschaftslage der vollbäuerlichen Haushalte kennzeichnend ist,²¹¹ bleibt festzuhalten, dass die Angehörigen landarmer und landloser Familien in weitaus höherem Maße widrigen Lebensbedingungen ausgesetzt waren.

Für einen großen Teil der frühneuzeitlichen Bevölkerung ergaben sich aus den Schwankungen der Nahrungsmittelpreise spürbare Effekte auf die Lebenshaltung.²¹² In welchem Maße die weiteren Kosten für Miete, Energie, Kleidung etc. in das Familienbudget hineinspielten, ist strittig und lässt sich nicht pauschal beantworten.²¹³ Zu berücksichtigen sind neben der sozialen Schichtzugehörigkeit einer Familie das weitere soziale Umfeld, die wirtschaftliche Struktur der Wohnregion sowie die landesherrlichen Belastungen. Selbst bei räumlicher Begrenzung auf den norddeutschen

²⁰⁷ Vgl. FUNK (1803), S. 56; hierzu auch SCHLUMBOHM (1994), S. 221.

²⁰⁸ Vgl. MITTERAUER (1981), S. 329; SCHLUMBOHM (1994), S. 68.

²⁰⁹ Vgl. BEIßNER (2000), S. 66-77.

²¹⁰ EBD., S. 66.

²¹¹ Vgl. BERTHOLD (1970), S. 189.

²¹² Vgl. ACHILLES (1974), S. 122 f.; BASS (1994), S. 157; HERZIG (1994), S. 136 f. u. 145; REITH (1994), S. 93.

²¹³ Vgl. ABEL (1978), S. 241-245 u. passim; BEIßNER (2000), S. 61-63.

Raum lassen sich unter den Getreidepreisen Abweichungen von 10–20 % vom Niederstwert beobachten.²¹⁴ Insofern ist es äußerst schwierig und aufwendig, die wirtschaftliche Lage und die daraus resultierenden Lebensbedingungen der Bevölkerung eines frühneuzeitlichen Territoriums umfassend dazustellen.²¹⁵ Für eine zumindest grobe Einschätzung der materiellen Situation der Einwohnerschaft in den schaumбургischen Regionen können als Indikator die durchschnittlichen Baukosten und der Zustand der Häuser herangezogen werden.²¹⁶ Im Vergleich der Dörfer um 1780 ergeben sich durchaus Unterschiede.

Im Bereich der Kirchspiele Fischbeck und Fuhlen waren die Häuser eher von mittlerer Qualität, in den Kirchspielen Hohenrode, Exten, Großenwieden und Deckbergen überwiegend in einem schlechten, zum Teil baufälligen Zustand. Die Schwankungsbreite der Baukosten für Häuser der ersten Kategorie reicht von 300–700 Rtl. Abweichungen zwischen einzelnen Kirchspielen bestehen zwischen den Häusern der dritten Kategorie, deren Bau im südöstlichen Bereich vorwiegend mit 100 Rtl., im Bereich Großenwieden sowie im lippischen Grenzbereich zum Teil mit 20–40 Rtl. veranschlagt wurde. Im Auetal gab es zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen Dörfern desselben Kirchspiels. In den kleineren Dörfern befanden sich die Häuser oft in einem hinlänglichen Zustand, besaßen nicht selten Ziegeldächer. Dennoch ist aus einem hohen vollbäuerlichen Anteil nicht auf überdurchschnittlich gute Behausungen zu folgern.²¹⁷ So wurden in Rannenbergr (22 Hofstellen, davon 5 Meier- und 4 Großköthnerstellen) alle Häuser als baufällig eingestuft. Dasselbe gilt für einige Brinksitzersiedlungen im Amt Rodenberg. Zugleich finden sich hier Dörfer mit einem äußerst geringen vollbäuerlichen Anteil, in denen die Häuser in einem überdurchschnittlich guten Zustand waren. Im Gegensatz zu den wesernahen Bereichen waren im Norden, was den Zustand der Häuser betrifft, die Unterschiede zwischen gleichartigen Siedlungen größer. Die Kosten für den Bau eines Hauses konnten ebenso wie im Bereich des Auertals bis zu

²¹⁴ Die Weizenpreise konnten sich annähernd verdoppeln. Der Vergleich fußt auf den Preisen im Jahre 1765 im Königreich Hannover; vgl. BEIBNER (2000), S. 45 f.

²¹⁵ Vgl. allg. SAALFELD (1964); HENNING (1969); DERS. (1970); BERTHOLD (1970); ACHILLES (1974); zur Problematik der Bestimmung und Einordnung von Preisen vgl. GERHARD (2004).

²¹⁶ In den Vorbeschreibungen zu den Lager-, Stück- und Steuerbüchern werden diese getrennt nach Häusern bester, mittlerer und schlechterer Qualität aufgeführt.

²¹⁷ Im Gebiet der nordwestdeutschen Grundherrschaft, zu dem auch die Grafschaft Schaumburg zählt, konnte die Größe der Meierhöfe – und damit die Einkommen der Familien – erheblich variieren; vgl. HENNING (1970), S. 169.

1.000 Rtl. – und damit deutlich mehr als im Süden – betragen. Die günstigsten Häuser wiederum lagen mit 200 Rtl. unter denen der wesernahen Kirchspiele.

Die Hausmieten klafften zum Teil ebenfalls kräftig auseinander. In Rinteln musste man in der Mitte des 18. Jahrhunderts für ein Haus der besten Qualität durchschnittlich 36 Rtl. jährlich zahlen, für eines der schlechteren Qualität noch 8 Rtl. In Sachsenhagen betrug die Jahresmiete für die besten Häuser gerade einmal 6 Rtl. Die Unterschiede lassen sich leicht auf die Einkommensmöglichkeiten bzw. die Nachfrage nach Wohnraum zurückführen. Das verkehrsunünstig gelegene Sachsenhagen war in dieser Hinsicht unattraktiver als die Weserstadt Rinteln. Darüber hinaus konnten sich weitere Faktoren auf die Mietkosten auswirken. So wurden in den Rodenberger Vorstädten Mühlenstraße und Rodenberger Tor mit 10 Rtl. die höchsten Mieten im Amt Rodenberg verlangt. Im kleinen Dorf Westerwald im abgeschiedenen Auetal waren es sogar 12 Rtl. Ähnlich hohe Mieten sind für die südschaumburgischen Dörfer nicht dokumentiert. Selbst in Exten, also in der unmittelbaren Nachbarschaft zu Rinteln, betrug die Miete für ein Haus der besten Qualität nur 6 Rtl. Die Größe des Wohnraums und der bauliche Zustand der Häuser dürften die Festlegung des Mietpreises ebenfalls beeinflusst haben. Zum Tragen kamen auch die Kosten für die Errichtung und Instandhaltung eines Hauses, die abhängig waren vom jeweiligen Preis des Holzes sowie von den Lohnkosten der Bauhandwerker.

Vom Zustand der Häuser sowie den Miet- und Baukosten lässt sich die materielle Situation der Einwohnerschaft einer Siedlung nicht eins zu eins ableiten, doch lassen sich Tendenzen erkennen: In Siedlungen mit einem hohen Brinksitzeranteil, insbesondere im Weserraum, ist der bauliche Zustand eher schlecht. In den kleinen älteren Dörfern sowie im Bereich der Fischbecker Vogtei, wo der vollbäuerliche Anteil hoch ist, befinden sich die Häuser in einem vergleichsweise guten Erhaltungszustand. Allerdings gab es in Nordschaumburg einige Brinksitzersiedlungen mit ebenfalls guterhaltenen Häusern. Zieht man ergänzend die Kontributionsregister heran, findet sich eine Reihe materiell gutgestellter Brinksitzerhaushalte. Die erst im 17. Jahrhundert im Rahmen von Trockenlegungen entstandenen nordschaumburgischen Brinksitzerdörfer Idensermoor und Niengraben entrichteten um 1780 mit 22,1 Alb. eine Summe, die im Süden nur von drei Dörfern – Kleinenwieden, Fuhlen und Welsede – erreicht wurde. Im Allgemeinen zahlten eher Dörfer mit einem hohen vollbäuerlichen Anteil hohe

Kontributionen. Im Amt Rodenberg lagen sie in sechs Dörfern über 25 Alb. Ohnehin überstieg die durchschnittliche dörfliche Kontribution im Amt Rodenberg mit rund 20 Alb. die der Vogteien im Süden, wo Summen zwischen 13 und 15 Alb. entrichtet wurden.

Betrachtet man das gesamte Untersuchungsgebiet, so ergibt sich ein Wohlstandsgefälle vom Norden zum Süden. Mehrere Mitgliedsgemeinden der Kirchspiele Exten und Hohenrode können als ausgesprochen arm gelten. Von der Nähe zur Weser profitierten sie nicht; den damit verbundenen zusätzlichen Erwerbsmöglichkeiten stand eine hohe Bevölkerungsdichte in der südlichen Region entgegen. Von maßgeblicher Bedeutung war in der traditionell wirtschaftenden Gesellschaft nach wie vor Landbesitz. Und dieser war im spätbesiedelten Nordschaumburg höher. Geringer waren ausweislich der erhobenen Kontributionen die sozialen Unterschiede zwischen Haushalten, die vom Tagelohn oder Landhandwerk lebten.²¹⁸ Auch hier bestanden regionale Unterschiede: Die Leinweberei war in Südschaumburg stärker verbreitet,²¹⁹ die höchsten Kontributionen entrichteten die Leineweber im Norden.²²⁰

Die schauburgische Bevölkerung war in ihrer sozialen Zusammensetzung keineswegs homogen. Der materielle Besitz bestimmte den sozialen Rang einer Familie bzw. eines Individuums. Gleichzeitig bestand eine feste Einbindung in die frühneuzeitliche Agrargesellschaft mit ihren althergebrachten Verhaltensweisen und Gewohnheiten, die ihrerseits eine Anpassung an die Umweltbedingungen im mitteleuropäischen Raum darstellten. Das individuelle Handlungsspektrum war ungeachtet der breiten gewerblichen Spreizung gerade in einem ländlich strukturierten Territorium wie der Grafschaft Schaumburg äußerst beschränkt, so dass sich das Gros der Bevölkerung in Hinblick auf ihre Lebensweise kaum voneinander unterschied.²²¹ Die sozialen Unterschiede zwischen den ansässigen Familien haben ebensowenig daran geändert wie das unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsvermögen der Dörfer und Städte.

²¹⁸ Vgl. auch MOHRMANN (1985), S. 101.

²¹⁹ In der Rumbecker Vogtei, wo die Leinweberdichte am höchsten war, übte einer von 21 Einwohnern dieses Handwerk aus, im Amt Rodenberg nur einer von 125.

²²⁰ Die Kontribution betrug hier bis zu 48 Hl., im Süden maximal 20 Hl.

²²¹ Vgl. auch BEGEMANN (1990), S. 86 f.

Die frühneuzeitlichen Siedlungen unterschieden sich hinsichtlich ihrer ökonomischen Bedeutung und ihrer Einwohnerzahlen, doch erhöhte dies nicht unbedingt den Grad ihrer Modernität.²²² Stärker geprägt wurde ihr äußeres Erscheinungsbild vom Entstehungszeitpunkt, den Umständen ihrer Gründung und den topographischen Gegebenheiten. Beispielsweise waren die hygienischen Verhältnisse in Göttingen aufgrund eines geringen Höhengefälles äußerst problematisch. In einem Teil der Stadt bestand eine latente Überschwemmungsgefahr, was eine Verunreinigung der Brunnen zur Folge hatte.²²³ Vergleichbare Probleme traten in den schaumburgischen Städten mit Ausnahme von Sachsenhagen nicht auf.²²⁴ Allerdings blieben sie in ihrem Wachstum so bescheiden, dass im Rahmen der Erweiterung nicht auf ungeeignete Bereich ausgewichen werden musste. In Hessisch Oldendorf waren die Straßen ursprünglich 11–12 m breit, die Hauptstraße noch breiter.²²⁵ An einigen Stellen waren sie etwas verengt, weil aufgrund von Wohnraumverknappung zusätzliche Parzellen ausgewiesen worden waren. Getrennt waren die Straßen durch schmale Gassen. Zwischen den meisten Häusern und der Straße befand sich eine kleine Rinne, über die Abwässer in den Stadtgraben geleitet wurden. Durch eine Verfügung des Grafen Ernst von 1615 hatten die Bewohner den Abfall wöchentlich zu entsorgen. Gleichzeitig wurde die Anlage von Steinwegen verfügt. Mit Rinteln verhielt es sich anders. Die Stadt hatte Entwicklungspotential, blieb aber in seinem Wachstum beschränkt. Infolge des Ausbaues zur Festungsstadt nach der Übernahme durch die Landgrafschaft Hessen-Kassel konnte sich Rinteln räumlich nicht mehr ausdehnen. Die wohlhabenderen Bürgerfamilien sowie die höheren hessischen Beamten bewohnten zwar relativ geräumige Häuser und verfügten über ein Gartengrundstück; der weniger begüterte Teil der Rintelner Bevölkerung lebte hingegen in sehr beengten Verhältnissen.²²⁶

Charakteristisch für die dörflichen Wohnverhältnisse war eine aufgelockerte Bebauung. Die größeren Hofanlagen setzten sich aus mehreren Gebäuden zusammen, die sich um den Hofraum gruppierten. Zentrales Gebäude war das Wohnhaus. Kennzeich-

²²² Vgl. BRANDLMEIER (1942), S. 54-66.

²²³ Vgl. SACHSE (1985), S. 139.

²²⁴ Vgl. GEWEKE (2002), S. 61.

²²⁵ Vgl. SCHWEDT (2000), S. 28 f.

²²⁶ Vgl. GRZYLEWSKI (1983), S. 63.

wend für das Niederdeutsche Hallenhaus, dem in Schaumburg dominierenden Haustyp,²²⁷ war eine langgestreckte Diele, die auf den Küchenbereich²²⁸, der zugleich Wohn- und Arbeitsstätte war, zulief. An den Seiten befanden sich Pferde- und Kuhställe. Der Schlafbereich der Hausgemeinschaft lag durch eine Wand getrennt hinter dem Küchenbereich. Die Knechte schliefen in der Regel in Kammern, die sich im vorderen Bereich rechts und links der großen Toreinfahrt befanden. Mensch und Tier lebten also unter einem Dach, woran man sich lange nicht störte, zumal der Geruch von Dung als gesund erachtet wurde.²²⁹ Lediglich die Schweine und das Geflügel waren in eigenen kleinen Stallgebäuden untergebracht. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts begann man, den Wohn- vom Arbeitsbereich und von den Stallungen zu separieren. Das Streben nach mehr Wohnkomfort war ein schichtenübergreifendes Phänomen,²³⁰ wobei die städtischen Verhältnisse vorbildgebend gewesen sind. Die Bauart der Stadthäuser sah keinen engen Kontakt zwischen den Menschen und den Tieren vor. Sie verfügten über mehrere kleine Räume und waren in der Regel mehrgeschossig. Allerdings hielt man nach Möglichkeit auch in der Stadt Tiere.

Eine für den norddeutschen Raum typische Erscheinung ist bis in die Neuzeit hinein die offene Feuerstelle. Sie war nicht nur Vorläuferin der Küche, sondern hatte auch lange die Funktion des späteren Wohnzimmers.²³¹ Weil der Herdbereich im niederdeutschen Hallenhaus die einzige Wärmequelle war, versammelte sich die Hausgemeinschaft hier natürlich in den kalten Monaten nicht nur zu den Mahlzeiten. Wenn es sich anbot, wurde dieser Bereich auch als Arbeitsstätte genutzt. Der abziehende Rauch vertrieb Kleinsäuger und Insekten und verlängerte die Haltbarkeit von Lebensmitteln, die unter oder auf dem darüber liegenden durchlässigen Dachboden gelagert wurden. Allerdings waren die Menschen ebenfalls den Emissionen ausgesetzt, nahmen also über die Atmungsorgane ständig Schadstoffe auf. Der Rauchabzug wurde auf dem Land erst spät gebräuchlich.

²²⁷ Vgl. allg. DAMAROS (1998).

²²⁸ Bis zur Ablösung durch die „Stube“ war dies der zentrale Bereich, an dem sich die Haus- bzw. „Tischgemeinschaft“ traf; vgl. KRAMER (1985), S. 31 f.

²²⁹ Vgl. BOMANN (1933), S. 27.

²³⁰ Vgl. BEGEMANN (1990), S. 85 f.

²³¹ Vgl. KASPAR (1996), S. 71-74; hierzu auch SANDGRUBER (1979), S. 114 f.

Die Grafschaft Schaumburg befindet sich in einer wasserreichen Region.²³² Die Versorgung der Bevölkerung mit Trinkwasser war kein grundsätzliches Problem. In der Nähe der dörflichen Siedlungen gibt es zahlreiche Bäche, ein eigener Brunnen war obligatorisch. In den Vorbeschreibungen zu den Lager-, Stück- und Steuerbüchern wurde zudem vermerkt, dass viele bäuerliche Hofstellen über eine *Schwämme* zum Tränken des Viehs verfügen. Die schaumburgische Stadtbevölkerung hatte stets Zugriff auf öffentliche Brunnen. In Hessisch Oldendorf wurden um 1770 15 Brunnen registriert. In Sachsenhagen sowie Rodenberg, wo es nur einen öffentlichen Brunnen gab, verfügte fast jedes Haus nachweislich über einen eigenen.²³³ Ein Mangel an Wasser herrschte weder in den schaumburgischen Dörfern noch den Städten. Dennoch waren die hygienischen Verhältnisse nicht unproblematisch. In den Sommermonaten entwickeln sich stehende Gewässer schnell zu Brutstätten für Bakterien. Die Infektionsgefahr stieg, wenn sich die Misthaufen, auf denen auch menschliche Fäkalien entsorgt wurden, in unmittelbarer Nähe zu einer der Wasserquellen befanden. Noch am Ende des Untersuchungszeitraums wurden in Schaumburg Todesfälle aufgrund von Ruhrinfektionen verzeichnet. Nicht zuletzt als Reaktion auf die Choleraepidemien war in vielen größeren Städten Europas bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts der Ausbau des Wasserversorgungsnetzes und der Kanalisation forciert betrieben worden. In Schaumburg erfolgte die Anlage von Wasserleitungen erst an der Wende zum 20. Jahrhundert.²³⁴

Der Speiseplan wurde aufgrund der eingeschränkten Konservierungsmöglichkeiten bis in die Neuzeit hinein weitgehend vom saisonalen Angebot bestimmt. Das Grundnahrungsmittel Getreide wurde jedoch in Form von Brot, Brei oder Grütze täglich konsumiert.²³⁵ Die wichtigste Getreideart war Roggen, dann folgten Hafer²³⁶ sowie Gerste (Graupensuppe).²³⁷ Der vergleichbar günstige Roggen wurde erst seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert vom Weizen verdrängt. Trotz regionaler Besonderheiten hing die Art der Speisezubereitung maßgeblich von der Gestaltung des Küchenbereichs ab.²³⁸

²³² Vgl. AVENARIUS (1840), S. 11-13.

²³³ Vgl. auch MUNK (1985), S. 117-121; GEWEKE (2002), S. 83.

²³⁴ Vgl. KEYSER (1952), S. 194 u. 318; MUNK (1985), S. 121.

²³⁵ Vgl. allg. LASSEN (2016), S. 105-111.

²³⁶ Die in den Steuerregistern aufgeführten *Grützemühlen* sind ein Beleg für die Bedeutung der „im Haushalt unentbehrlichen Hafergrütze“; GEWEKE (2002), S. 94. Überdies waren die Preise für Hafer im Vergleich zu Weizen, Roggen und Gerste „zu jeder Zeit die niedrigsten“; LASSEN (2016), S. 35.

²³⁷ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 32 f. u. 69-73.

²³⁸ Vgl. allg. SCHMITZ (1996).

Im Bereich des niederdeutschen Hallenhauses mit den offenen Herdstellen dominierte die Zubereitung in einem Kessel, der über das Feuer gehängt wurde.²³⁹ Alle Zutaten wurden in den Kessel gegeben und dort zusammen gegart. Dazu wurde Brot gegessen. In Gebieten, in denen traditionell viel Bier gebraut wurde, waren Brotsuppen insbesondere als Morgenmahlzeit sehr verbreitet. Zumindest im Sommer wurde anstatt des Bieres häufig Milch als Grundzutat verwendet.²⁴⁰ Seltener Gemüsearten und Obst standen in den deutschen Territorien nicht sehr oft auf dem Speiseplan.²⁴¹ Weil Gemüse, vorrangig Erbsen, Bohnen, Rüben, Möhren und Kohl, vergleichsweise teuer war, wurde es nach Möglichkeit selbst angebaut. Ebenso Obst, dessen Stellenwert zumindest unter der Landbevölkerung nicht sonderlich hoch war, gar als gesundheitsschädlich galt.²⁴² Die heimische Bandbreite war recht bescheiden und umfasste kaum mehr als Äpfel, Birnen, Kirschen, Zwetschgen und verschiedene Beerensorten. Im „Hausgarten“ wurden darüber hinaus Kräuter sowie Heilpflanzen gezogen.²⁴³ Die Kartoffel war im ausgehenden 18. Jahrhundert nur regional verbreitet, gewann dann aber rasch an allgemeiner Bedeutung. In der Mitte des 19. Jahrhunderts stand sie schichtenübergreifend im Rang eines Grundnahrungsmittels.²⁴⁴ Auch in Schaumburg stieg ihre Bedeutung im Laufe des 19. Jahrhunderts.²⁴⁵ Sie war nicht nur ein günstiges, sondern auch vitaminreiches Nahrungsmittel und wirkte entsprechenden Mangelerscheinungen in den unteren Bevölkerungsschichten entgegen.²⁴⁶ Zur Deckung des Vitamin-C-Bedarfs trug in der kalten Jahreszeit ansonsten der in Form von Sauerkraut haltbar gemachte Weißkohl bei.

²³⁹ Vgl. OTTENJAHN (1988), S. 152-156.

²⁴⁰ Vgl. LASSEN (2016), S. 101 f.

²⁴¹ Vgl. BRÜGELMANN (1982), S. 194 f.

²⁴² Vgl. NORDEN (1984), S. 115; VASOLD (2016), S. 119; zum Obstanbau in der Grafschaft Schaumburg vgl. AVENARIUS (1840), S. 35 f.; KRÖGER (1861), S. 80.

²⁴³ Vgl. BOMANN (1933), S. 52; BEIBNER (2000), S. 19 u. 44 f.

²⁴⁴ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 33 u. 73; KRÖGER (1861), S. 74-76; BOMANN (1933), S. 101; BRÜGELMANN (1982), S. 193; ACHILLES (1991), S. 61; SCHMITZ (1996), S. 252 f.; BATEN (1999), S. 68 f. u. 123; BEIBNER (2000), S. 38 f.; WIEGELMANN (2006), S. 77-79 u. 289-291; VASOLD (2016), S. 121-123.

²⁴⁵ Zur Verbreitung der Kartoffel in Schaumburg hat insbesondere „die Einführung des Branntweimbrennens mit dieser Frucht“ beigetragen; AVENARIUS (1840), S. 33; vgl. auch MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 55-57 u. 67 f.

²⁴⁶ In Abels Berechnung, wonach „der Roggen (...) je Kilogramm nur etwa das Dreifache der Kartoffel [kostete], während sein Nährwert in Kalorien beim Vierfachen lag“, findet der auf Seiten der Kartoffel ungleich höhere Gehalt an unterschiedlichen Nährstoffen keine Berücksichtigung; ABEL (1981), S. 38.

Fett galt als kräftigend.²⁴⁷ Hoch war der Bedarf unter der körperlich arbeitenden Bevölkerung. Gedeckt wurde er durch Rindertalg, Schweineschmalz, Speck sowie Butter, die in den norddeutschen Gebieten durch Salzen konserviert wurde. Im Gegensatz zur Konservierung durch das Sieden blieb die Genussfähigkeit der Butter auf diese Weise über ein Jahr erhalten.²⁴⁸ Allerdings wurde Butter nur in den wohlhabenderen Haushalten regelmäßig verzehrt. Die Angehörigen der ärmeren Schichten verkauften die selbst hergestellte Butter.²⁴⁹ Günstigere, weil pflanzliche Fettlieferanten waren Lein-, Raps- und Rüböl.²⁵⁰

Tierische Proteine lieferten zum Teil Ziegen- und Kuhmilch, die Bestandteil von Suppen und Breien waren oder zu Käseprodukten verarbeitet wurden. Weil der größte Teil des Winterfutters für die Pferde benötigt wurde, war man in der Haltung von Milchvieh eingeschränkt.²⁵¹ Auf den vollbäuerlichen Höfen lag die Zahl der Kühe oftmals unter der der Pferde. Um ihren Dienstverpflichtungen nachkommen zu können, mussten die meisten Vollbauernfamilien eine bestimmte Anzahl an Pferden halten. Erst mit der Ablösung der Dienste ging deren Zahl zurück.²⁵² Auf den weitaus kleineren schauburgischen Brinksitzerstellen wurden um 1780 fast ausnahmslos bis zu 2 Kühen gehalten.²⁵³ Selbst unter den Einliegern gab es etliche, die eine Kuh besaßen. Als diese Möglichkeit aufgrund der Gemeinheitsteilungen im Zuge der Agrarreformen eingeschränkt wurde, stieg die Zahl der in den landarmen und landlosen Schichten gehaltenen Ziegen erheblich an.²⁵⁴

Fisch wurde – abgesehen von den weitverbreiteten Salzheringen²⁵⁵ – nur äußerst selten in Schaumburg verzehrt.²⁵⁶ Durch die Haltung von Geflügel verfügte man über Eier.

²⁴⁷ Vgl. NORDEN (1984), S. 114 f.; LASSEN (2016), S. 100.

²⁴⁸ Vgl. WIEGELMANN (1996), S. 466.

²⁴⁹ Vgl. BOMANN (1933), S. 176; ACHILLES (1991), S. 26; BEIBNER (2000), S. 44.

²⁵⁰ Vgl. EBD., S. 58.

²⁵¹ Vgl. auch ACHILLES (1991), S. 23-25.

²⁵² Die zentrale Bedeutung des Pferdes für das Transportwesen blieb auch nach dem Bau der Eisenbahnlinie 1846 aufgrund der großen Entfernung zur Bahnstation zunächst unverändert erhalten; vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 29 u. 62.

²⁵³ Vgl. auch AVENARIUS (1840), S. 38; GEWEKE (2002), S. 33 f. u. 104.

²⁵⁴ Die Steigerung betrug zwischen 1834 und 1867 in der Grafschaft Schaumburg 200 %; vgl. BEIBNER (2000), S. 6.

²⁵⁵ Vgl. BOMANN (1933), S. 102; ABEL (1981), S. 47 f.

²⁵⁶ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 40 f.; KRÖGER (1861), S. 90.

Die Schweinehaltung war lange von untergeordneter Bedeutung. 1833 wurden bei einer Bevölkerungszahl von mehr als 34.000 Menschen lediglich rund 7.500 Schweine gehalten.²⁵⁷ „Das Fleisch stellte nie eine Alternative zum Brot dar, weil selbst in Mangeljahren mit extrem hohen Brotpreisen der Konsument für einen bestimmten Geldbetrag mehr Kalorien in einer entsprechenden Menge Brot als in der vergleichbaren Fleischmenge vorfand.“²⁵⁸ Der Fleischkonsum vergrößerte sich erst zum Ende des 19. Jahrhunderts.²⁵⁹ Bis dahin reicherte man mit Fleischprodukten bisweilen die Eintopfgerichte an. Die Haltbarkeit von Fleisch wurde verlängert, indem man es einpökelte. Üblich war in Schaumburg die Konservierung in Form von Wurst und Schinken, die an die Decken gehängt und dort durch den aufsteigenden Rauch geräuchert wurden. Der Übergang zum Winter blieb auch nach der Einführung der Stallfütterung die traditionelle Schlachtezeit.²⁶⁰

Die Ernährung der schaumburgischen Bevölkerung war nicht durch einen ausgesprochenen Mangel an Lebensmitteln geprägt. Sofern Missernten die Preise für Getreide nicht zu sehr in die Höhe trieben, erlaubten die Einkommen vieler Haushalte den Konsum von Produkten wie Bier, Branntwein und Kaffee.²⁶¹ Das Bier war lange Zeit weniger Genuss- als vielmehr Grundnahrungsmittel und wurde nachweislich während der sommerlichen Heuernte in großen Mengen gegen den Durst getrunken.²⁶² Der seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert ansteigende Kaffeekonsum ließ sich trotz obrigkeitlicher Kontrollen nicht reduzieren.²⁶³ Allerdings griff man seit Mitte des 18. Jahrhunderts zunehmend auf Surrogate wie die Zichorie zurück.²⁶⁴ Bohnenkaffee war zudem außerordentlich dünn, weil er mehrfach aufgebrüht wurde. Branntwein galt als Stärkungsmittel, geriet aber durch den ansteigenden Konsum im Verlauf des 19. Jahrhunderts in

²⁵⁷ Vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 33. Aber: „(...) der Bestand dieser Viehgattung [wechselt] nach der Jahreszeit außerordentlich. Der Verkauf von Schinken und Würsten ist eine nicht unbeträchtliche Einnahmequelle der hiesigen Landleute; es gibt eigene Händler, die jede aufkaufen und nach Hannover und weiter transportieren.“ KRÖGER (1861), S. 83; hierzu auch AVENARIUS (1840), S. 74 f.

²⁵⁸ MOHR (1986), S. 136; vgl. auch ABEL (1986), S. 23-25.

²⁵⁹ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 74; ABEL (1981), S. 65-69; BEIBNER (2000), S. 42 f., sowie allg. TEUTEBERG/WIEGELMANN (1972), S. 94-132.

²⁶⁰ Vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 56.

²⁶¹ Vgl. allg. ABEL (1981), S. 51-58.

²⁶² Im 19. Jahrhundert sank der Konsum aufgrund der Qualitätsmängel bei heimischen Produkten. Die qualitativ besseren Sorten waren für weite Teile der Bevölkerung nicht erschwinglich; vgl. AVENARIUS (1840), S. 76.

²⁶³ Vgl. WIEGELMANN (2006), S. 159-169.

²⁶⁴ Vgl. BOMANN (1933), S. 106 f.; BRÜGELMANN (1982), S. 196; WIEGELMANN (2006), S. 169-171.

Verruf.²⁶⁵ Unter den schauburgischen Steinhauern hatte die Alkoholsucht den Charakter einer Berufskrankheit (vgl. Kap. 3.6.3). Die Steinhauergesellen konnten sich den Branntwein leisten, weil sie überdurchschnittlich gut verdienten. Für viele schauburgische Haushalte waren Zucker sowie Branntwein und Tabak in besserer Qualität Luxusprodukte, die nur selten oder in kleinen Mengen erworben werden konnten. Ähnliches gilt für einige Gemüsearten. Insbesondere Angehörige der unterbäuerlichen Schichten verzehrten wenig von den angebauten Gartenprodukten und tierischen Erzeugnissen wie Hühnereier und Milch selbst, sondern veräußerten diese auf dem Markt.²⁶⁶ Armut konnte ganze Dörfer betreffen. Dennoch gab es in Schaumburg keine Verelendung größeren Umfangs. Selbst um 1840 konnte das Armenwesen zu erheblichen Teilen über die Kirche aus Einnahmen des „Opfergelds“ finanziert werden.²⁶⁷ Als sich in den kommenden Jahren die wirtschaftliche Lage verschlechterte, plante man um 1857 die Gründung eines Armenarbeitshauses „(...)“; da aber günstigere Erndten und besserer Verdienst die Zahl der Armen sehr beträchtlich minderte, so daß die Armuth beinahe allein sich noch auf die Städte beschränkte und kaum noch die Hälfte unterstützungsbedürftiger Personen vorhanden war, gab man jenen Plan wieder auf.“²⁶⁸

Die schauburgische Bevölkerung litt im Allgemeinen keinen Hunger.²⁶⁹ Gesundheitliche Probleme ergaben sich aus Fehlernährung und Einseitigkeit.²⁷⁰ Dass die Ernährung einen Einfluss auf die körperliche Entwicklung hat, belegen u. a. die Unterlagen europäischer Musterungsbehörden aus dem 18. und 19. Jahrhundert.²⁷¹ Die jungen Männer aus den gesellschaftlichen Unterschichten waren kleiner als ihre materiell bessergestellten Altersgenossen. Darüber hinaus kam es im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts im europäischen Raum zu einem vorübergehenden Absinken des Größtenwachstums, was auf eine Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen hindeutet. In diese Phase fällt eine signifikante Teuerung, die im deutschsprachigen Raum

²⁶⁵ Vgl. HEGGEN (1984), S. 377-383 u. passim.

²⁶⁶ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 39; TEUTEBERG (1986), S. 167.

²⁶⁷ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 111-116.

²⁶⁸ Vgl. KRÖGER (1861), S. 36.

²⁶⁹ Vgl. auch HENNING (1970), S. 174.

²⁷⁰ Vgl. hierzu auch SAALFELD (1964), S. 27; NORDEN (1984), S. 116-118.

²⁷¹ Das Folgende nach BATEN (1999), passim; vgl. auch KOMLOS (1991), S. 41-85; VASOLD (2016), S. 93-106.

vielerorts Proteste und Unruhen hervorgerufen hat.²⁷² Allgemeine Preissteigerungen für Güter und Dienstleistungen haben zwar die Lebenshaltungskosten der Gesamtbevölkerung in die Höhe getrieben. Die Inhaber der Hofstellen in den deutschen Territorien, die Überschüsse in größerem Umfang produzierten, verdienten jedoch so viel in Teuerungsphasen, dass ihr Realeinkommen letztlich stieg.²⁷³

Die Fehlernährung resultierte aus dem verfügbaren Angebot. Man aß das, was man hatte und satt machte. Unter den Medizinern bestand allenfalls eine schwache Ahnung von ernährungsbedingten Unverträglichkeiten und Mangelerscheinungen. Sowohl die materiellen Beschränkungen als auch das fehlende Wissen standen einer gesundheitszuträglichen Ernährungsweise entgegen. Weitere Risiken ergaben sich aus den Erfordernissen des Alltags. Die Haltung von Nutztier stellte unter den Bedingungen der frühneuzeitlichen Agrarwirtschaft eine Notwendigkeit dar.²⁷⁴ Vor Einführung der künstlichen Düngung musste die Anreicherung des Bodens über den Viehbestand erfolgen. Das enge Zusammenleben zwischen Mensch und Tier hatte bereits in prähistorischer Zeit Krankheiten hervorgebracht.²⁷⁵ Zu den bekanntesten Zoonosen zählt die Tuberkulose, die auch heute noch in Europa weitverbreitet ist. Gefährdet war die schauburgische Bevölkerung darüber hinaus durch Ruhr und Tetanus. Aufgrund des allgegenwärtigen Tierdung fanden deren Erreger in den Häusern, auf den Höfen und in den Straßen geeignete Biotope, wo sie sich vermehren konnten.

Da jeder Mensch eine potentielle Infektionsquelle ist, geht jede Art der Interaktion mit gesundheitlichen Risiken einher. In der Vergangenheit wurde die Verbreitung von Krankheiten durch die Wohnsituation und die daraus resultierenden Körperkontakte zwischen den Menschen gefördert. In den dörflichen Haushalten in Schaumburg lebten

²⁷² Vgl. ABEL (1986), S. 31 f. u. S. 54-56; HERZIG (1994), S. 136 u. 145; POTENTE (1994), S. 191-193; REITH (1994), S. 105. Verschärfend konnten sich insbesondere für vollbäuerliche Haushalte Kontributionserhöhungen auswirken; vgl. HAUPTMEYER (1977), S. 161, sowie allg. DERS. (1983).

²⁷³ Vgl. HENNING (1970), S. 181 f.; ACHILLES (1974), S. 125 f.; ABEL (1978), S. 183-185 u. 214-216.

²⁷⁴ Vgl. TEUTEBERG (1986), S. 167.

²⁷⁵ Vgl. PORTER (2000), S. 164.

um 1780 durchschnittlich 2–3 Kinder.²⁷⁶ Ihr Anteil entsprach ungefähr dem der erwachsenen Familienangehörigen.²⁷⁷ Die ausdrücklich als *Gesinde* bezeichnete Personengruppe umfasste etwas mehr als 10 %. Ihr Anteil konnte schwanken,²⁷⁸ der Durchschnittswert entsprach aber dem in anderen Gebieten des nordwesteuropäischen Raums.²⁷⁹ Damit umfasste eine Hausgemeinschaft der vollbäuerlichen Schicht mindestens 6 Personen.²⁸⁰ Die Kinder sowie die Knechte bzw. Mägde teilten sich oftmals ein Bett. Die Mitglieder der Hausgemeinschaft aßen ihre Breie und Eintöpfe gemeinsam aus einer Schüssel und drängten sich in der kalten Jahreszeit in den Hallenhäusern um die Feuerstelle. Befand man sich in geschlossenen Räumen, war man sorgsam darauf bedacht, Zugluft zu vermeiden, um sich vor der Kälte zu schützen.²⁸¹ Über Nahrung und Atemluft erfolgte eine permanente Verteilung menschlichen Speichels – und damit die Weitergabe pathogener Erreger – innerhalb der Hausgemeinschaft.

Die herkömmlichen Formen des Wohnens hielten sich bis weit in die Neuzeit hinein und standen staatlichen Bemühungen um Gesundheitsprävention entgegen. Beispielsweise waren Maßnahmen, die eine Separierung Erkrankter von den Gesunden vorsahen, nur bedingt umsetzbar. Anteil an der Aufweichung der herkömmlichen Lebensweise in den ländlichen Regionen hatten indirekt die Agrarreformen. Profitiert haben vor allem diejenigen vollbäuerlichen Haushalte, die Boden hinzukaufen und sich vergrößern konnten, was die soziale Schere auf dem Land weiter auseinanderklaffen ließ. In den nun wohlhabenden Bauernfamilien war man bemüht, einen gehobenen bürgerlichen Lebensstil nachzunahmen, der die räumliche Distanzierung vom Dienstpersonal beinhaltete.²⁸² Die bauliche Umsetzung setzte jedoch erst zum Ende des 19. Jahrhunderts verstärkt ein.

Der individuelle Wohlstand hat sich im Allgemeinen im äußerlichen Zustand eines Gebäudes oder einer Hofanlage widerspiegelt. Gleichwohl lebte eine begüterte Familie nicht automatisch in gesünderen Verhältnissen. Sowohl die Bauweise der Häuser

²⁷⁶ Vgl. auch BEIßNER (2000), S. 4.

²⁷⁷ Die Zahl der familienfremden *Einlieger* war in Schaumburg zu diesem Zeitpunkt noch gering.

²⁷⁸ Für die Rumbecker Vogtei wurde mit 13,3 % der höchste Wert ermittelt, für die Exter Vogtei mit 8,8 % der geringste.

²⁷⁹ Vgl. SCHLUMBOHM (1994), S. 221.

²⁸⁰ Eine kurhannoversche Erhebung hat 1766 für kleinere Hofstellen eine durchschnittliche Personenzahl von 6,5. für die größeren von 9,1 ergeben; vgl. ACHILLES (1991), S. 55.

²⁸¹ Vgl. NORDEN (1984), S. 119.

²⁸² Dieser Trend breitete sich überregional aus; vgl. SANDGRUBER (1979), S. 116 f.

als auch der Wohnstil waren in der Grafschaft Schaumburg schichtenübergreifend weitgehend einheitlich. In den medizinischen Beschreibungen aus dem 19. Jahrhundert wird des Öfteren das Gefährdungspotential von Keller- oder Dachgeschosswohnungen hervorgehoben, weil dort Feuchtigkeit und Kälte rheumatische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Atemwege begünstigten.²⁸³ Die niedersächsischen Hallenhäuser ließen sich ohnehin nicht beheizen und verfügten – zumindest im Wohnbereich – nur über die Feuerstelle als einziger Wärmequelle. Die Innentemperatur lag daher nur geringfügig über der Außentemperatur.²⁸⁴ Schaumburgs städtische Häuser ließen sich zwar besser beheizen, doch konnten Wärmeerzeugung und Beleuchtung die Atemwege erheblich belasten.²⁸⁵ Hinzu kam eine erhöhte Konzentration von Aerosolen in den ungelüfteten kleinen Wohnräumen.

Ausdruck der sozialen Unterschiede waren die Größe der Gebäude sowie Art und Anzahl des darin gehaltenen Viehs.²⁸⁶ Dennoch konnte eine Brinksitzerfamilie in gesundheitlicher Hinsicht gegenüber einer Familie, die auf einer Vollmeierstelle lebte, durchaus begünstigt gewesen sein. So zum Beispiel, wenn sie aufgrund der Wohnlage Zugriff auf unbelastetes Wasser hatte. Wo wenig Vieh gehalten wurde, gab es weniger potentielle Brutstätten für Krankheitserreger in der unmittelbaren Nähe. Darüber hinaus war das Infektionsrisiko in kleinen Hausgemeinschaften geringer als auf den großen Höfen, wo aufgrund des hohen Bedarfs an Arbeitskräften mehr Menschen zusammenlebten.

Die existentiellen Sorgen waren zweifellos in den landarmen und landlosen Schichten größer, wobei die Frage der Ernährung im Mittelpunkt stand. Doch abgesehen von Phasen der Teuerung zählte die Grafschaft Schaumburg nicht zu den Territorien, in denen größere Teile der Bevölkerung permanent Hunger litten. Fehlernährung war schichtenübergreifend das weitaus nachhaltigere Problem.²⁸⁷ Nicht zu unterschätzen

²⁸³ Vgl. BRÜGELMANN (1982), S. 185 f.; FRIEDHOFF (1998), S. 521.

²⁸⁴ Vgl. OTTENJAHN (1988), S. 117.

²⁸⁵ Vgl. BRÜGELMANN (1982), S. 187-189. Zu den gesundheitsschädlichen Folgen der feuerungsbedingten Emissionen vgl. Kap. 3.6.2.

²⁸⁶ Darüber hinaus wurde der Status u. a. durch den Aufwand für ausgerichtete Familienfeiern oder die Kleidung beim sonntäglichen Kirchgang angezeigt.

²⁸⁷ Augenfällig wird dies im Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit; vgl. Kap. 3.3.

ist die positive Wirkung der Kartoffel, deren Verbreitung sich in ernährungsphysiologischer Hinsicht als enorm wichtig erwies.²⁸⁸ Sie benötigt in Relation zum Ertrag deutlich weniger Anbaufläche als Getreide und ist in punkto Nährstoffreichtum quasi unerreicht. Letzteres war der Bevölkerung natürlich nicht bewusst. Als billiges Lebensmittel stand die Kartoffel im Vergleich etwa zum anspruchsvollen Weizen in keinem hohen Ansehen. Dem allgemein zunehmenden Konsum tat dies jedoch keinen Abbruch, so dass die Gesamtbevölkerung von ihrer gesundheitserhaltenden Wirkung profitiert hat.²⁸⁹

Als folgenschwerer für die Verbreitung von Infektionskrankheiten in Europa erwiesen sich neben einer wachsenden Mobilität²⁹⁰ die ansteigenden Bevölkerungszahlen im 19. Jahrhundert. Resultierend aus der herkömmlichen Arbeits- und Wirtschaftsweise bestanden seit jeher erhebliche gesundheitliche Risiken und Belastungen. Die anhaltende Nachfrage nach Wohnraum verschärfte die Situation in den Dörfern und Städten zusätzlich. Die zunehmende räumliche Enge war nicht nur ein Problem in den Quartieren der industriellen Zentren, sondern auch in den Dörfern und Städten ländlicher Territorien wie der Grafschaft Schaumburg.

²⁸⁸ Die adipösen Menschen auf den Zeichnungen und Gemälden des 16. Jahrhunderts indizieren, dass die Palette an erschwinglichen Nahrungsmitteln zu Beginn der Frühen Neuzeit für geringverdienende Bevölkerungsteile recht breit gewesen ist. Die geschmackliche Vielfalt ging in den kommenden Jahrhunderten sicherlich zurück, von einer grundsätzlichen „Verschlechterung“ (ABEL (1986), S. 64 f.) kann jedoch nicht die Rede sein. Ein hoher Konsum an Fleisch sowie weiteren fetthaltigen Speisen fördert die Entstehung der sogenannten Zivilisationskrankheiten.

²⁸⁹ Vgl. auch DOWE (1981), S. 212 f.

²⁹⁰ Abgesehen von der Zunahme des Individualverkehrs taten hier die Feldzüge und Bevölkerungsbe-
wegungen insbesondere nach Ausbruch der Französischen Revolution ihre Wirkung; vgl. Kap. 2.3.5.

2.1.5 Die schaumburgischen Kirchspiele

Die folgende Aufstellung enthält Kurzbeschreibungen aller Kirchspiele (**Abb. 5**) im Untersuchungsgebiet. Vorgestellt werden Entstehung, geographische Lage sowie die wirtschaftlichen und sozialen Strukturen im Übergang zur Neuzeit. Einige dieser Kirchspiele blieben im Rahmen der Datenerhebung teilweise oder gänzlich unberücksichtigt, weil das Quellenmaterial für die im Rahmen dieser Untersuchung verfolgten Fragestellungen nicht aussagekräftig genug ist.²⁹¹ Damit die Grafschaft Schaumburg während der Phase als hessische Exklave sowohl in ihrer Vielfalt erfasst als auch in ihren Entwicklungsmöglichkeiten und -beschränkungen beurteilt werden kann, sind die Kirchspiele ausnahmslos aufgeführt.

Für die Darstellung der Mitgliedsgemeinden der schaumburgischen Kirchspiele wurde vorrangig auf Ledderhose (1780), Avenarius (1840), Hildebrandt (1853), Kröger (1861) und Husmeier (2008), also Werke mit Überblicks- bzw. lexikalischem Charakter, zurückgegriffen. Aussagen zu wirtschaftlichen und sozialen Besonderheiten fußen hauptsächlich auf Ergebnissen einer Analyse der unterbäuerlichen Schichten, die nicht im Druck erschienen ist.²⁹² Um den Anmerkungsapparat nicht unnötig aufzublähen, wurden die Belege aus der vorgenannten Literatur nicht angeführt. Die darüber hinaus verwendete ergänzende Literatur wird stets zitiert.

Apelern (Abb. 5 – F)

Die Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Apelern gruppieren sich in dem zum Bückeburg hin ansteigenden Bereich südwestlich von Rodenberg, der auch als Soldorfer Becken bezeichnet wird.²⁹³ Die Anfänge des Kirchspielortes Apelern reichen zurück in die karolingische Zeit.²⁹⁴ Erstmals erwähnt wurde das spätere Archidiakonat²⁹⁵ im 9. Jahrhundert. In nördlicher Richtung grenzte das Kirchspiel Apelern an ein ausgedehntes Waldgebiet, das erst im Laufe des 13. Jahrhunderts großflächig gerodet wurde.

²⁹¹ Auf die schaumburgischen Kirchenbücher wird in Kap. 2.3.1 eingegangen.

²⁹² Vgl. SAUER, PETER (1996). Auf der Grundlage hessischer Steuererhebungen wurden Struktur und Entwicklung der schaumburgischen Wirtschaft vom 17.–19. Jahrhundert analysiert.

²⁹³ Vgl. MAACK (1956), S. 6.

²⁹⁴ Vgl. PETKE (2014), S. 191 f.; zu Apelern auch allg. BRETTNER/JUDAS (1992).

²⁹⁵ Die enge Verbindung zu Minden blieb gewahrt, indem stets der Kantor des Domkapitels die Stelle des Archidiakons bekleidete; vgl. MAACK (1986), S. 15 f.

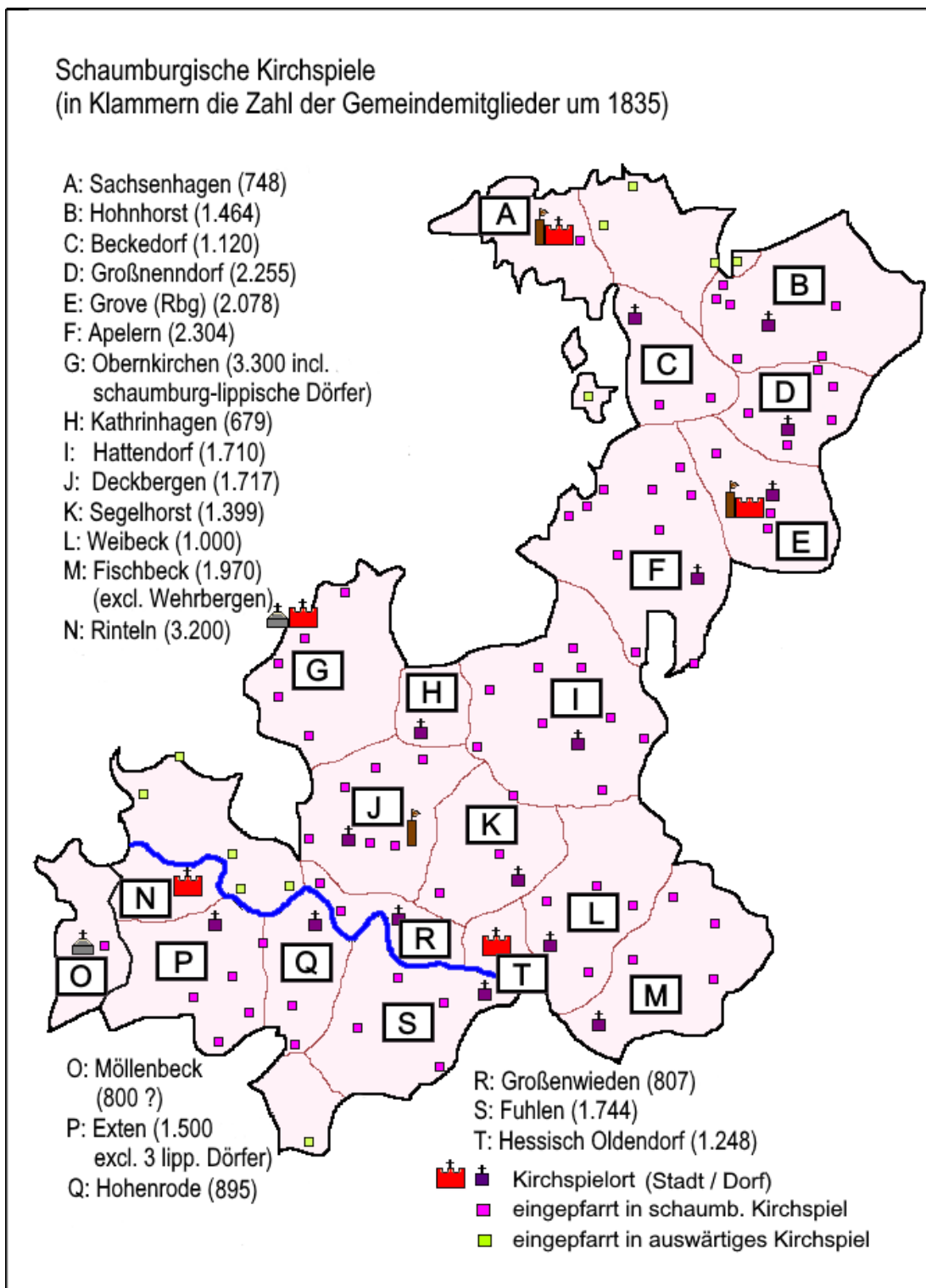


Abb. 5: Die schauburgischen Kirchspiele

Die älteren Mitgliedsgemeinden sind schon deutlich vor der Rodungsphase belegt. Nach Gründung des Klosters Obernkirchen im Jahre 1167 wurde das ursprünglich sehr große Archidiakonatsverkleinert. Von gewerblicher Bedeutung waren seit dem Mittelalter die salzhaltigen Quellen bei Soldorf als Grundlage für einen Salinenbetrieb, der

bis in die Neuzeit hinein Bestand hatte.²⁹⁶ An die Handelsstraße Helweg vor dem Sandforde waren die Mitgliedsgemeinden nicht angeschlossen, dennoch war das Kirchspiel Apelern nicht von Armut geprägt. Sowohl die Kosten für den Bau eines Hauses als auch die Mieten waren ausweislich der Vorbeschreibungen zu den Lager-, Stück- und Steuerbüchern aus den 1780er Jahren eher hoch. Davon abgesehen hatte das Archidiaconat Apelern weder politisches noch wirtschaftliches Gewicht. Funktionaler Mittelpunkt im nördlichen Schaumburg war spätestens nach dem Dreißigjährigen Krieg die Amtsstadt Rodenberg.

Beckedorf (Abb. 5 – C)

Der Kirchspielort liegt auf einem sehr vorteilhaften Siedlungsplatz am Nordausläufer des Bückebergs (ca. 70 m ü. NHN) und grenzt unmittelbar an den Helweg. Der erste schriftliche Beleg über Beckedorf, mit 68 Hofstellen und 385 Einwohnern (um 1780) eines der größten Dörfer im Untersuchungsgebiet, stammt aus dem 13. Jahrhundert. Urkundliche Erwähnungen aus dem 12. Jahrhundert deuten die Existenz eines älteren Einzelhofes an.²⁹⁷ Das Alter der bereits in der Ebene liegenden (60 m ü. NHN) Mitgliedsgemeinde Riepen dürfte dem des Kirchspielortes entsprechen. Die dritte Gemeinde, Ottensen, ist als Filialsiedlung des schaumburg-lippischen Lindhorst erst um 1600 entstanden.²⁹⁸

Die soziale Struktur Beckedorfs mit einer kleinen vollbäuerlichen Schicht und vielen Brinksitzerstellen weist auf eine Zentrumsfunktion hin. Ein gewerblicher Schwerpunkt hat sich nicht ausgebildet, die Berufsstruktur war auf Selbstversorgung ausgerichtet. Den meisten Handwerkerhaushalten wurden durchaus hohe Kontributionen auferlegt, so dass davon auszugehen ist, dass ihr materielles Auskommen gesichert war. Das Gaststättengewerbe in Beckedorf und Riepen dürfte aus der Nähe zum Helweg finanziellen Nutzen gezogen haben. Darüber hinaus mag das Kirchspiel von der guten Verkehrsanbindung insofern profitiert haben, als dass die Versorgung mit Gütern, die in Städten hergestellt oder verkauft wurden, erleichtert war. Das Brinksitzerdorf Ottensen wuchs zwar zwischen 1680 und 1730 von 5 auf 13 Hofstellen an, in den folgenden 50

²⁹⁶ Vgl. WEINGARTEN (2014), S. 272.

²⁹⁷ Hierzu auch STEEGE (1982), S. 20.

²⁹⁸ Vgl. ROTHE (1998), S. 76.

Jahren kam indes lediglich eine weitere hinzu. Mit der Errichtung eines Bahnanschlusses im knapp 2 Kilometer entfernten schauburg-lippischen Lindhorst verzeichnete Ottensen dann einen weiteren Bevölkerungszuwachs.²⁹⁹

Deckbergen (Abb. 5 – J)

Der Kirchspielort Deckbergen sowie Bernsen sind bereits im 12. Jahrhundert schriftlich belegt. Deckbergen hat seinen Ursprung vermutlich in einer frühmittelalterlichen Hofanlage mit einer angrenzenden Eigenkirche eines Edelherrengeschlechts.³⁰⁰ Die Dörfer Ostendorf, Westendorf und Borstel dürften deutlich jünger sein. Ob indes ihre Entstehung oder nur ihre Erweiterung in der intensivierten Rodungsphase der zweiten Hälfte des 13. Jahrhunderts zu verorten ist, bleibt unklar.³⁰¹ Das mit sieben Stellen (1782) sehr kleine Poggenhagen ist erstmals zu Beginn des 14. Jahrhunderts schriftlich belegt. Das Dorf Rosenthal, das sich in unmittelbarer Nähe der Burganlage Schaumburg befindet, wurde erst in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts erwähnt. Die Ortskerne der älteren Orte überschreiten nicht mehr als 100 m ü. NHN. Bernsen (150 m ü. NHN) und Borstel (130 m ü. NHN) wurden rund 4 Kilometer vom Kirchspielort entfernt nördlich des Wesergebirges im Auetal, die anderen Siedlungen am Südhang des Wesergebirges angelegt.

In der Weiträumigkeit der Kernflur unterscheidet sich Deckbergen von den meisten anderen Dörfern im südlichen Schaumburg.³⁰² Die dem Dorf Deckbergen zugehörige Feldmark greift in ihren südlichen Bereichen zudem über den parallel zur Weser verlaufenden Abschnitt der Berliner Straße (auch: Bremer Straße; heute B 83) hinaus.³⁰³ Diese Straße verbindet von Hessen herkommend Hameln mit Schaumburg-Lippe und war relativ stark frequentiert. Auch Westendorf und Ostendorf waren sehr gut an den Verkehr angebunden. Die über den üblichen dörflichen Bedarf hinaus benötigten Güter konnten im benachbarten Zentralort Großenwieden sowie in den Weserstädten Rinteln und Hessisch Oldendorf erworben werden. Mit Ausnahme von Rosenthal ähneln sich die Orte im Kirchspiel hinsichtlich der Größe und Struktur der Hofstellen, die sowohl voll- als auch unterbäuerlich bewirtschaftet wurden. Dagegen gehören die 22

²⁹⁹ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 34.

³⁰⁰ Vgl. MAACK (1964), S. 143.

³⁰¹ Hierzu auch EBD., S. 146 f. u. 150.

³⁰² Vgl. EBD., S. 143.

³⁰³ Vgl. MAACK (1958), S. 16.

Hofstellen (um 1780) in Rosenthal allesamt der Bauernklasse der Brinksitzer an. Die Nähe zur Stammburg der Schaumburger deutet an, dass hier insbesondere Bedienstete angesiedelt wurden, die Versorgungsfunktionen für die Burg übernahmen.³⁰⁴

Exten (Abb. 5 – P)

Dem Kirchspiel Exten gehören neben schaumburgischen Dörfern auch einige lippische Streusiedlungen an.³⁰⁵ Exten selbst liegt wesernah (ca. 60 m ü NHN) in der unmittelbaren Nachbarschaft zur Stadt Rinteln. Durch den Kirchspielort fließt die im Teutoburger Wald entspringende Exter, die bei Rinteln in die Weser mündet. Die Mitgliedsgemeinden verteilen sich entlang des Extertals und ziehen sich bis zu einer Entfernung von rund 8 Kilometern in südlicher Richtung bei ansteigendem Relief hin, wobei der Höhenunterschied zum Teil mehr als 140 m beträgt. Der erste urkundliche Nachweis für Exten fällt mit der Gründung des Klosters Möllenbeck im Jahre 896 zusammen. Die Mitgliedsgemeinden sind weitaus jünger. Vermutlich erst seit dem ausgehenden Hochmittelalter wurden die höheren Lagen besiedelt. In den 1780er Jahren wurde durch den hessischen Landesherrn die Gründung der jüngsten Siedlung, Friedrichshöhe, veranlasst.

Auffallend ist, dass keine der Hofstellen in den relativ großen Dörfern Krankenhagen und Uchtorf der Klasse der Vollmeier zugerechnet wurde. Neben einigen Großköthnern finden sich dort nur Halbmeier. Beide Siedlungen gehen auf ein älteres Dorf zurück, das im Spätmittelalter wüstgefallen ist.³⁰⁶ Ähnliches gilt für Exten, wo im ausgehenden 18. Jahrhundert 2 Großköthner- und 20 Kleinköthnerstellen gezählt wurden,³⁰⁷ was angesichts des Alters der Siedlung ungewöhnlich ist. Die Struktur des Dorfes dürfte in Zusammenhang mit der spätmittelalterlichen Agrarkrise stehen, als in Schaumburg eine Reihe von Siedlungen aufgegeben worden waren. Damals bestand vorübergehend die Gefahr, dass auch Exten wüstfällt.³⁰⁸

³⁰⁴ Vgl. MAACK (1964), S. 245.

³⁰⁵ Aufgrund der räumlichen Größe und hoher Einwohnerzahl erfolgte eine Trennung in die Schulbezirke Exten, Uchtorf und Bremke (auch Brembecher oder Lippisch Sternbergische Schule).

³⁰⁶ Vgl. MAACK (1964), S. 223 f.

³⁰⁷ Um 1680 hatte man hier noch in 2 Halbmeier- und 17 Großköthnerstellen unterschieden.

³⁰⁸ Vgl. MAACK (1964), S. 110 f.

Der Anteil an Kleinköthner- und Brinksitzerstellen ist auch in der Streusiedlung Volksen/Weseberg hoch, die unterbäuerliche Schicht im gesamten Kirchspiel Exten überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Die Landwirtschaft diente wohl überwiegend der Selbstversorgung. Zu vermuten ist ein intensivierter Anbau von Gartenfrüchten, die insbesondere in der nahegelegenen Garnison Abnehmer fanden. Die vorherrschenden Bodenverhältnisse erschwerten die Ausübung landwirtschaftlicher Tätigkeiten. In der Vorbeschreibung des Lager-, Stück- und Steuerbuchs zu Volksen/Weseberg wurde hervorgehoben, dass die Einwohner trotz ausreichendem Landbesitz nicht in der Lage seien, *ihre jährl. zu Ihrem Unterhalt nöthig habende BrodFrüchte zu erzielen*. Ihre Einkünfte besserten sie neben dem Garnspinnen durch den Verkauf von Holz auf. Dennoch seien *die meisten im Winter ihre Nahrung in der Stadt Rinteln mit heischen zu suchen getrungen*.

Einige adelige Güter in der Nähe der Stadt Rinteln boten Tagelöhnern Beschäftigung. Weitere Arbeitskräfte wurden für den Einsatz in einer Tonkuhle bei Rinteln benötigt.³⁰⁹ An Gewicht gewannen seit dem 18. Jahrhundert die eisenverarbeitenden Betriebe, die neben einigen Mühlen unter Nutzung der Wasserkraft der Exter unterhalten wurden. In den 1740er Jahren wurden die ersten drei *Eisenhämmer* gegründet, im 19. Jahrhundert entstanden weitere Hammerwerke sowie spezialisierte Messerfabriken. Um 1860 war die Zahl der Beschäftigten in diesem Gewerbe im Raum Exten auf 120 Personen angewachsen.³¹⁰

Fischbeck (Abb. 5 – M)

Das Kirchspiel Fischbeck liegt im Südwesten der Grafschaft Schaumburg zwischen Hessisch Oldendorf und Hameln. Die Zentrumsfunktion des Kirchspielorts Fischbeck leitet sich von einem ehemaligen Kanonissenstift ab.³¹¹ Im Jahre 955 erfolgte die urkundlich belegte Gründung mit der Zielsetzung der Schaffung einer Einrichtung für adlige Töchter durch Otto I.³¹² Das Fischbecker Stift diente als Versorgungsstätte für die Angehörigen kleinadliger Geschlechter im Weserraum. Auf deren Ansinnen wurde

³⁰⁹ Vgl. MAACK (1970), S. 21.

³¹⁰ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 141.

³¹¹ Fischbeck wird erstmals in einer Schenkungsurkunde aus dem Jahre 892 erwähnt. Zur Geschichte des Stifts Fischbeck sehr ausführlich OLDERMANN (2010); vgl. auch KRUMWIEDE (1977); HELMBOLD (1982).

³¹² Vgl. EBD., S. 9.

es ebenso wie das Stift Obernkirchen nicht im Zuge der Reformation aufgelöst, sondern in ein freies weltliches Damenstift umgewandelt.³¹³ Mit rund 20 zu versorgenden Stiftsdamen und Laienschwestern, deren persönlichen Bediensteten sowie einem festen Personalbestand von mindestens 15 Personen³¹⁴ stellte es als Arbeitgeber sowie Abnehmer landwirtschaftlicher Produkte einen wichtigen Wirtschaftsfaktor für das Kirchspiel dar. Fischbeck selbst – mit 80 Hofstellen (um 1780) eines der größten schaumburgischen Dörfer – verdankt sein relatives Wachstum nicht zuletzt dem Stift, denn aufgrund der Lage zwischen den Städten Hessisch Oldendorf und Hameln bestanden eigentlich keine Entfaltungsmöglichkeiten.

Die Fischbecker Hofstellen wurden beiderseits eines vom Süntel herabkommenden Baches, der Nedernbeeke (Nährenbach), angelegt.³¹⁵ Darüber hinaus bestand ursprünglich durch einen verlandeten Flussarm ein unmittelbarer Weseranschluss. Fischbeck ist eines jener schaumburgischen Dörfer mit einer relativ breiten Palette an handwerklichen Betrieben, die eine Zentralfunktion ausüben. So zählen von den 80 Hofstellen in Fischbeck 10 zu den Köthnern und 55 zu den Brinksitzern.

Die in das Kirchspiel eingepfarrten schaumburgischen Dörfer erstrecken sich nördlich bzw. nordöstlich von Fischbeck am Hang des Süntels bis zu einer Höhe von 140 m ü. NHN. Die Nähe zum Stift Fischbeck hat noch in diesen Lagen früh die Erweiterung ehemals kleiner Siedlungen oder Einzelhöfe initiiert.³¹⁶ Bensen und Haddessen werden vor der Jahrtausendwende erwähnt, während Höfingen 1205 und Pötzen erst 1475 in den Quellen erscheinen. Gemeinsam ist den Mitgliedsgemeinden ein relativ hoher vollbäuerlicher Anteil, Beleg für eine anhaltend starke agrarische Orientierung. Aufgrund der eher schwierigen Boden- und Geländeverhältnisse kam die Leinweberei als zusätzliche Einkommensquelle vermehrt zum Tragen.³¹⁷ Darüber hinaus lebten in den Sünteldörfern stets einige Steinhauer, die in den naheliegenden Brüchen Arbeit fanden.³¹⁸ Eingepfarrt war ferner das hannoversche Dorf Wehrbergen (Amt Springe), das ebenso wie Fischbeck durch die Position an der Berliner Straße (auch: Bremer Straße;

³¹³ Vgl. KRUMWIEDE (1977), S. 11; HELMBOLD (1982), S. 41.

³¹⁴ Die Zahlen beziehen sich auf die Verhältnisse vom 16. bis zum 18. Jahrhundert; vgl. EBD., S. 46, 48, 53 u. 75.

³¹⁵ Vgl. MAACK (1964), S. 168.

³¹⁶ Vgl. allg. MAACK (1953).

³¹⁷ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 133.

³¹⁸ Vgl. auch SCHNEIDER (1995), S. 100.

heute B 83) unmittelbar an den Handelsverkehr von Hameln nach Minden angebunden war.

Fuhlen (Abb. 5 – S)

Das Kirchspiel Fuhlen grenzt an das südliche Weserufer, die früheste Besiedelung erfolgte flussnah in Terrassenlage. Die erste schriftliche Quelle über den Kirchspielort Fuhlen (65 m ü. NHN) stammt aus dem Jahr 1146, das Dorf Rumbeck (70 m ü. NHN) wurde bereits 1031 erwähnt. Das zwischen Rumbeck und Fuhlen gelegene Dorf Heßlingen (70 m ü. NHN) erscheint erst im 13. Jahrhundert. Die günstige Lage verweist auf einen frühmittelalterlichen Ursprung der 3 Dörfer, möglicherweise eine Verbindung zu sächsischen Einzelhöfen.³¹⁹ In den 1770er Jahren wurde das Kirchspiel erweitert. Auf Veranlassung des hessischen Landesherrn wurden im südlichen Bezirk des Kirchspiels Fuhlen 2 von 4 „Friedrichs“-Siedlungen gegründet.³²⁰ Friedrichshagen (> 120 m ü. NHN) wurde rund 3 Kilometer südlich des Kirchspielorts gegründet, Friedrichsburg (> 140 m ü. NHN) befindet sich innerhalb eines Waldes in 5 Kilometern Entfernung.

Die Zahl der Hofstellen nahm in dieser Region während der hessischen Zeit zunächst kaum zu.³²¹ Neulandausweisungen im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts ermöglichten dann ein sprunghaftes Stellenwachstum. Neben den Kolonen aus den landesherrlichen Siedlungsgründungen erscheinen in den Kontributionsheberegistern weitere abgabenfreie Neubauern. Der Anteil an Brinksitzerstellen in Fuhlen betrug im ausgehenden 18. Jahrhundert nur 37 %, was für schauburgische Kirchspielorte – viele übten eine klare Zentrumsfunktion aus – untypisch ist. In Heßlingen und Rumbeck machte die Klasse der Brinksitzer 58 bzw. 55 % aus. Insofern ist auffallend, dass überdurchschnittlich viele Haushalte in den Dörfern der sogenannten Rumbecker Vogtei die Landwirtschaft im Vollerwerb betrieben. Zu erwarten wären entsprechend erhöhte Anteile der unterbäuerlichen Schicht, da sich aus ihnen die zusätzlich benötigten landwirtschaftlichen Hilfskräfte rekrutierten. Die Erklärung ist, dass die Rumbecker Vogtei zu den schauburgischen Bezirken mit dem höchsten Gesindeanteil auf den

³¹⁹ Vgl. GOTTHARDT (1959), S. 5-9; KÖLLING/MAACK (1959), S. 8 u. 14; TEGTMEIER (1959), S. 36.

³²⁰ Vgl. NEUGEBAUER (1924); MAACK (1986), S. 80.

³²¹ Vgl. GOTTHARDT (1959), S. 18; KÖLLING/MAACK (1959), S. 22 f.; TEGTMEIER (1959), S. 45 f.; MAACK (1964), S. 44 f.

vollbäuerlichen Hofstellen zählte. Darüber hinaus war fast jeder zweite abgabepflichtige Einlieger als Tagelöhner registriert (um 1780). In der gesamten Grafschaft Schaumburg traf dies nur auf knapp jeden dritten zu.

Haupterwerbszweig war im gesamten Kirchspiel Fuhlen die Landwirtschaft, das Gewerbe weist keine Eigenheiten auf. Die handwerklichen Betriebe waren auf die Deckung des bäuerlichen Bedarfs ausgerichtet. Die Stadt Rinteln ist rund 14 Kilometer entfernt, spezialisierte Dienstleistungen und Produkte konnten jedoch von der Stadt Hessisch Oldendorf auf der gegenüberliegenden Seite der Weser bezogen werden. In Fuhlen, wo eine Weserfähre unterhalten wurde, waren die Mieten am höchsten. Der Zustand der Häuser in den Dörfern der Rumbecker Vogtei wurde in den Vorbeschreibungen zu den Lager-, Stück- und Steuerbüchern als *ziemlich* oder *mittelmäßig* bezeichnet; darin unterscheiden sie sich deutlich insbesondere von denen der benachbarten Exter Vogtei. Daraus ist zu schließen, dass die Gemeinden im Kirchspiel Fuhlen zu den wohlhabenderen Dörfern in Schaumburg zählten.

Großenwieden (Abb. 5 – R)

Großenwieden zählte mit rund 500 Einwohnern um 1780 zu den kleinsten Kirchspielen in der Grafschaft Schaumburg. Es umfasst neben dem Kirchspielort nur die Dörfer Kleinenwieden und Kohlenstädt. Da jede dieser drei Gemeinden eine spezielle Wirtschaftsstruktur aufweist, verkörpern sie unterschiedliche dörfliche Funktionstypen: Großenwieden ist nicht nur Kirchspielort, sondern gehört zu den großen schaumburgischen Dörfern mit einer ausgeprägten Zentralfunktion. Angelegt wurde es in der Stromaue auf einem Werder, der ursprünglich von zwei Weserarmen umschlossen war.³²² Seit Beginn des 11. Jahrhunderts erscheint das Dorf in den Quellen, allerdings dürfte es deutlich älter sein.³²³ Für das 13. Jahrhundert ist in Großenwieden ein Markt belegt. Kennzeichnend für diesen Typus ist neben einigen vollbäuerlichen Hofstellen eine große Anzahl an unter- bzw. nichtbäuerlichen jüngeren Hofstellen sowie eine relativ breitgefächerte Gewerbestruktur. Die Weser hatte großen Einfluss auf die Berufsstruktur Großenwiedens. Am rechten Ufer befindet sich ein Landungsplatz mit einem

³²² Vgl. MAACK (1964), S. 183.

³²³ Vgl. MAACK (1960/61a), S. 20.

Fährbetrieb, der noch in der Gegenwart Bestand hat. Daneben verdingte sich im ausgehenden 18. Jahrhundert nachweislich ein Teil der männlichen Einwohnerschaft im Haupt- oder Nebenerwerb als *Schifferknecht*.

Die Besiedlung des im 12. Jahrhundert erstmals schriftlich erwähnten Kleinenwieden erfolgte vermutlich vom Kirchspielort aus. Es entstanden vier Vollmeierhöfe sowie vier Hofstellen, die von Köthner- bzw. Brinksitzerfamilien bewirtschaftet wurden. Da die gewerbliche Funktion vom Zentralort ausgeübt wurde, dominierte hier klar der Primärsektor. Auf den unterbäuerlichen Hofstellen fand sich in Siedlungen wie Kleinenwieden in der Regel kein Dorfhandwerk. Die Inhaberfamilien verdingten sich im Tagelohn zuvorderst auf Meierhöfen zur Abdeckung saisonaler Arbeitsspitzen. In Kohlenstädt, der kleinsten und jüngsten der drei Siedlungen im Kirchspiel, hat um 1200 auf einer Erhöhung vermutlich schon ein Vollmeierhof bestanden.³²⁴ Die übrigen Höfe konzentrierten sich auf relativ engem Raum und waren der Klasse der Köthner zugeordnet, was einen spätmittelalterlichen Ursprung vermuten lässt. Im Gegensatz zu Kleinenwieden gab es eine gewerbliche Ausrichtung, da in Kohlenstädt noch im 19. Jahrhundert Steinkohle und Sandstein aus dem Bückeberg verladen wurde.

Ungeachtet aller Vorteile, die die Nähe zum Fluss bot, waren zumindest die später nutzbar gemachten Flurstücke (< 60 m ü. NHN) stets auch von der Weser bedroht.³²⁵ 1782 kam es zu einer größeren Überschwemmung, infolge derer ein größerer Teil des Bodens weggerissen worden ist. Die betroffenen Äcker wurden danach nur noch als Wiesenland genutzt.³²⁶ Ein weiterer Nachteil ergab sich in politisch unruhigen Phasen aus der verkehrsgünstigen Lage an der Berliner Straße. Dieser Wirtschaftsweg wurde in Kriegszeiten als Heerstraße genutzt. Zudem wurden die an den Etappenort Hessisch Oldendorf grenzenden Kirchspiele verstärkt für Einquartierungen herangezogen.

Großnenndorf (Abb. 5 – D)

Der Kirchspielort Großnenndorf (90 m ü. NHN) befindet sich am Hang des dem Nordausläufer des Deisters vorgelagerten Galenbergs. Die erste schriftliche Erwähnung fällt in das 10. Jahrhundert. Unwesentlich jünger dürfte das seit dem 11. Jahrhundert

³²⁴ Vgl. MAACK (1960/61b), S. 42.

³²⁵ Im Kirchspiel Großenwieden wurden zudem relativ viele Wasserleichen registriert.

³²⁶ Vgl. MAACK (1960/61a), S. 26.

urkundlich belegte Waltringhausen sein. Aus dem 12. Jahrhundert stammt der früheste Quellennachweis über das Dorf Horsten. Kleinnenndorf entwickelte sich erst im Laufe des Spätmittelalters zu einer eigenständigen Gemeinde. Im Gegensatz zum Weserraum war der Norden der Grafschaft Schaumburg bis zum Spätmittelalter vergleichsweise dünn besiedelt. Die Verfügbarkeit von ungenutztem Boden eröffnete während der gesamten Frühen Neuzeit erweiterte Möglichkeiten für Landausweisungen und die Gründung von Hofstellen, so dass Filialsiedlungen bis in das 18. Jahrhundert hinein entstanden. Auch im Kirchspiel Großnenndorf existiert eines dieser Dörfer. Riehe ist eine Filialsiedlung von Waltringhausen und wurde erstmals im 17. Jahrhundert erwähnt.

Das Kirchspiel Großnenndorf lag unmittelbar am Helweg und war damit an den überregionalen Handelsverkehr angeschlossen. Im benachbarten Kirchspiel Grove (Rbg) befindet sich zwar die ehemalige Amtsstadt Rodenberg und damit das Verwaltungszentrum Nordschaumburgs; die Verteilung der Bauernklassen in Großnenndorf entspricht dennoch der der großen schaumburgischen Dörfer mit Mittelpunktfunktion. Neben einer relativ kleinen Schicht an vollbäuerlich bewirtschafteten Höfen existiert ein hoher Anteil an nicht- und unterbäuerlichen Stellen, die insbesondere den Bedarf an dorfhandwerklichen Dienstleistungen und Produkten deckten. Daher etablierte sich im angrenzenden Kleinnenndorf kein Gewerbe. Dieses Dorf entspricht dem Typus der älteren Kleinsiedlungen mit überdurchschnittlich vielen vollbäuerlichen Hofstellen. Aber auch die anderen Mitgliedsgemeinden waren vornehmlich agrarwirtschaftlich ausgerichtet.

An der Wende zum 19. Jahrhundert setzte im Kirchspiel ein bescheidener, aber anhaltender wirtschaftlicher Aufschwung ein, da der zunächst in Rodenberg ansässige Badebetrieb in den Bereich zwischen den Dörfern Groß- und Kleinnenndorf verlegt wurde.³²⁷ Im Sterberegister für das Jahr 1805 wurde vermerkt: *Ein Glück für viele, besonders den gemeinen Mann war es, dass (...) unser gnädigster Kurfürst in diesem Jahre die Chaussée von Beckedorf hieher, wie auch seinen neuen Pavillon an dem Berge und die beiden Flügel an dem großen Logierhause bauen ließ, wobei sich mancher schönes Geld verdiente.* Während der Zeit der französischen Besatzung kam auf Veranlassung König Jérômes noch ein Schlammbad hinzu. Die Einwohnerschaft des

³²⁷ Der Zusammenschluss der beiden Dörfer mit dem Badebetrieb zur Einheitsgemeinde Bad Nenndorf erfolgte erst 1929. Im Jahr 2000 wurden Bad Nenndorf die Stadtrechte verliehen.

Kirchspiels erzielte aus dem wachsenden Kurbetrieb neue Einkünfte, weil sich die Palette nachgefragter Dienstleistungen verbreiterte. Bereits für *die Kur* des Jahres 1804, die *außerordentlich zahlreich* war, hatte der damalige Pastor festgehalten: *viele Personen logirten und in dem Dorfe war alles gedrängt voll.*

*Grove (Rbg)*³²⁸ (Abb. 5 – E)

Das Kirchspiel Grove (Rbg) vereint sehr unterschiedliche Siedlungsformen. Kirchspielort ist Grove, das mit 90 Hofstellen zu den größten Dörfern der Grafschaft Schaumburg zählte. Eingepfarrt ist die Amtsstadt Rodenberg, die über keine eigene Kirche verfügt. Hinzu kommen die vorstädtischen Siedlungen Mühlenstraße und Rodenberger Tor vor den beiden Stadttoren sowie die Angehörigen der *Conduction*³²⁹, einem herrschaftlichen Vorwerk. Die vier Siedlungen (70 m ü. NHN) gingen unmittelbar ineinander über, feste Gemeindegrenzen bildeten einzig Teile der Stadtbefestigung und Wasserläufe. Ungefähr 2 Kilometer entfernt befindet sich mit Algesdorf, einer dörflichen Siedlung mittlerer Größe, die fünfte Mitgliedsgemeinde. Das Zentrum des Kirchspiels befindet sich in einer Niederung (70 m ü. NHN), Algesdorf wurde auf einer Anhöhe (80 m ü. NHN) angelegt.

Grove ist seit dem 12. Jahrhundert urkundlich belegt. Der Ursprung des Kirchspielorts wird in einem frühmittelalterlichen Edelhof vermutet. Algesdorf dürfte ebenfalls vor der Jahrtausendwende entstanden sein. Im Vergleich zu den Siedlungsplätzen in der vorgelagerten Ebene bot die leicht erhöhte Position Algesdorfs bis zu den umfangreichen Rodungen und Trockenlegungen, die im nordschaumburgischen Raum im Hochmittelalter einsetzten, große Vorteile. Vermutlich auf Veranlassung der schaumburgischen Grafen wurde um 1300 in der unmittelbaren Nachbarschaft von Grove eine Wasserburg erbaut.³³⁰ Die spätere Stadt Rodenberg entstand als planmäßige Burgflecken-siedlung. Rodenberg wurde schon im Spätmittelalter gelegentlich als *oppidum* bezeichnet, die Stadterhebung erfolgte im Jahre 1615. Die ersten Häuser wurden beiderseits entlang der Hauptstraße („Lange Straße“), die sich parallel zur Burganlage er-

³²⁸ Die Abkürzung „Rbg“ steht für die Stadt Rodenberg. Das Dorf Grove wurde im 19. Jahrhundert in die Stadt Rodenberg eingemeindet, war jedoch ursprünglich Kirchspielort.

³²⁹ Seit dem 18. Jahrhundert wird die *Conduktion* – der heutige Name lautet: Domäne Rodenberg – verpachtet; vgl. KOCH-STEDING (1994), S. 60.

³³⁰ Vgl. VOGTHERR (2014), S. 339.

streckt, errichtet. Die beiden Siedlungen vor den Stadttoren sind seit dem 17. Jahrhundert in den Quellen als selbständige Gemeinden aufgeführt. Die Vorstadt³³¹ vor der westlichen Zufahrt wurde Rodenberger Tor genannt. Mühlenstraße³³², die Vorstadt am östlichen Stadttor, verknüpfte Rodenberg mit dem Kirchspielort Grove. In Rodenberg selbst lebten um 1780 nur 370 Menschen.³³³ Damit war sie die zweitkleinste Stadt in der Grafschaft Schaumburg. Im Jahre 1838 wurde Rodenberg mit den beiden Vorstädten und Grove zu einer Gemeinde zusammengeschlossen, was die Einwohnerzahl der Stadt um mehr als das Doppelte ansteigen ließ.

Als die schaumburgischen Grafen in den Norden expandierten, diente die Wasserburg in der Aueniederung der Gebietssicherung. Erbaut wurde sie strategisch vorteilhaft zwischen den Nordausläufern von Bückeberg und Deister in unmittelbarer Nähe zum Helweg. In hessischer Zeit wurde die Kernburg Sitz der Amtsverwaltung. Zudem beherbergte sie u. a. eine kleine Abteilung landesherrlicher Invaliden, die Wachdienste versahen. Im Bereich der ehemaligen Vorburg befanden sich die Wohngebäude und Stallungen des herrschaftlichen Vorwerks. Das Stadtgebiet Rodenbergs schloss sich – getrennt durch einen Graben – unmittelbar an die Burganlage an. Die Befestigungen blieben bis zur ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erhalten, dann wurden die Wälle teilweise abgetragen und der Außengraben verfüllt.

Mit dem allmählichen Niedergang des Brauwesens im Laufe des 18. Jahrhunderts brach für einen Teil der Einwohnerschaft eine wichtige Einnahmequelle weg. Kompensieren ließ sich dieses Gewerbe nicht, an der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts hatte Rodenberg keinen Anteil. Die berufliche Palette umfasste neben etwas Handel in erster Linie die für die regionale Versorgung notwendigen Handwerke und Gewerbe. Rodenberg war eine typische Ackerbürgerstadt, viele Familien erwirtschafteten im Haupt- oder Nebenerwerb ihren Lebensunterhalt auf dem Primären Sektor. Dies gilt auch für die anderen Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels, besonders aber für Algesdorf. Das Verhältnis von vollbäuerlichen Höfen war hier mit 11 Meier- und Großköthnerstellen bei einer Gesamtzahl von 26 Hofstellen (um 1782) recht hoch. In Grove

³³¹ Zum Begriff der „Vorstadt“ vgl. DOLLEN (1980), S. 4.

³³² Am Ende der gleichnamigen Straße befand sich die städtische Mühle.

³³³ Zum Vergleich die Einwohnerzahlen der anderen Kirchspielgemeinden im Jahre 1782: Grove: 473; Algesdorf: 252; Mühlenstraße: 102; Rodenberger Tor: 110.

dagegen wurden 77 von 90 Stellen der Klasse der Brinksitzer zugeordnet. Die unmittelbare räumliche Nähe zur (künftigen) Amtsstadt Rodenberg hatte das Dorf Grove nicht in seinem Wachstum gehemmt.³³⁴ In Grove fanden weichende Erben Platz für die Anlage kleiner Hofstellen oder Häuser. Beschäftigung fanden sie zum einen in der Landwirtschaft, wo durchaus Bedarf an zusätzlicher Arbeitskraft bestand. Die höchsten Steuerabgaben für die Tätigkeit als *Tagelöhner* wurden von einigen Männern aus Grove entrichtet. Zum andern siedelte sich das spezialisierte Handwerk Nordschaumburgs bevorzugt im Kirchspiel Grove (Rbg) an. Vier der sieben Maurer, die 1782 im Bezirk des Amtes Rodenberg gezählt wurden, lebten in Grove bzw. Mühlenstraße. Berufe wie Koch oder Kürschner findet man in Rodenberger Tor.

Das Kirchspiel profitierte vom herrschaftlichen Vorwerk sowie der Soldorfer Saline. Das Vorwerk verfügte allein an Ackerland über 1.200 Morgen und bot damit Angehörigen der unterbäuerlichen Schichten ein Auskommen. Nachdem im Jahre 1859 ein Brand große Teile von Burg und Stadt zerstört hatte, wurde das Vorwerk auf eine freie Fläche südlich des Stadtgebiets verlegt. Damit befand es sich in der Nachbarschaft eines Gradierwerks, das im Zuge der Erweiterung der Saline im 18. Jahrhundert errichtet worden war. Der Salinenbetrieb bot Beschäftigungsmöglichkeiten für Tagelöhner und für Arbeitskräfte, die spezialisierte Tätigkeiten in Bereichen wie Verwaltung oder Maschinen- und Gerätewartung ausübten.

In der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts entstand in Rodenberg ein kleiner Badebetrieb, der sich auf die Heilwirkung einer mineralhaltigen Quelle stützte.³³⁵ In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts erfolgte eine Erweiterung, wobei eine Dependance des Bades bei Großenndorf eingerichtet wurde. Dort wurden zunächst Schwefelquellen, später auch heilkräftiger Schlamm genutzt. Im ausgehenden 18. Jahrhundert setzte eine Verlagerung des Badebetriebs nach Großenndorf ein, die in der Mitte des 19. Jahrhunderts ihren Abschluss fand (siehe Großenndorf). Die Einwohnerschaft Rodenbergs hat weder aus der Stellung als Amtsstadt noch aus der Nähe zum Helweg einen besonderen Nutzen ziehen können. Trotz der Eingemeindungen von Grove und

³³⁴ Nach dem Dreißigjährigen Krieg dürften wüstgefallene Stellen schnell wiederbesetzt worden sein. Zwischen 1680 und 1780 kamen in Grove nur noch sieben Höfe hinzu, das Stellenwachstum war damit unterdurchschnittlich ausgeprägt.

³³⁵ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 66-68, 73-75, 91 f., 110 f. u. 143 f.

der Vorstädte blieb Rodenberg in seinem wirtschaftlichen und demographischen Wachstum hinter der Nachbargemeinde Großenndorf bzw. Bad Nenndorf zurück.

Hattendorf (Abb. 5 – I)

Das Kirchspiel Hattendorf erstreckt sich nördlich des Wesergebirges. Es umfasst den größten Teil des Auetals, einer Region zwischen Bückeberg und Süntel, das im Westen von der Bernser, im Nordosten von der Wierser Landwehr begrenzt wird. Die Voraussetzungen für eine landwirtschaftliche Nutzung sind im schauburgischen Vergleich eher ungünstig. Zum einen sind die Böden im Auetal aufgrund eiszeitlicher Ablagerung sehr steinig und von bestenfalls mittlerer Qualität.³³⁶ Zum andern sorgen die Windverhältnisse für überdurchschnittlich starke Niederschläge sowie frühe Schneefälle und späte Schneeschmelzen. Die Mitgliedsgemeinden befinden sich überwiegend in Lagen von 150–220 m ü. NHN.

Die vollbäuerlichen Hofstellen im Kirchspiel Hattendorf variieren in ihrem Umfang sehr stark, im Bereich des Bückeberger Osthangs sind sie durchgehend großzügig geschnitten.³³⁷ Eine verstärkte Besiedlung des Auetals fällt in die Phase der großen Rodung im Hochmittelalter. Die langgestreckte Form mit einander anschließenden Hofstellen von Dörfern wie Westerwald und Schoholtensen verweist auf eine Entstehung im Zuge der hochmittelalterlichen Hagenhufenperiode. Die Hagenhufensiedlung Ranenberg, von dem nur drei Höfe in das Kirchspiel Hattendorf eingepfarrt waren, könnte auf zwei ältere Einzelhöfe zurückgehen, die im 13. Jahrhundert dem entstehenden Dorf eingegliedert wurden.³³⁸ Relief und Bodenverhältnisse des Auetals brachten ein uneinheitliches Siedlungsbild hervor. Neben einer Reihe mittelgroßer Dörfer finden sich einige Kleinstsiedlungen und Einzelhöfe.

Innerhalb der Bevölkerung des Auetals dürften ausgeprägte soziale Unterschiede bestanden haben. Baukosten und Mieten waren in einigen Dörfern auffallend hoch, in anderen ausgesprochen gering. Äußerlich war dies bereits am Zustand der Häuser zu erkennen. Zum Teil waren diese überdurchschnittlich gut erhalten, bisweilen ziegel-

³³⁶ Vgl. MEYER ZUR HEYDE (1910), S. 9-13; hierzu auch KNOKE (1968), S. 111 f.

³³⁷ Vgl. EBD., S. 147 f.

³³⁸ Vgl. EBD., S. 144; hierzu auch KÖLLING (1955), S. 9.

gedeckt. Daneben gab es Dörfer mit durchweg baufälligen Häusern. Das Auetal gehörte zu den rückständigsten schauburgischen Binnenregionen.³³⁹ Die große Entfernung von den Handelswegen sowie der Mangel an gewerblichen Einkommensmöglichkeiten hemmten eine Weiterentwicklung. Die Straße, die die Amtsstadt Rodenberg mit den Städten im Süden verband, war sehr gering frequentiert. Das Kirchspiel Hatendorf stagnierte zwischen dem wirtschaftlich aktiveren Norden und Süden der Grafschaft Schaumburg.

Hessisch³⁴⁰ Oldendorf (Abb. 5 – T)

Hessisch Oldendorf wurde – vermutlich im zweiten Viertel des 13. Jahrhunderts – in einer fruchtbaren Talau der Weser (ca. 60 m ü. NHN) planmäßig angelegt und mit dem Lippstädter Stadtrecht versehen.³⁴¹ Ebenso wie Rinteln wurde auch diese Siedlung auf Veranlassung der Schaumburger Grafen in unmittelbarer Nachbarschaft eines älteren Dorfes, das sich auf einem Werder der Weser befand, angelegt. Seit einer Flussregulierung in den Jahren 1615/16 befindet sich das Ufer rund einen Kilometer von der Stadt entfernt.³⁴² Bis zum 18. Jahrhundert erfolgten weitere Regulierungen der Weser sowie umgebender Bachläufe. Ausgespart blieb zunächst das sogenannte Schilf, ein versumpftes Areal im Norden. Die Trockenlegung erfolgte am Ende des 19. Jahrhunderts. Die Wälle und Gräben der alten Stadtbefestigung wurden nur teilweise abgetragen bzw. zugeschüttet, da diese Schutz vor Hochwasser boten.

Einen nennenswerten Nutzen konnte Hessisch Oldendorf aus der wesernahen Lage nicht ziehen. Die Nähe der städtischen Zentren Hameln, Rinteln und Minden verhinderte eine Entfaltung von Handel und Gewerbe. Mit der Abdämmung des gut schiffbaren Weserarms zu Beginn des 17. Jahrhunderts entfielen zudem die Einnahmen aus dem Weserzoll.³⁴³ Nach dem Dreißigjährigen Krieg änderte sich die Situation nicht. Um 1717 war die Anzahl der Handwerker im Vergleich zu den 1680er Jahren sogar

³³⁹ Vgl. SCHNEIDER (2004), S. 431 f.

³⁴⁰ Der Zusatz „Hessisch“ wurde Oldendorf – offiziell 1905 – zur besseren Unterscheidung von „Preussisch“ Oldendorf nach dem Anschluss an Preußen 1867 verliehen. In den hessischen Quellen erscheint die Stadt bis dahin durchgehend ohne Zusatz.

³⁴¹ Urkunden über diesen Vorgang sind zwar nicht erhalten. Die Übereinstimmung in Grundriss und rechtlichem Status mit den anderen beiden Gründungen der Schaumburger Grafen im Wesergebiet, Rinteln und Stadthagen, lassen hierauf schließen; vgl. KEYSER (1952), S. 191; hierzu auch SCHWEDT (2000), S. 23-26; KÖLLING (1956), S. 5 u. 8 f.

³⁴² Vgl. EBD., S. 11 f.

³⁴³ Vgl. EBD., S. 44 f.

um rund 20 Personen zurückgegangen und viele Bürger waren gezwungen, Landbesitz und Braugerechtigkeiten zu veräußern.³⁴⁴ Seit dem Siebenjährigen Krieg wirkte sich die verkehrsgünstige Lage geradezu nachteilig aus, weil die Stadt verstärkt Soldaten einzuquartieren hatte. Außerdem wurden mehrfach Lazarette in Hessisch Oldendorf eingerichtet.

Hessisch Oldendorf konnte den Status einer typischen Ackerbürgerstadt nie überwinden. Neben den Braugerechtigkeiten war die Landwirtschaft wichtiger Einkommensfaktor. Im ausgehenden 18. Jahrhundert war sie für rund ein Zehntel aller hausbesitzenden Familien Haupterwerb.³⁴⁵ Die Ausrichtung der Gewerbestruktur reichte nicht über die lokale Versorgung hinaus. Von gehobener Bedeutung war bestenfalls das Schuhmacherhandwerk, in dem 1837 noch 37 Personen beschäftigt waren.³⁴⁶ Seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert etablierten sich eine Lohgerberei und eine Färberei, einer Baumwollfabrik war lediglich vorübergehender Erfolg beschieden. Im ausgehenden 17. Jahrhundert erbrachte die Bürgerschaft Hessisch Oldendorfs mit 41 Tl. eine Kontribution, die die von Obernkirchen und Rodenberg (jeweils 25 Tl.) sowie Sachsenhagen (21 Tl.) deutlich überstieg.³⁴⁷ Im 18. Jahrhundert glichen sich die Abgaben dieser Städte einander an. Die Bevölkerungszahl blieb während der Frühen Neuzeit noch in bescheidenem Umfang, dennoch war Hessisch Oldendorf im 19. Jahrhundert stark von den Auswanderungswellen betroffen.³⁴⁸

Hohenrode (Abb. 5 – Q)

Hohenrode wird schon recht früh, 1033, urkundlich erwähnt. Der Kirchspielort befindet sich auf einer Weserterrasse und zieht sich in nord-südlicher Richtung auf sehr begrenztem Raum hin.³⁴⁹ Die einzige weitere Mitgliedsgemeinde, deren Anfänge in das Mittelalter fällt, ist das seit 1313 schriftlich belegte Wennenkamp, das getrennt durch einen Wald in rund 4 Kilometer Entfernung vom Kirchspielort liegt. Außerdem war im Hochmittelalter in der Nachbarschaft Hohenrodes eine kleine Siedlung mit

³⁴⁴ Vgl. KÖLLING (1956), S. 64-66.

³⁴⁵ Vgl. KEYSER (1952), S. 192.

³⁴⁶ Vgl. KÖLLING (1956), S. 81.

³⁴⁷ Zum Vergleich: Die Kontributionssumme Rintelns betrug um 1680/90 rund 70 Tl.

³⁴⁸ Vgl. KEYSER (1952), S. 191 f.; KÖLLING (1956), S. 88-90.

³⁴⁹ Vgl. MAACK (1964), S. 69 f.

dem Namen Seedorf entstanden, die indes vermutlich im Spätmittelalter wüstgefallen ist.³⁵⁰

Die Dörfer Saarbeck und Strücken³⁵¹ sind erst seit dem 16. Jahrhundert belegt, Friedrichswald wurde in den 1780er Jahren planmäßig angelegt. Saarbeck und Strücken erstrecken sich westlich von Hohenrode nahe der Weser. Die Siedlungskerne sind in Bereichen von 60–90 m ü. NHN zu verorten, bei späteren Rodungen griff man auf Lagen bis zu 150 m ü. NHN zu. Friedrichswald befindet sich mehr als 5 Kilometer von Hohenrode entfernt in ansteigendem Gelände bis auf 280 m ü. NHN im äußersten Süden des Kirchspiels. Die Familien aus Friedrichswald gingen zwar in die Kirche zu Hohenrode, die Kinder besuchten jedoch die Schule des Nachbardorfs Wennenkamp. Der Umstand, dass die Neusiedler nicht nur von der Kontribution, sondern auch von der Ableistung von Diensten befreit waren, verringerte die Kontakte zu anderen Gemeinden: „machen sie für sich eine besondere Commun aus, und stehen mit den übrigen Dorfschaften, als dienstfreye Leute, in keiner Verbindung.“³⁵²

Im wesernahen Hohenrode bestanden wegen günstiger landwirtschaftlicher Bedingungen die besten Aussichten auf gute Bodenerträge. Mit 7 Meierhöfen bei rund 30 Kleinköthner- und Brinksitzerstellen gab es im 18. Jahrhundert einen verhältnismäßig starken vollbäuerlichen Anteil. In den ebenfalls wesernahen, aber deutlich jüngeren Saarbeck und Strücken entstanden in der Regel nur unterbäuerliche Hofstellen. Erschwert war die Landwirtschaft insbesondere im Dorf Wennenkamp, das bis auf eine Höhe von 250 m ü. NHN angelegt worden war. Ein großer Teil der Einwohnerschaft des Kirchspiels konnte von den Erträgen der eigenen Hofstelle nicht existieren und verdingte sich im Tagelohn oder übte handwerkliche Tätigkeiten aus. Verhältnismäßig viele Familien in Wennenkamp dürften von materieller Not betroffen gewesen sein. Das Lager-, Stück- und Steuerbuch enthält mehrere Hinweise über Steuerpflichtige wie *krank*, *bettelt* oder *in Holland*. Zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs aufgrund einer schlechten Ernte wurde 1832 der Kurfürstlichen Regierungsdeputation berichtet, *daß namentlich die Gemeinde Friedrichswald zu den ärmsten des Kreises gehört.*³⁵³

³⁵⁰ Vgl. MAACK (1964), S. 77-82.

³⁵¹ Ein Teil der Dorfbevölkerung ist in das Kirchspiel Exten eingepfarrt.

³⁵² LEDDERHOSE (1780), S. 441.

³⁵³ Vgl. STAB H 1, Nr. 237.

In Wennenkamp war nachweislich die Leinweberei stark vertreten. Zudem hatte in dieser Region die Korbflechterei einige Tradition. Darüber hinaus wurde in dem Waldgebiet seit dem 18. Jahrhundert Sandstein abgebaut und über die Weser verschifft. Die gewerbliche Struktur des Kirchspiels war aber in erster Linie auf die dörflichen Bedarfe ausgerichtet.

Hohnhorst (Abb. 5 – B)

Der Kirchspielort Hohnhorst wurde um 1130 in einer schriftlichen Quelle erwähnt und gehört damit zu den ältesten Dörfern Nordschaumburgs. Zu Ohndorf, Helsinghausen und Rehren (Amt Rodenberg) gibt es erste Quellen seit dem ausgehenden 13. bzw. beginnenden 14. Jahrhundert. Vermutlich gehen die Siedlungen auf ältere Stellen bzw. Einzelhöfe zurück. Die Erweiterungen datieren mit hoher Wahrscheinlichkeit in die große Rodungsperiode des 13. Jahrhunderts.³⁵⁴

Die weiteren Mitgliedsgemeinden Nordbruch, Rehrwiehe und Haste sind Filialsiedlungen von Rehren bzw. Hohnhorst. Zu eigenständigen Gemeinden wurden sie nach dem Dreißigjährigen Krieg. Wenn diese – oder vergleichbare schauburgische Orte – zu einem früheren Zeitpunkt in den Quellen erscheinen, dann als zu einem Dorf gehörige Siedlungsplätze, die unter einer Flurbezeichnung (z. B. *Uf der Hast*) aufgeführt wurden. Die drei jüngeren Siedlungen liegen bis zu 10 m tiefer als die älteren Dörfer des Kirchspiels, die auf erhöhten Plätzen (55–60 m ü. NHN) gegründet wurden. Die Besiedlung erforderte daher die Anlage teilweise umfangreicher Entwässerungsgräben. Meierhöfe finden sich in den Filialsiedlungen nicht. Aufgrund der späteren Besiedlung liegt der durchschnittliche Brinksitzeranteil im Amt Rodenberg zwar über dem in den wesernahen Bereichen; zugleich konnten viele Brinksitzerhöfe vollbäuerlich betrieben werden, weil der Boden nicht so knapp wie im früh besiedelten Süden der Grafschaft Schaumburg war. Überdies ist die Bodenqualität in der den Nordausläufern von Deister und Bückeberg vorgelagerten Ebene so gut, dass überdurchschnittlich hohe Erträge erwirtschaftet werden konnten.

Die Gewerbestruktur im Kirchspiel Hohnhorst war auf die Versorgung vor Ort ausgerichtet. Der darüber hinausgehende Bedarf konnte in der Amtsstadt Rodenberg, der

³⁵⁴ Vgl. MAACK (1986), S. 9; hierzu auch MUNK (1989), S. 9-11.

kurhannoverschen Stadt Wunstorf sowie dem – seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert anwachsenden – Badebetrieb in Nenndorf gedeckt werden. Einen unmittelbaren Anschluss an den überregionalen Verkehr erhielt das Kirchspiel in den späten 1840er Jahren mit dem Bau eines Bahnhofs in Haste. Die Schienenstrecke verband Hannover und Minden.

Kathrinhagen (Abb. 5 – H)

Im Kirchspiel gibt es außer dem Dorf Kathrinhagen keine weiteren Mitgliedsgemeinden. Der erste erhaltene schriftliche Beleg stammt aus dem Jahr 1244, also aus einer Phase intensivierter Binnenkolonisation, während der die schauburgischen Hagensiedlungen entstanden. Die Gründung Kathrinhagens dürfte 2–3 Jahrzehnte vor der urkundlichen Erwähnung erfolgt sein.³⁵⁵ Vorgänger der namengebenden Katharinenkirche war eine bereits seit der Mitte des 11. Jahrhunderts nachweisbare Wallfahrtskapelle, die für die angewachsene Gemeinde jedoch nicht mehr genügend Platz geboten hatte.³⁵⁶

Kathrinhagen zählte mit rund 60 Stellen im ausgehenden 18. Jahrhundert zu den größeren Dörfern in der Grafschaft Schaumburg. Der vollbäuerliche Anteil ist dennoch sehr hoch, weniger als die Hälfte der Stellen werden von Brinksitzerfamilien bewirtschaftet. Hier mag die mangelnde Verkehrsanbindung des Dorfes, das sich auf einer Höhe von mehr als 140 ü. NHN am südöstlichen Hang des Bückeberges befindet, hineingespielt haben. Die Entfernung zu den schauburgischen Weserstädten beträgt 11–12 Kilometer. Obernkirchen liegt mit 8 Kilometern nur geringfügig näher und befindet sich zudem auf der anderen Seite des Bückebergs. Zur Deckung des unmittelbaren lokalen Bedarfs gab es etwas Dorfhandwerk. Die Angehörigen landarmer oder landloser Schichten ergänzten ihren Lebensunterhalt durch landwirtschaftliche Hilfstätigkeiten. Mit der Konjunktur des Obernkirchener Steinhauergewerbes im 19. Jahrhundert boten sich ihnen aufgrund der Nähe zu den Abbaustätten des Sandsteins auf dem Bückeberg alternative Verdienstmöglichkeiten.

³⁵⁵ Vgl. BÜTHE (2000), S. 24.

³⁵⁶ Vgl. EBD., S. 7.

Möllenbeck (Abb. 5 – O)

Das Kloster Möllenbeck wurde im Jahre 896 als benediktinisches Kanonissenstift gegründet.³⁵⁷ Es befindet sich in rund 6 Kilometern Entfernung südwestlich der Stadt Rinteln und damit nahe der Weser. Der Ort war wegen seiner Verkehrsanbindung bereits vor der Klostergründung besiedelt.³⁵⁸ Hier trafen sich zwei Handelsstraßen, die das Mittelwesergebiet mit dem Westfälischen verbanden. Zeitgleich mit der Gründung des Stifts entstand eine Marktsiedlung, die im Hochmittelalter auch als oppidum und civitas bezeichnet wurde. Der Versuch der Einwohnerschaft, sich gegen das Stift durchzusetzen, scheiterte endgültig, als mit der Gründung von Rinteln im Jahre 1239 ein konkurrierendes Handelszentrum in der unmittelbaren Nachbarschaft entstand. Im Spätmittelalter schließlich wurde das Dorf von einem großen Teil seiner Einwohnerschaft verlassen, nachdem eine Verlagerung des Flussbetts zu mehreren Überschwemmungen geführt hatte.³⁵⁹ Erst mit zunehmender Landverknappung im ausgehenden 18. Jahrhundert wurden hier wieder Neubauernfamilien angesiedelt.

Das Stift konnte seine Stellung als geistiges und wirtschaftliches Zentrum nicht ausbauen. Durch die Gründung weiterer Stifte und Klöster in Obernkirchen, Rinteln oder Loccum kam zum einen auch auf geistigem Gebiet Konkurrenz auf. Ohnehin wurde im Zuge der spirituellen Erneuerung des Klosterwesens im Hochmittelalter die Institution der eher weltlich orientierten Kanonissenstifte verzichtbar. Zum andern verschärfte sich infolge der spätmittelalterlichen Agrarkrise sowie der Beteiligung an Fehden die wirtschaftliche Situation.³⁶⁰ Im 15. Jahrhundert wurde das Kanonissenstift aufgelöst, der Wirtschaftsbetrieb konsolidiert und durch ein Chorherrenstift der Augustiner ersetzt. Nach einer zwischenzeitlichen Umwandlung in ein evangelisches Stift wurde der Konvent schließlich nach dem Dreißigjährigen Krieg aufgelöst. Die ehemalige Klosterkirche wurde nach der Übernahme durch die Landgrafschaft Hessen von einer Gemeinde reformierten Glaubens genutzt.

Die reformierte Gemeinde setzte sich zum Teil aus Soldaten und ihrer Familien zusammen, die in der Garnisonsstadt Rinteln stationiert waren. Ein weiterer Teil lebte in

³⁵⁷ Zur Geschichte des Klosters Möllenbeck vgl. allg. HEUTGER (1987); BROSIUS (2012).

³⁵⁸ Vgl. KÖLLING (1972), S. 9 f.

³⁵⁹ Vgl. EBD., S. 7-9 u. 12-14.

³⁶⁰ Vgl. EBD., S. 12-16.

Hessendorf, dessen Gründung 1667 vereinbart und in den folgenden Jahren umgesetzt worden war.³⁶¹ Die Siedler stammten überwiegend aus dem Lippischen und Mindischen. Der Ort fügte sich zunächst aus 16 Halbmeierhöfen, die nebeneinanderliegend an der Verbindungsstraße zwischen Möllenbeck und Rinteln angelegt worden sind, zusammen. Zur Ausstattung der Hofstellen mit Land griff man auf den ehemaligen Besitz des Klosters Möllenbeck sowie die Gemarkung einer spätmittelalterlichen Wüstung mit Namen Rottorf zurück. Im Vergleich zu den späteren Siedlungsgründungen im Weserraum waren die Zuschnitte der Hofstellen großzügig bemessen.³⁶² Die Kolonistenfamilien lebten sämtlich von der Landwirtschaft.

Obernkirchen (Abb. 5 – G)

Die Stadt Obernkirchen geht in ihren Anfängen zurück auf ein Dorf, das nach der Gründung eines Stifts der Augustinerinnen im Jahre 1167³⁶³ mit einigen Privilegien ausgestattet wurde. Mehr als 400 Jahre blieb Obernkirchen im Status einer Klosterfleckensiedlung, die Übertragung der Stadtrechte erfolgte erst 1615. Als Siedlungsplatz für die Anlage wurde ein Bereich am langsam ansteigenden südwestlichen Hang des Bückebergs gewählt (>120 m. ü. NHN). Um im Rahmen der Teilung der alten Grafschaft zwei wirtschaftlich gleichstarke Teile zu schaffen, orientierte man sich bei der Grenzziehung zwischen Schaumburg-Lippe und der hessischen Exklave nur grob am Verlauf des Bückebergs. Mehrere der in das Kirchspiel Obernkirchen eingepfarrten Gemeinden gehörten in ihrer territorialen Zuordnung daher dem Fürstentum Schaumburg-Lippe an.³⁶⁴

Die Bevölkerungszahl Obernkirchens entsprach mit etwas über 1.000 Einwohnern in den 1770er Jahren zunächst in etwa der von Hessisch Oldendorf. Im 19. Jahrhundert setzte dann ein recht dynamisches Bevölkerungswachstum ein. Seit den 1820er Jahren war Obernkirchen nach Rinteln die zweitgrößte der schaumburgischen Städte. Obwohl sie an die Stadthäger Ebene mit ihren fruchtbaren Lössböden grenzt, war Obernkirchen keine typische frühneuzeitliche Ackerbürgerstadt. Zum wichtigsten Wirtschaftsfaktor

³⁶¹ Vgl. KÖLLING (1972), S. 34-41.

³⁶² Vgl. FEIGE (1933)

³⁶³ Für die Vermutung, dass hier bereits ein durch Ludwig dem Frommen gegründetes und von den Ungarn 936 zerstörtes Kloster bestanden hat, gibt es keinerlei belastbare Indizien; vgl. MAACK (1986), S. 15; hierzu auch STEINWASCHER (2014), S. 172, 179 f. u. 183; SCHNEIDER (2018), S. 10-13.

³⁶⁴ Eine Aufstellung der eingepfarrten Gemeinden findet sich bei LEDDERHOSE (1780), S. 428.

hatte sich der Abbau von Bodenschätzen entwickelt. Bereits im Mittelalter wurde Sandstein aus dem Bückeberg gebrochen (siehe auch Kap. 2.1.3). Steinkohle gewann man zunächst zur Versorgung regional ansässiger Schmiedebetriebe, später wurde diese ebenfalls exportiert.³⁶⁵ Im Jahre 1799 kam eine Glashütte hinzu, was gleichzeitig dem Korbmachergewerbe zu einem Aufschwung verhalf. Während die Steinkohleförderung als unrentabel aufgegeben wurde, haben der Abbau von Sandstein und die Herstellung von Glas bis in die Gegenwart Bestand.

Von den Bodenschätzen konnten weitere schauburgische Siedlungen profitieren. Aufgrund der räumlichen Nähe zu den Lagerstätten rekrutierten die Obernkirchener Steinhauermeister Brucharbeiter und Tagelöhner, seit dem 19. Jahrhundert auch ihre Gesellen, insbesondere aus Dörfern im Bereich des Auetals, wo die Angehörigen der landarmen und landlosen Schichten Schwierigkeiten hatten, ihren Lebensunterhalt zu decken. Der Transport der abgebauten Bodenschätze erfolgte größtenteils über die Weser und wurde von ansässigen Fuhrunternehmen betrieben. Im Steinkohlebergbau waren ohnehin vorrangig Personen aus den umliegenden Dörfern beschäftigt.³⁶⁶ In Obernkirchen selbst waren Handwerker in metallverarbeitenden Berufen überproportional stark vertreten. Eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Schuhmachern in der benachbarten Mitgliedsgemeinde Liekwegen³⁶⁷ zeugt davon, dass die lebhafteste Nachfrage nach geeigneter Arbeitskleidung nicht zuletzt in den Dörfern gedeckt wurde. Letztlich prägte der Abbau der Bodenschätze das gesamte Kirchspiel.

Rinteln (Abb. 5 – N)

Als Festungs- und Universitätsstadt sowie Sitz der hessisch-schaumburgischen Regierung nahm Rinteln eine herausgehobene Stellung unter den schauburgischen Städten ein. Gegründet wurde Rinteln bereits um 1230, also in der Frühphase der Erweiterung und Konsolidierung des Territoriums. Die neue Siedlung wurde auf einem Werder am Südufer der Weser angelegt (ca. 60 m ü. NHN) und über eine Pfahlbrücke mit einem

³⁶⁵ Vgl. BEIDER WIEDEN, HELGE (1981), S. 122 f.; WEINGARTEN (2014), S. 271.

³⁶⁶ Um 1780 lebten nur sieben Bergleute in Obernkirchen.

³⁶⁷ Das seit 1635 urkundlich erwähnte Liekwegen war zugleich Wohnort vieler Bergarbeiter; vgl. KÖLLING (1951), S. 19.

gegenüberliegenden älteren Dorf verbunden. Die heutige Altstadt wurde in den vergangenen Jahrhunderten aufgehöhht, befindet sie sich zum Teil aber nur etwas mehr als 3 m über dem Weserufer.³⁶⁸

Im Jahre 1239 erfolgte die Stadterhebung unter Verleihung des Lippstädter Stadtrechts.³⁶⁹ Zu diesem Zeitpunkt war Rinteln vermutlich schon befestigt. Im Laufe des Mittelalters schlossen sich verschiedene Handwerke zu Zünften zusammen. Produziert wurde vornehmlich für den regionalen Markt. Die städtischen Kaufleute organisierten sich nicht, die Bedeutung des Fernhandels blieb gering. Mit dem Landverkehr gab es keine unmittelbaren Berührungspunkte, der Handel wurde hauptsächlich über die Weser abgewickelt.³⁷⁰ Auch Rinteln scheint Anteil an der für die Städte zuträglichen konjunkturellen Entwicklung im Spätmittelalter gehabt zu haben; im 15. und 16. Jahrhundert stiegen die Einwohnerzahlen deutlich an.³⁷¹ Trotz der kulturellen Aufwertung stand die Bürgerschaft der Gründung der Universität³⁷² Rinteln durch Graf Ernst im Jahre 1620 äußerst kritisch gegenüber. Erwartet wurden 200 Studenten und Lehrkräfte.³⁷³ In Anbetracht der zu diesem Zeitpunkt allgemein kritischen Wirtschaftslage befürchtete sie, zu Investitionen in die städtische Infrastruktur (Renovierung von Gebäuden, Straßenreinigung, Bereitstellung von Quartieren und Mittagstischen) herangezogen zu werden.³⁷⁴ Nicht zuletzt sah die Bürgerschaft durch Studenten, die gemeinhin in schlechtem Ruf standen, den städtischen Frieden bedroht.³⁷⁵

Der Dreißigjährige Krieg schließlich verschärfte die wirtschaftliche Situation vieler Rintelner Familien und verursachte einen hohen Bevölkerungsverlust durch Seuchenzüge und Abwanderung.³⁷⁶ Der darauffolgende Anschluss an die Landgrafschaft Hessen-Kassel brachte für Rinteln einschneidende Änderungen mit sich. Das ackerbürgerliche Element war im Vergleich zu den anderen schaumburgischen Städten ohnehin

³⁶⁸ Vgl. MAACK (1964), S. 181.

³⁶⁹ Vgl. KEYSER (1952), S. 301; VOGT (1964), 7 f.; MAACK (1970), S. 27.

³⁷⁰ Vgl. ARNOLD, DIETER (1966), S. 24; GRZYLEWSKI (1983), S. 18.

³⁷¹ Vgl. EBD., S. 99-101.

³⁷² Sie setzte sich aus den Fakultäten Theologie, Jura, Philosophie und Medizin zusammen.

³⁷³ Bei einer Einwohnerzahl von rund 1.400 Personen hätte dies einer Erhöhung von 10–15 % entsprochen; vgl. KEYSER (1952), S. 301; SCHORMANN (1982), S. 88 f. u. 91 f.; GRZYLEWSKI (1983), S. 28.

Im Jahre 1747 wurden indes nur 71 Studenten bei einer Einwohnerzahl von 2.240 Personen (ohne die Besatzung der Garnison) gezählt; vgl. KEYSER (1952), S. 303.

³⁷⁴ Vgl. GRZYLEWSKI (1983), S. 28-30.

³⁷⁵ Die Furcht war nicht unbegründet; vgl. SCHORMANN (1982), S. 113 f.

³⁷⁶ Vgl. ARNOLD, DIETER (1966), S. 36 u. 102.

gering ausgeprägt, was unter anderem den Ertragsschwankungen aufgrund wiederkehrender Überschwemmungen der Feldmark geschuldet war. Mit dem Ausbau zur Festungsstadt sank die Bedeutung der Landwirtschaft weiter.³⁷⁷ Denn als die Rintelner zu Beginn der 1660er Jahre begannen, den verfallenen Stadtwall abzutragen, um Gärten anzulegen, setzte die hessische Regierung dem Ansinnen ein Ende. 1665 verfügte sie gegen den Widerstand der Bürgerschaft den rund 10 Jahre anhaltenden Bau der Festung.³⁷⁸ Mag die Unternehmung durch die Notwendigkeit ständiger Ausbesserungen insbesondere für das städtische Handwerk einen willkommenen Zuverdienst dargestellt haben;³⁷⁹ für das Gros der Rintelner Bürgerschaft sowie die ansässige Landbevölkerung bedeutete die Ausweitung der Befestigungsanlagen eine anhaltende Belastung.³⁸⁰ Die Abgaben stiegen, der innerstädtische Raum verringerte sich, um Soldaten und deren Familien Platz zu machen, und durch die Ausdehnung der Anlagen auf das Umland gingen Weidemöglichkeiten verloren.³⁸¹

Ob der militärische Nutzen die hohen Instandhaltungskosten rechtfertigte, sei dahingestellt.³⁸² Kurz nach der kampflosen Einnahme Rintelns im Jahre 1806 durch französische Truppen wurde mit der Schleifung der mittlerweile stark reparaturbedürftigen Befestigungsanlage begonnen. Die Rintelner hausbesitzenden Einwohner hatten nun die Möglichkeit, Grundstücke zur Einrichtung von Gärten sowie zur Ansiedlung von industriellen und gewerblichen Betrieben zu erwerben.³⁸³ 1809 verfügte Jérôme Bonaparte die Schließung der Academia Ernestina.³⁸⁴ Doch nach der Beendigung der napoleonischen Herrschaft setzte sich neben den schauburgischen Landständen, die ein Interesse an der Universität als Ausbildungsstätte für ihre Söhne hatten, auch die Bürgerschaft der Stadt Rinteln für deren Wiedereröffnung ein. Mittlerweile bildeten Beherbergung und Bewirtschaftung der Studenten eine willkommene Einnahmequelle, wengleich diese nicht allzu hoch zu veranschlagen ist.³⁸⁵

³⁷⁷ Vgl. ARNOLD, DIETER (1966), S. 90 f.; SCHORMANN (1982), S. 88; GRZYLEWSKI (1983), S. 108.

³⁷⁸ Vgl. VOGT (1964), S. 10-13 u. 15-19; ARNOLD, DIETER (1966), S. 43-45 u. 47-49.

³⁷⁹ Vgl. EBD., S. 58; hierzu auch EICHBERG (1989), S. 105.

³⁸⁰ Vgl. EBD., S. 114.

³⁸¹ Vgl. VOGT (1964), S. 73; ARNOLD, DIETER (1966), S. 58; EICHBERG (1989), S. 107-110; SCHILLING/EHRENPREIS (2015), S. 21 u. 67 f.

³⁸² Zur Frage nach der Rentabilität einer Festung vgl. EICHBERG (1989), S. 105 f. u. 115-117.

³⁸³ Vgl. KEYSER (1952), S. 301; VOGT (1964), S. 96-98; GRZYLEWSKI (1983), S. 102.

³⁸⁴ Ein entsprechender Plan wurde bereits um 1801 innerhalb der hessischen Regierung diskutiert; vgl. SCHORMANN (1982), S. 292; GRZYLEWSKI (1983), S. 54;

³⁸⁵ Vgl. SCHORMANN (1982), S. 89-92; GRZYLEWSKI (1983), S. 57.

Rinteln als größte der schaumburgischen Städte stand um 1750 mit 2.240 Einwohnern am Übergang von der Klein- zur Mittelstadt.³⁸⁶ Eine wirtschaftliche Weiterentwicklung hatte sich im Vergleich zur Situation kurz vor dem Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges auch zu Beginn des 19. Jahrhunderts nicht vollzogen. Wenngleich sich in Rinteln der Sitz der hessischen Verwaltung befand, war sie doch keine Residenzstadt im eigentlichen Sinne. Bezeichnenderweise wohnte der hessische Landgraf Wilhelm VIII. während des Siebenjährigen Krieges, als er vorübergehend Zuflucht in Schaumburg suchte, in einem Rintelner Gasthof.³⁸⁷ Der vergleichsweise bescheidene Universitätsbetrieb hatte keine wirtschaftlichen Impulse geliefert, die Zahl der Handwerksbetriebe sank seit dem 18. Jahrhundert kontinuierlich und die Erlöse aus dem Brauwesen waren zurückgegangen. Die Bürgerschaft bemühte sich, der krisenhaften Entwicklung entgegenzuwirken. 1853 wurden die Braulose schließlich durch die Stadt angekauft und in Form einer Pachtbrauerei bis zum Verkauf 1872 weitergeführt.³⁸⁸ Die Anlage einer staatlichen Leggeanstalt förderte den Leinenhandel. Als Umschlagplatz von heimischem Getreide sowie Sandstein³⁸⁹, Steinkohle und Salz profitierte die Stadt weiterhin von der Weser.³⁹⁰ Nach 1850 wurden eine Zündholzfabrik und eine Glashütte gegründet. Auch die Ziegelproduktion und die Tabakspinnerei erlebten einen Aufschwung.³⁹¹

Sachsenhagen (Abb. 5 – A)

Sachsenhagen geht zurück auf eine von den Askanern in der Mitte des 13. Jahrhunderts erbaute Wasserburg zum Schutz neuerwerbener Besitztümer vor den Machtansprüchen des Bischofs zu Minden.³⁹² Die askanischen Herzöge hatten sich an der Kolonisation im Bereich des nordschaumburgischen Waldgebiets beteiligt. Trotz des Namens zählt Sachsenhagen nicht zu den Hagenhufensiedlungen. Gebildet hatte sich die spätere Stadt als kleine Siedlung vor den Toren der Wasserburg, die an der Wende zum 14. Jahrhundert dauerhaft in den Besitz der Grafen zu Schaumburg gelangte.³⁹³

³⁸⁶ Zur Einteilung siehe SCHILLING/EHRENPREIS (2015), S. 7.

³⁸⁷ Vgl. STIEGLITZ (2002), S. 297, Anm. 18.

³⁸⁸ Vgl. KEYSER (1952), S. 303.

³⁸⁹ Einen maßgeblichen konjunkturellen Aufschwung erlebte der Handel mit dem Obernkirchener Sandstein erst in den 1870er Jahren. In dieser Phase arbeiteten rund 150 Steinmetze auf den Werkplätzen bei Rinteln; vgl. GRZYLEWSKI (1983), S. 68.

³⁹⁰ Vgl. KEYSER (1952), S. 303 f.

³⁹¹ Vgl. GRZYLEWSKI (1983), S. 63.

³⁹² Vgl. VOGTHERR (2014), S. 337 f.

³⁹³ Vgl. BIERMANN (2005), S. 455.

Die Siedlung erhielt im Jahre 1407 die Fleckenrechte, was mit einer Reihe von Privilegien wie der persönlichen Freiheit und dem Recht auf freie Besitzveräußerung verbunden war.³⁹⁴ Sachsenhagen war Hauptort des gleichnamigen Amtes im Nordwesten des Untersuchungsgebiets. Im Jahre 1665 wurde als Folge des Teilungsvertrags das alte Amt Sachsenhagen, das zunächst mehr als ein Dutzend Siedlungen umfasste, stark verkleinert.³⁹⁵ Fortan gehörten dem Amt nur noch die Dörfer Auhagen und Düdinghausen sowie das bereits 1650 zur Stadt erhobene Sachsenhagen mit der kleinen vorstädtischen Siedlung Kuhlen an. Mit der Stadterhebung wurde gleichsam ein bestehender Zustand festgeschrieben. Die Umsetzung des zugestandenen städtischen Privilegs, eine eigene Kirche zu erbauen, führte 1656 zur Bildung eines eigenständigen Kirchspiels.³⁹⁶ Zuvor war Sachsenhagen in das Kirchspiel Bergkirchen eingepfarrt.

Die Mitgliedsgemeinden befinden sich im Bereich eines Niederungsgebiets (ca. 47 m ü. NHN) der Sachsenhäger Aue. Diese fließt bei Auhagen mit der Rodenberger Aue zusammen, wo sie als Westaue schließlich in die Leine mündet. Die Lage in der äußersten Peripherie der Grafschaft Schaumburg stand einer wirtschaftlichen Entwicklung des Kirchspiels Sachsenhagen per se entgegen. Auch nach der Stadterhebung dominierte in der Stadt Sachsenhagen das Ackerbürgertum, da die ansässigen Handwerkerfamilien in der Regel ihren Lebensunterhalt nicht allein von den Einnahmen ihrer Profession bestreiten konnten. Räumlich eingeschränkt wurde die Stadt durch eine herrschaftliche *Conduction* (Vorwerk bzw. Domäne), die in der Mitte des 18. Jahrhunderts mehr als 2.000 Morgen Land hielt.³⁹⁷ Nördlich des Stadtgrabens war im 17. Jahrhundert eine kleine vorstädtische³⁹⁸ Gemeinde – Kuhlen – entstanden, die 1839 eingemeindet wurde. Das berufliche Spektrum Kuhlens, wo um 1790 rund 100 Menschen lebten, setzte sich vornehmlich aus Schuhmachern, Schreibern, Schneidern sowie Tagelöhnern zusammen. Die Einwohnerzahl Sachsenhagens betrug zu diesem Zeitpunkt 470 Menschen. Neben wenigen Kaufleuten waren in der Stadt verstärkt Professionen zur Deckung der lokalen Nachfrage vertreten.

³⁹⁴ Vorbildgebend war das Rodenberger Fleckenrecht; vgl. KEYSER (1952), S. 315; MUNK (1985), S. 12 f. u. 24-27.

³⁹⁵ Vgl. MUNK (1985), S. 56.

³⁹⁶ Die benachbarten Dörfer Düdinghausen und Auhagen blieben mit Ausnahme der Jahre 1811–15 weiterhin nach Bergkirchen eingepfarrt. Die vorstädtische Siedlung Kuhlen soll zwar lt. LEDDERHOSE (1780), S. 431, zumindest bis 1835 in Bergkirchen eingepfarrt gewesen sein, wird aber seit den 1770er Jahren durchgehend in den Sachsenhäger Sterberegistern geführt.

³⁹⁷ Vgl. KEYSER (1952), S. 315-318.

³⁹⁸ In der Vorbeschreibung von 1749 wurde Kuhlen als *Vorstadt* bezeichnet.

Die geringen wirtschaftlichen Entwicklungsmöglichkeiten spiegelten sich in den Hausmieten wider. Zum Vergleich: Für ein Haus der besten Qualität wurde um 1770 in Rinteln 36 Rtl., für eines der schlechteren immer noch 8 Rtl. jährlich verlangt. In Sachsenhagen betrug die Jahresmiete für eines der besten Häuser lediglich 6 Rtl. In der 1749 erstellten Vorbeschreibung zu den Lager-, Stück- und Steuerbüchern wird hervorgehoben: *Ist diese Stadt von der Straßen ganz abgelegen und kommen von deren umliegenden großen Städten als Rinteln, Minden, Hannover pp. so wenig Post als Fracht und andere Wagens und dergleichen hierauf zu mithin ist das Commercium und sonstiger Verkehr in gar schlechtem Zustand.* Im Rahmen der Planungen zur 1847 eröffneten Eisenbahnlinie von Hannover nach Minden gab es zwar Überlegungen, die Grafschaft Schaumburg über die Einrichtung eines Bahnhofs in Sachsenhagen einzu beziehen. Man gab jedoch einer etwas kürzeren Verbindung mit Anschluss im Dorf Haste (Kirchspiel Hohnhorst), das zudem näher am Kurort Bad Nenndorf lag, den Vorzug.³⁹⁹ Mit dieser Entscheidung war die Stagnation des Kirchspiels Sachsenhagen in seiner wirtschaftlichen und demographischen Entwicklung besiegelt.

Segelhorst (Abb. 5 – K)

Das Dorf Rohden gilt als ältester Ort im Kirchspiel Segelhorst und soll bereits im Frühmittelalter erwähnt worden sein. Die Reste einer benachbarten hochmittelalterlichen Burganlage zeugen von der Attraktivität des hochgelegenen Siedlungsplatzes, der sich entlang des Rohder Bachs (Ellerbach) in rund 100 m ü. NHN hinzieht. Der Bach trieb seit dem 10. Jahrhundert zwei herrschaftliche Mühlen an. Bei dem *Rodun*, das 1033 in einer Urkunde genannt wird, könnte es sich durchaus um Rohden handeln. Der am Fuß des Süntels gelegene Kirchspielort Segelhorst (110 m ü. NHN) erscheint erst seit 1230 in den Quellen. Der früheste schriftliche Beleg über Welsede, bei dessen Anlage man sich an einem Bachlauf orientierte, findet sich 1238.⁴⁰⁰ Die vierte Mitgliedsgemeinde, Rannenberg⁴⁰¹, wird erst im 14. Jahrhundert genannt, dürfte aber etwas älter sein.⁴⁰² Rannenberg (220 m ü. NHN) befindet sich vor dem Nordhang des

³⁹⁹ Vgl. MUNK (1985), S. 101-103.

⁴⁰⁰ Vgl. MAACK (1964), S. 152.

⁴⁰¹ Rannenberg war jedoch zu einem kleinen Teil in das Kirchspiel Hattendorf eingepfarrt. Im Fall der Gemeinde Langenfeld verhielt es sich umgekehrt: Der größere Teil war in das Kirchspiel Hattendorf eingepfarrt, während nur einige Höfe Segelhorst angehörten.

⁴⁰² Vgl. KÖLLING (1955), S. 9.

Wesergebirges und zählt noch zum Auetal. Welsede (ca. 70 m ü NHN) grenzt an die Berliner Straße (auch: Bremer Straße; heute B 83), die von Hessen kommend über weite Strecken parallel zur Weser verlaufend unter anderem Hameln und das Schaumburg-lippische Bückeberg verbindet. Rohden und Segelhorst liegen ebenso wie Ranenberg an einer kaum befahrenen Straße, die den südlichen Landesteil der Grafschaft Schaumburg mit dem Norden verknüpfte.

Für einen Kirchspielort ist Segelhorst mit 30 Hofstellen (um 1780) recht klein. In Welsede waren es 38. Im Gegensatz zu den anderen drei Mitgliedsgemeinden wurden die Welseder Vollbauernstellen ausnahmslos den Halbmeiern (9) und Großköthnern (11) zugerechnet. Die Größe der zugehörigen Feldmark ist dennoch sehr weitläufig.⁴⁰³ Im Vergleich der durchschnittlich pro Hofstelle entrichteten Kontributionen (um 1680 und 1780) in der Grafschaft Schaumburg ergibt sich, dass Welsede jeweils zu den Dörfern mit den höchsten Abgaben zählte. In Rohden wurde im Jahre 1695 zudem eine Papiermühle gegründet.⁴⁰⁴ Darüber hinaus weisen die Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Segelhorst keine Besonderheiten in ihren gewerblichen Strukturen auf. Haupterwerbszweig war die Landwirtschaft, die ansässigen Handwerker bedienten lediglich den unmittelbaren dörflichen Bedarf. Eine echte Zentralfunktion erfüllte keines der Dörfer im Kirchspiel. Dabei dürfte die räumliche Nähe zur Stadt Hessisch Oldendorf sowie dem großen Weserdorf Großenwieden zum Tragen gekommen sein.

Weibeck-Krückeberg (Abb. 5 – L)

Wickbolsen und Weibeck werden bereits im 10. bzw. zu Beginn des 11. Jahrhunderts schriftlich erwähnt. Die beiden Dörfer gehören damit zu den ältesten Siedlungen im Untersuchungsgebiet, was sich auf die Nähe zum Stift Fischbeck zurückführen lässt. Die übrigen Orte des Kirchspiels – Krückeberg, Barksen und Zersen – befinden sich etwas weiter in nördlicher Richtung. Die frühesten schriftlichen Belege stammen aus dem 13. Jahrhundert, doch zumindest für das auf einer Weserterrasse angelegte Krückeberg ist ein höheres Alter anzunehmen.⁴⁰⁵ Barksen und Zersen könnten auf Einzelhöfe zurückgehen, die aus derselben Siedlungsperiode wie Wickbolsen stammen.⁴⁰⁶

⁴⁰³ Vgl. MAACK (1964), S. 151.

⁴⁰⁴ Vgl. TACKE (1966), S. 81 f.

⁴⁰⁵ Vgl. KNOKE, (1968), S. 135 f.

⁴⁰⁶ Zur Siedlungsgeschichte der Dörfer im Bereich des Süntels vgl. allg. MAACK (1953).

Sowohl in Weibeck als auch in Krückeberg befindet sich eine Kirche. Im Jahre 1564 wurden die beiden Orte zusammen mit den anderen drei Gemeinden zu einem Kirchspiel vereinigt.

Obwohl sich die Hauptkirche in Krückeberg befindet, gehörte es mit lediglich 16 Stellen zu den kleinsten Dörfern in Schaumburg. Der Anteil der unterbäuerlichen Haushalte war in Krückeberg mit 62 % untypisch hoch, in Schaumburg ist dies eher von den Dörfern mit Zentrumsfunktion zu erwarten. Da der Ort zwischen Hessisch Oldendorf und Weibeck liegt, fanden die Angehörigen der Brinksitzerfamilien als landwirtschaftliche Hilfskräfte oder im städtisch-gewerblichen Bereich ihr Auskommen. Weitere strukturelle Besonderheiten sind nicht auszumachen. Vielmehr weisen die Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Krückeberg hinsichtlich ihrer geographischen Gegebenheiten und gewerblichen Ausprägung Gemeinsamkeiten mit den anderen Dörfern im südlichen Süntelraum auf.

2.1.6 Die Nachbarterritorien

Die Verbreitung infektiöser Krankheiten erfolgt seit jeher in Verbindung mit kriegerischen Ereignissen. In Friedenszeiten kommen die jeweilige Ausprägung des Handels- und Reiseverkehrs sowie die Beziehungen zu den Nachbarstaaten zum Tragen. Für die Frühe Neuzeit galt dies nicht minder. Die großen Verkehrswege verbanden unterschiedliche Handelsräume und führten durch viele Territorien. Hinzu kamen die „Communicationswege“ als überregionale Verbindungen zwischen größeren Siedlungen sowie ein engmaschiges Netz an multifunktionalen „Nachbarfahrwegen“.⁴⁰⁷

Straßen dienten dem allgemeinen Lebenserwerb. Der legale Grenzverkehr setzte sich daher vornehmlich aus Handwerksgesellen, Wanderarbeitern⁴⁰⁸, Händlern und Fuhrleuten, der illegale aus Bettlern, Deserteuren und Angehörigen von Räuberbanden zusammen.⁴⁰⁹ Zwar war aufgrund der Zersplitterung des Deutschen Reichs in Einzelterritorien der mitteleuropäische Raum durch eine Vielzahl an Landesgrenzen und dazugehörigen Kontrollpunkten geprägt. Die staatlichen Bemühungen um die Etablierung eines leistungsfähigen Passwesens waren jedoch nicht sonderlich erfolgreich.⁴¹⁰ Insbesondere gelang es nicht, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten effektiv zu unterbinden. Ein Grund war das Zusammentreffen vieler Menschen unter äußerst unhygienischen Bedingungen in den frühneuzeitlichen Gasthäusern. Überdurchschnittlich stark frequentiert waren die Gasthäuser am Jahresende, da Familien die Feiertage zum Anlass nahmen, Verwandte zu besuchen.⁴¹¹

In den schauenburgischen Kirchenbüchern finden sich immer wieder Eintragungen über Menschen aus anderen Territorien, die in einem Krug oder einem privaten Haushalt verstorben sind. Der Norden der Grafschaft Schaumburg war über den Helweg an den überregionalen Landverkehr angeschlossen, der Süden wurde stark durch die Binnenschifffahrt auf der Weser geprägt. Umfangreicher als der Fernhandel waren die vielfältigen Kontakte zur Bevölkerung der vier Territorien, die die hessische Exklave

⁴⁰⁷ Vgl. HENNIGS (1994), S. 136-141.

⁴⁰⁸ Die Wanderarbeit lässt sich in vier Formen unterscheiden: Saison-, Jahres-, Wochen- und Dauerwanderer; vgl. HENNIGS (2002), S. 145.

⁴⁰⁹ Vgl. EBD., passim.

⁴¹⁰ Vgl. EBD., S. 87-94.

⁴¹¹ Vgl. EBD., S. 242.

umschlossen. Vom Norden bis zum Südosten gab es eine gemeinsame Grenze mit dem Kurfürstentum Hannover, im Süden mit der Grafschaft Lippe. Im Westen befand sich die Teilungsgrenze zur Grafschaft Schaumburg-Lippe, im Südwesten lag das Fürstentum Minden. Die territorialen Grenzen waren nicht überall mit den Grenzen der Kirchspiele identisch. Daher besuchte ein Teil der schaumburgischen Untertanen hannoversche, lippische oder schaumburg-lippische Kirchen und umgekehrt. Die sozialen Kontakte zwischen den Bevölkerungen waren in diesen Bereichen intensiviert.⁴¹²

Um die naheliegende Frage nach dem Einfluss der Verkehrswege auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten berücksichtigen zu können, wurden für die vorliegende Untersuchung zusätzlich Sterberegister aus den Grafschaften Schaumburg-Lippe und Lippe sowie dem Fürstentum Minden herangezogen. Das Kurfürstentum Hannover wurde nicht einbezogen. Die Verflechtungen insbesondere zwischen dem nördlichen Bereich der Grafschaft Schaumburg und dem angrenzenden Territorium, das einen großen Teil des heutigen Bundeslandes Niedersachsen umfasste und im norddeutschen Raum sehr einflussreich war, würde eine eigenständige Untersuchung rechtfertigen. Der Schwerpunkt wäre jedoch auf das 19. Jahrhundert zu legen. Nordschaumburg entwickelte erst mit der Etablierung des Kurbetriebs im Kirchspiel Großnenndorf sowie dem Anschluss an das Eisenbahnnetz im Kirchspiel Hohnhorst eine gewisse Dynamik.

Der Süden der Grafschaft Schaumburg war bereits frühzeitig verkehrstechnisch gut erschlossen. Maßgeblichen Anteil daran hatte die Weser, die eine unmittelbare Verbindung zur Stadt Bremen bildet. In die vorliegende Untersuchung wurden daher Sterberegister der nordmindischen Kirchspiele Schlüsselburg und Petershagen einbezogen (**Abb. 6**). Das westlich von Schaumburg-Lippe gelegene Fürstentum Minden unterhielt zwar mit der Grafschaft Schaumburg nur einen sehr kleinen gemeinsamen Grenzgebiet, verfügte aber in der Weser mit dieser über einen weiteren Berührungspunkt. Weiterhin fanden Sterberegister der lippischen Kirchspiele Almena, Bösingfeld, Hohenhausen, Silixen, Talle und Varenholz Berücksichtigung. Die Grenze zur Grafschaft Lippe im Süden war relativ kurz, doch griffen die Sprengel mehrerer Kirchspiele auf

⁴¹² Vgl. auch BEI DER WIEDEN, BRAGE (1998b), passim.

das jeweils andere Territorium über. Zudem verbanden 2 der 17 lippischen „Communicationswege“ die beiden Territorien miteinander.⁴¹³ Darüber hinaus wurden Sterberegister aus der Grafschaft Schaumburg-Lippe, das bis 1647 mit der Grafschaft Schaumburg einem gemeinsamen Territorium angehörte, herangezogen. Die Auswahl umfasst jeweils Sterberegister, die zwischen ca. 1770 und 1820 angelegt worden sind. In diesen Zeitraum fallen gesellschaftliche Veränderungen, die einen besonderen Einfluss auf das Seuchengeschehen im europäischen Raum hatten.

Im Folgenden werden die politische und wirtschaftliche Entwicklung sowie die sozialen Verhältnisse in den drei Territorien kurz vorgestellt:

Grafschaft Schaumburg-Lippe

Die Grafschaft Schaumburg-Lippe umfasste ein Gebiet von nur 340 qkm und zählte damit zu den kleinsten selbständigen Staaten im Deutschen Bund.⁴¹⁴ Naturräumliche Grenzen bilden im Osten der Bückeberg, im Norden das Steinhuder Meer, im Westen der Schaumburger Wald sowie im Süden der Harri, ein Ausläufer des Bückebergs. Politische Grenzen bestanden zum preußischen Fürstentum Minden, zu Kurhannover sowie zur hessischen Exklave Grafschaft Schaumburg. Das Relief ist weitgehend eben, der zentrale Bereich wird auch als Stadthäger Ebene bezeichnet. Die Bodenverhältnisse im Bückebergvorland sind aufgrund einer durchgehenden dünnen Lössschicht für eine landwirtschaftliche Nutzung ausgesprochen gut geeignet. Die sandigen Böden im Bereich des Steinhuder Meeres fallen in ihrer Fruchtbarkeit deutlich davon ab. In der Vergangenheit wurden sie vornehmlich durch Plaggendüngung angereichert.⁴¹⁵ Eine direkte Anbindung an die Weser bestand nicht. Allerdings führte mit dem Helweg eine Handelsstraße von überregionaler Bedeutung durch das Territorium.

⁴¹³ Zu den 17 lippischen „Communicationswegen“ wurden sowohl die kurze direkte Verbindung zwischen Langenholzhausen (Kalletal) und Rinteln als auch die lange Strecke von Vlotho über Varenholz und Stemmen nach Rinteln gezählt; vgl. HENNIGS (2002), S. 50 f.

⁴¹⁴ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 3.

⁴¹⁵ Vgl. EHMKE (1955), S. 23.

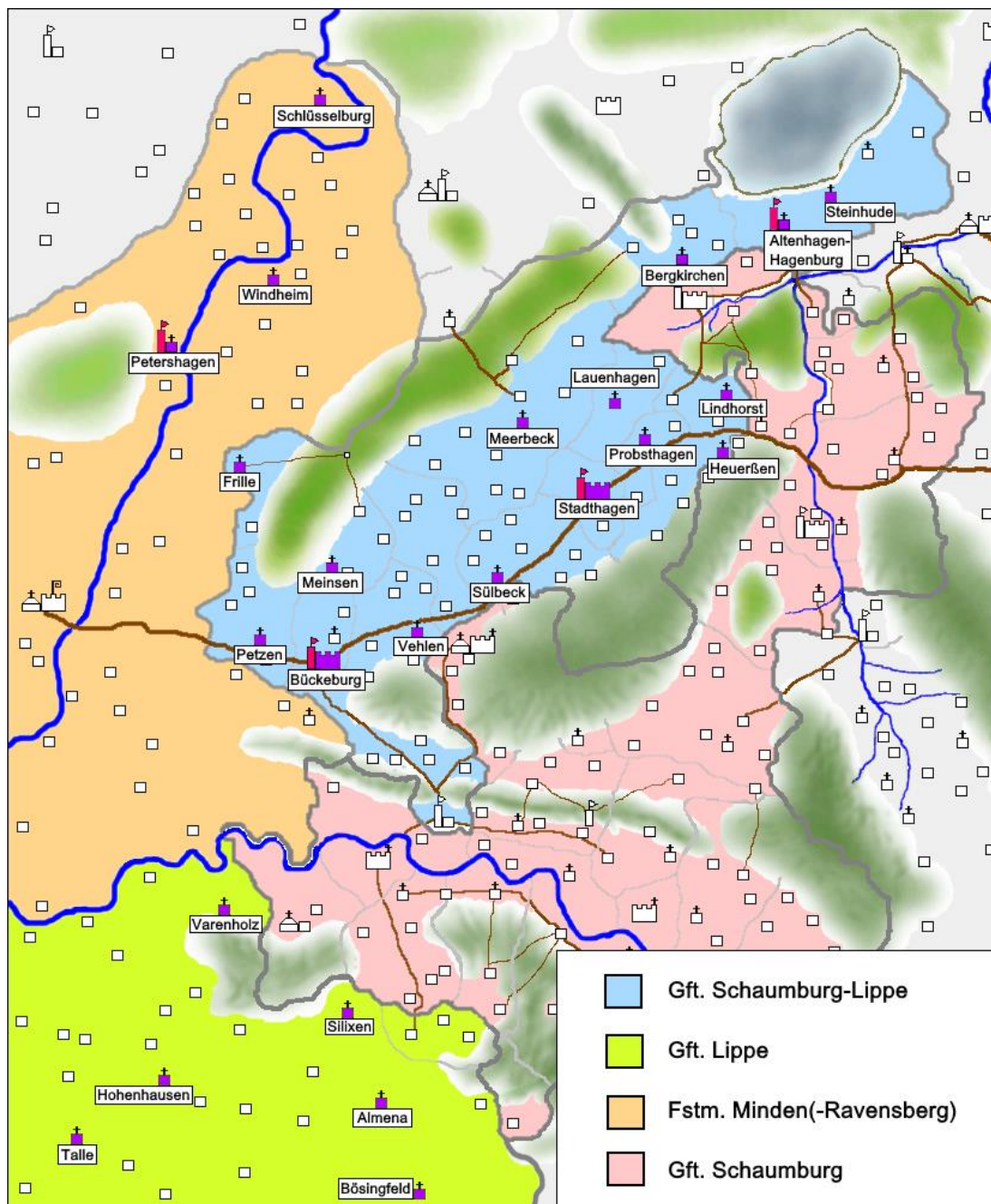


Abb. 6: Die Nachbarterritorien (ausgewählte Kirchspiele – 18./19. Jahrhundert)

Die Grafschaft Schaumburg-Lippe ist 1647 aus der Teilung der „Alten“ Grafschaft Schaumburg hervorgegangen (vgl. Kap. 2.1.1). Mit Philipp I. übernahm ein Mitglied des Hauses Lippe die Regentschaft. Da seine Schwester, die gleichzeitig Mutter des letzten regierenden Grafen zu Schaumburg war, ihm im Jahre 1646 mehrere Ämter vererbt hatte, konnte unter anderem auch er Ansprüche auf einen Teil des Territoriums

geltend machen.⁴¹⁶ Schaumburg-Lippe stand jedoch unter der Lehnshoheit der Landgrafschaft Hessen-Kassel. Aus Furcht vor einer hessischen Annexion bemühte sich Philipp um die vollständige Trennung der beiden Territorien. Dennoch rissen die Verbindungen nicht ab. Man verwaltete Wirtschaftsbetriebe wie den Stiftshof in Rinteln, das Kloster Egestorf, die Bergbaubetriebe und die Weserzölle gemeinsam und teilte die Einkünfte.⁴¹⁷ Überdies erfolgte die endgültige Grenzziehung erst 1733. Persönliche Kontakte auf administrativer Ebene blieben damit bestehen. Für die Bevölkerung der beiden Territorien ist dies ohnehin anzunehmen.

Nach Philipps Tod im Jahre 1681 wurde die Grafschaft Schaumburg-Lippe über einen Zeitraum von annähernd 50 Jahren mit Graf Friedrich Christian von einem Herrscher regiert, der keinen Bezug zu seinem Territorium fand und es lediglich als Einnahmequelle betrachtete.⁴¹⁸ Nach dem Tod von Graf Friedrich Christian im Jahre 1728 war Schaumburg-Lippe hochverschuldet. Darüber hinaus mangelte es an einer effektiven Verwaltung.⁴¹⁹ Mit seinem Enkel, Graf Wilhelm, übernahm 1748 ein ambitionierter Herrscher die Regentschaft über das kleine Territorium, der seine Pläne zielstrebig verfolgte und sich nach seiner aktiven Teilnahme am Siebenjährigen Krieg um die Förderung der heimischen Wirtschaft bemühte.⁴²⁰ Als peuplierungspolitische Maßnahme förderte er durch Ausweisung von Hofstellen sowie Anwerbung von Handwerkern und Gewerbetreibenden die Ansiedlung ehemaliger Soldaten und weiterer Kolonisten.⁴²¹ Außerdem setzte er sich dafür ein, dass Innovationen auf den Gebieten der Viehzucht und der Bodenbearbeitung sowie die Einführung neuer Pflanzen wie der Kartoffel oder der Rübe bekanntgemacht und übernommen wurden. Allerdings führten Wilhems Investitionen in die Landesverteidigung einschließlich des Aufbaues eines Stehenden Heeres mit bis zu 1.200 Soldaten⁴²² bei einer Einwohnerzahl von 17.000⁴²³

⁴¹⁶ Vgl. auch HAUPTMEYER (1980), S. 150 f.

⁴¹⁷ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 4.

⁴¹⁸ Vgl. SCHAER (1966), S. 174; FIMPEL (2004), S. 115-117.

⁴¹⁹ Kurz vor seinem Tod hatte Friedrich Christian einen kameralistisch geschulten Verwalter eingestellt, der in der Funktion eines umfangreich bevollmächtigten Kanzleidirektors in den 3 Jahren seiner Tätigkeit zumindest die Basis für die spätere finanzielle Konsolidierung des Territoriums schuf; vgl. allg. FIMPEL (2004).

⁴²⁰ Vgl. OCHWADT (1977), S. 477-479; STEINWASCHER (1988); WAGNER-FIMPEL (2004), S. 139-142; hierzu auch SCHNEIDER (2004), S. 437.

⁴²¹ Vgl. EHMKE (1955), S. 22-24; MITTELHÄUBER (1955), 31 f.

⁴²² Vgl. STEINKAMP (1970), S. 39.

⁴²³ Vgl. MITTELHÄUBER (1955), S. 33.

Menschen zu einer hohen Verschuldung.⁴²⁴ Die Regentschaft seines Neffen, der als Philipp II. im Jahre 1777 die Nachfolge antrat, dauerte nur 10 Jahre. Da nach dessen Tod kein erwachsener Nachfolger zur Verfügung stand, versuchte Hessen 1787 das Territorium als heimgefallenes Lehen einzuziehen.⁴²⁵ Die vorübergehende Besetzung Schaumburg-Lippes wurde jedoch durch das Eingreifen von Preußen sowie Kurhan-nover beendet. Nach einem Interim⁴²⁶ u. a. durch seine Mutter übernahm Georg Wil-helm im Jahre 1806 die Regentschaft. Seine Regierungszeit endete erst 1860.

Zu Schaumburg-Lippe zählten nur zwei Städte: Bückeberg im Süden und Stadthagen im Zentrum.⁴²⁷ Allerdings waren sie im Vergleich zu den Städten der benachbarten hessischen Exklave recht groß. 1777 wurden in Bückeberg 2.600, in Obernkirchen 1.900 Einwohner gezählt. Der Hauptort Bückeberg war bereits unter dem alten schaumburgischen Grafenhaus Sitz der Residenz. Durch die Ansiedlung Hofbediensteter unterschied sich Bückeberg von Stadthagen durch eine gemischtkonfessionelle Bevölkerung, zum Teil mit französischen Wurzeln.⁴²⁸ In Bückeberg lebten bezogen auf die Einwohnerzahl weniger Handwerker, dafür war die Spezialisierung aufgrund der Nachfrage durch das höfische Personal und deren Familien etwas ausgeprägter.⁴²⁹ Stadthagen, das im Hochmittelalter zur Sicherung der durch Kolonisation erworbenen Besitzungen planmäßig angelegt worden war, produzierte vorrangig für den Bedarf einer bäuerlichen Bevölkerung. Doch alles in allem bildeten auch die schaumburg-lippischen Städte innerhalb der „kleinräumig differenzierte[n] ländliche[n] Gesellschaft (...) kaum Kristallisationspunkte von Entwicklungen“⁴³⁰ für das Umland.

Auch die landwirtschaftlichen Strukturen entsprachen denen der Grafschaft Schaumburg. Die Stellen waren je nach Hofgröße bzw. wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit einer Bauernklasse zugeordnet. An der Spitze standen die Meierhöfe, dann folgen die Köthner und die Brinksitzer. Die Köthner bildeten die Grenze zwischen voll- und un-

⁴²⁴ Folge der landesherrlichen Bemühungen, die wehrpflichtigen jungen Männer zu erfassen, war eine massenhafte Flucht aus Schaumburg-Lippe; vgl. HAUPTMEYER (1980), S. 95 f.

⁴²⁵ Vgl. MEYER, STEFAN (2007), S. 33-35.

⁴²⁶ Die rund 20-jährige Interimsphase hatte im wirtschaftlichen Sinn einen positiven Effekt, da es gelang, die drückende Schuldenlast zu senken; vgl. EBD., S. 35-37.

⁴²⁷ Hinzu kamen noch die Flecken Hagenburg und Steinhude.

⁴²⁸ Vgl. MITTELHÄUBER (1955), S. 31; HAUPTMEYER (1980), S. 84.

⁴²⁹ Vgl. STEINKAMP (1970), S. 40-42 u. 78; SCHNEIDER (1994), S. 114.

⁴³⁰ EBD., S. 51.

terbäuerlich wirtschaftenden Familien. Die Groß- und Halbköthner lebten zumeist einzig von der Landwirtschaft, die Kleinköthner benötigten weitere Verdienstquellen oder lebten gänzlich von einer gewerblichen Tätigkeit. Da sich auf dem Gebiet der Grafschaft Schaumburg-Lippe bis zum Hochmittelalter ein sehr großes zusammenhängendes Waldgebiet, der Dülwald, befand, war der Siedlungstyp des Hagenhufendorfes stark vertreten (vgl. Kap. 2.1.2). Große Teile des Dülwalds wurden im Zuge der sogenannten Hagenkolonisation im 13. Jahrhundert gerodet, den Siedlerfamilien dafür persönliche Freiheit sowie weitere Freizügigkeiten und Nutzungsrechte zugestanden. Da die Hofstellen jeweils unmittelbar aneinander anreiheten, erhielten die Dörfer ihre typische langgestreckte Form.

Im Übergang vom 17. zum 18. Jahrhundert scheint sich die wirtschaftliche Lage in Teilen der gehobenen bäuerlichen Schicht verschlechtert zu haben. Registriert wurde, dass viele Höfe verschuldet waren.⁴³¹ Die Betroffenen klagten, dass es den Meierfamilien schlechter gehe als den Köthnerfamilien. Ursachen waren die hohe Besteuerung sowie eine übermäßige Belastung durch Dienstverpflichtungen. Darüber hinaus bestand ein Mangel an Arbeitskräften, was hohe Lohnforderungen seitens der Tagelöhner und des Gesindes zur Folge hatte. Die Bevölkerungszahl blieb zunächst gering. Doch im Bereich der sogenannten Seeprovinz, der Region am Steinhuder Meer, wo noch eine gemeinsame Grenze mit dem Kurfürstentum Hannover bestand, kam es zu Beginn des 18. Jahrhunderts zu einer vorübergehend starken Zuwanderung der landlosen Einlieger.⁴³² Da diese sowohl in Hessen als auch Hannover mit hohen Abgaben belegt wurden, wichen sie nach Schaumburg-Lippe aus, das schließlich ebenfalls die Schutzgelder erhöhte.

Im Zuge des Bevölkerungswachstums in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts stieg die Zahl an Kleinstellen an.⁴³³ Ebenso wie in der hessischen Exklave überwog der unterbäuerliche Anteil.⁴³⁴ Die verfügbaren landwirtschaftlichen Flächen wurden intensiver bearbeitet und der Mischerwerb nahm weiter zu. Beschäftigung in bescheidenem

⁴³¹ Vgl. EHMKE (1955), S. 21.

⁴³² Vgl. MITTELHÄUBER (1955), S. 30 f.

⁴³³ Vgl. EBD., S. 32 f.

⁴³⁴ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 46.

Umfang boten Kohlenbergbau, Sandsteingewinnung, im Süden des Landes die Produktion von Papier und die Verarbeitung von Eisen sowie aufgrund des Vorkommens von Ton und Lehm die Ziegelherstellung. Gefördert wurden Flachs- und Garnproduktion, da zumindest das Leinengewerbe sich zu einem Wirtschaftsfaktor von einigem Gewicht entwickelte.⁴³⁵

Das Bevölkerungswachstum der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ging zu Beginn des 19. Jahrhunderts signifikant zurück.⁴³⁶ Erst im mittleren Drittel des 19. Jahrhunderts kehrte sich der Trend erneut um, was zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen eines Teils der Bevölkerung führte. Viele Männer suchten über die Wanderarbeit Beschäftigung und halfen beispielsweise beim Heringsfang aus.⁴³⁷ Ein weiteres Ventil bildete die Amerikaauswanderung. Bereits 1836 wurden die ersten Personen aus Schaumburg-Lippe registriert, in den 1840er Jahren stiegen die Auswandererzahlen rasch an.⁴³⁸

Grafschaft Lippe

Die Grafschaft Lippe, seit 1789 Fürstentum, ist eines jener zahlreichen deutschen Territorien, deren wirtschaftliches und politisches Gewicht stets von untergeordneter Bedeutung blieb. Flächenmäßig mit rund 1.200 qkm⁴³⁹ von geringer Ausdehnung ordnet es sich naturräumlich westlich der Mittelweser zu wesentlichen Teilen in eine Region ein, die aufgrund des hügeligen Reliefs als Lipper Bergland bezeichnet wird. Einer der größeren Wasserwege ist die Werra, die bei Minden in die Weser mündet. Im 18. Jahrhundert bestanden im Süden, Westen und Norden gemeinsame Grenzen mit den Bistümern Paderborn und Minden bzw. der preußischen Grafschaft Ravensberg. Die unmittelbaren Nachbarn im Osten waren die Grafschaft Pyrmont sowie das Kurfürstentum Hannover. Der nordöstliche Bereich grenzte an die Grafschaft Schaumburg.

Die erste urkundliche Erwähnung der Grafschaft Lippe fällt in das Jahr 1123.⁴⁴⁰ Der Name leitet sich vom Stammsitz der Familie (heute Stadt Lippstadt) am Fluss Lippe

⁴³⁵ Vgl. STEINKAMP (1970), S. 59; SCHNEIDER (1994), S. 131-133.

⁴³⁶ Vgl. MITTELHÄÜBER (1955), S. 33 f.

⁴³⁷ Vgl. EBD., S. 35.

⁴³⁸ Vgl. SCHNEIDER (1994), S. 52.

⁴³⁹ BULST/HOOCK (1993), S. 22.

⁴⁴⁰ Das Folgende nach RICHTERING/KITTEL (1971).

ab. Der Fluss selbst fließt allerdings nicht durch das spätere Kernland, sondern durch eine Exklave im Südwesten. Die Entwicklung der Grafschaft in den folgenden Jahrhunderten ähnelt der vieler anderer Territorien und war bestimmt von Erweiterungen, Verpfändungen, Erbteilungen und Fehden. Das 16. Jahrhundert wurde vor allem geprägt durch konfessionelle Auseinandersetzungen zwischen den lippischen Landesherren und den Städten. Angereichert wurden die Konflikte durch den Umstand, dass neben der hessischen – protestantischen – Lehnsherrschaft auch eine zum Fürstbischof von Paderborn bestand. Im Laufe des Dreißigjährigen Krieges erlebte die Reichsgrafenschaft Lippe eine Reihe von Truppendurchzügen, die von Einquartierungen, Plünderungen sowie hohen Kontributionsforderungen begleitet wurden.

Nach dem Dreißigjährigen Krieg strebten die lippischen Landesherren nach absolutistischer Herrschaft und barocker Prachtentfaltung, überforderten dadurch aber die wirtschaftliche Leistungskraft des kleinen Territoriums. Hinzu kamen anhaltende Auseinandersetzungen mit den Landständen insbesondere zur Frage der Besteuerung.⁴⁴¹ Vor dem Hintergrund der enormen Verschuldung setzte ab ca. 1730 eine von Reformen geprägte Phase in der Geschichte der Grafschaft Lippe ein.⁴⁴² Die ökonomischen Kenntnisse und politischen Talente der Landesherren des 18. Jahrhunderts sind nicht all zu hoch einzuschätzen, doch waren sie klug genug, die Administration des Landes weitgehend ihren zum Teil sehr fähigen Verwaltungskräften zu überlassen. In den kommenden Jahrzehnten gelang es, den drohenden Staatsbankrott abzuwenden und die Schulden abzubauen. Wirtschaft, Verwaltung und Militärwesen wurden nach kameralistischen Grundsätzen neu geordnet. Sowohl die Peuplierungsbemühungen als auch der Einfluss aufklärerischer Gedanken führten in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zum Aufbau eines staatlich reglementierten Medizinalsystems, wobei u. a. eine Reihe von Verordnungen zur Hebung der Qualifikation des medizinischen Personals erlassen wurden.⁴⁴³ Obwohl zum Ende des 18. Jahrhunderts wiederholt Vormundschaftsregierungen eingesetzt werden mussten, blieb die politische Stabilität erhalten. Von 1802 bis 1820 wurde das Territorium von der verwitweten Fürstin Pauline regiert.

⁴⁴¹ Vgl. SCHIEFER (1963), passim; BULST (1993), S. 252 f. u. 261-265.

⁴⁴² Das Folgende vgl. allgemein nach ARNDT (1992), S. 157-181, u. NITSCHKE (1994); zur Bewältigung der Schuldenlast vgl. auch BULST (1994), passim.

⁴⁴³ Vgl. WISCHHÖFER (1994), S. 93-103.

Als Anhängerin Napoleon Bonapartes bewirkte sie die Aufnahme Lippes in den Rheinbund und sicherte dadurch die Souveränität des kleinen Fürstentums.⁴⁴⁴

Die Grafschaft Lippe zählte ebenso wie die Grafschaft Schaumburg zu den Territorien mit stark ländlicher Prägung. Das Relief ist hügelig, die Bodenverhältnisse für die Landwirtschaft überwiegend günstig. In einigen Gebieten gibt es Schwarzerde, zumindest mit Löss durchsetzt ist der Boden unter anderem im nördlichen wesernahen Bereich.⁴⁴⁵ Angebaut wurden vorrangig Roggen und Hafer sowie Gerste und Getreide.⁴⁴⁶ Die Kartoffel kam erst im Laufe des 19. Jahrhunderts in nennenswerter Menge hinzu. Von Gewicht waren die Holzwirtschaft⁴⁴⁷ und der Flachsanbau (siehe unten). In der Stadt Salzuflen wurde seit dem Mittelalter eine Saline betrieben. 1766 kaufte der lippische Landesherr die mittlerweile herabgewirtschaftete Saline an und ließ sie einer umfangreichen Modernisierung unterziehen.⁴⁴⁸ Ziel war die Erhöhung der landeseigenen Salzgewinnung, um den Import zu unterbinden.

Im Kerngebiet der Grafschaft Lippe befinden sich mit Lemgo, Blomberg und Detmold die drei größten Städte. Lemgo, eine planmäßige Gründung aus dem 12. Jahrhundert, konnte trotz wirtschaftlichen Potentials ihren Status als Ackerbürgerstadt aber niemals abwerfen. Nach dem Dreißigjährigen Krieg stagnierte die Stadt in ihrer Entwicklung.⁴⁴⁹ Blomberg und Detmold wurden bereits im Frühen Mittelalter erwähnt und erhielten im 13. Jahrhundert die Stadtrechte. Detmold, seit 1517 Residenzstadt, profitierte in bescheidenem Rahmen von landesherrlichen Förderungen. Der ursprüngliche Wohlstand des lippischen Stadtbürgertums gründete in nicht unerheblichem Maß auf Leinenproduktion und -handel. Doch bereits vor Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges hatte der Niedergang des städtischen Leinengewerbes in Lippe eingesetzt, das seitdem durch fremde Kaufleute kontrolliert wurde.⁴⁵⁰ Die Funktion der Städte beschränkte sich im 18. Jahrhundert vorrangig auf die regionale Versorgung und lässt sich wie folgt zusammenfassen: „Die Grafschaft Lippe stellt sich ganz offenkundig als

⁴⁴⁴ Vgl. NIEBUHR (1994), S. 54-56.

⁴⁴⁵ Vgl. STEINBACH (1976), S. 31-34.

⁴⁴⁶ Vgl. EBD., S. 42-44.

⁴⁴⁷ Vgl. allg. VARCHMIN (1993).

⁴⁴⁸ Vgl. SCHIEFER (1964), S. 95 f.

⁴⁴⁹ Vgl. ARNDT (1992), S. 278; PARTINGTON (1994), S. 11.

⁴⁵⁰ Vgl. ARNDT (1992), S. 314 u. 332.

offenes Territorium dar, an dessen Grenzen die Handelsströme – zumindest beim Verlassen des Territoriums – kaum auf Hindernisse stoßen. Die Rolle der städtischen Zentren des Territoriums reduziert sich in diesem Zusammenhang mehr und mehr auf traditionelle Funktionen als Verbrauchermarkt und als Ort, an dem Dienstleistungen konzentriert sind.“⁴⁵¹

Die Agrarverfassung entsprach der der Grafschaft Schaumburg. Praktiziert wurde das Anerbenrecht, die Hofstelle blieb in ihrem Umfang im Rahmen des Erbgangs also grundsätzlich erhalten. Die Benennung der drei Bauernklassen weist regionale Varianten auf, ihre Einteilung richtete sich aber ebenfalls nach der Hofgröße.⁴⁵² Der Umfang des Landbesitzes schwankte bisweilen erheblich, weil man sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientierte. Auch die zunehmende Bodenverknappung spielte hier hinein. Im 18. Jahrhundert verbreiterten sich in der Grafschaft Lippe die landarmen und landlosen Schichten; die Bevölkerungszahl stieg von 36.329 (um 1700) auf 70.189 Menschen (1788) an.⁴⁵³ Da der Bedarf an zusätzlichen Arbeitskräften auf den bäuerlichen Hofstellen begrenzt war, musste sich die nachwachsende Bevölkerung andere Wege erschließen. Eine nicht unbedeutende Verdienstmöglichkeit für Angehörige der unterbäuerlichen Schichten boten die lippischen Rittergüter. Eine Zählung im Jahre 1776 hat ergeben, dass von den 1.050 Menschen, die auf den 28 Rittergütern lebten, 758 vorrangig aus Familien, die der Kötter- und Einliegerschicht zuzurechnen sind, stammten.⁴⁵⁴ Die Übrigen waren überwiegend unverheiratete Personen aus der Gruppe des Dienstpersonals.

Unter dem ansteigenden Bevölkerungsdruck wurde die Herstellung von Garn und Leinwand im 18. Jahrhundert zu einem Wirtschaftsfaktor von herausgehobener Bedeutung,⁴⁵⁵ was Lippe von Schaumburg unterscheidet. Begünstigend wirkten sich die für den Flachsanzbau sehr gut geeigneten lehmig-sandigen Bodenverhältnisse mit reichlichen Niederschlägen sowie die Nähe zur Weser als Handelsstraße aus. Ob die Grafschaft Lippe damit schon zu den „protoindustrialisierten“⁴⁵⁶ Regionen gezählt

⁴⁵¹ BULST/HOOCK (1993b), S. 151; vgl. hierzu auch LISCHKA (2006), S. 28 f.

⁴⁵² Vgl. ARNDT (1992), S. 254-258; LINDE (1993), S. 53-57; LISCHKA (2006), S. 22-26.

⁴⁵³ Vgl. BULST/HOOCK (1993a), S. 22; hierzu auch POTENTE (1994), S. 188-191.

⁴⁵⁴ Vgl. RUTHE (1993), S. 289.

⁴⁵⁵ Vgl. STEINBACH (1976), S. 57-60; ARNDT (1992), S. 314-323.

⁴⁵⁶ Zum Begriff der Protoindustrialisierung vgl. allg. KRIEDTE ET AL. (1977).

werden kann, ist strittig.⁴⁵⁷ Immerhin wurden in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts Leinen und Garn exportiert, während Getreide importiert werden musste.⁴⁵⁸

Die starke Konzentration auf die Garn- und Leinwandproduktion, das für einen Großteil der ländlichen Unterschichten einen unabdingbaren Einkommensfaktor darstellte, machte die Wirtschaft des Territoriums krisenanfällig. Bereits die Importsperrern um die Jahrhundertwende hatten das lippische Leinengewerbe erheblich belastet.⁴⁵⁹ Der anhaltende Preisverfall aufgrund der wachsenden Konkurrenz aus Übersee sowie die Verbreitung der maschinellen Garnproduktion führten um 1830 schließlich zum Niedergang. Die saisonale Wanderarbeit („Hollandgängerei“) war in Lippe im Vergleich zur Grafschaft Schaumburg-Lippe bereits im 18. Jahrhundert ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.⁴⁶⁰ Im Laufe des 19. Jahrhunderts sahen sich immer mehr Angehörige unterbäuerlicher Schichten gezwungen, das wirtschaftliche Überleben ihrer Familien durch die Wanderarbeit zu sichern.⁴⁶¹

Fürstentum Minden(-Ravensberg)

Das Fürstentum Minden umfasste zusammen mit der Grafschaft Ravensberg ein langgestrecktes Gebiet, dessen nördliche Bereiche in der norddeutschen Tiefebene liegen; Zentrum und Süden gehören dem Niedersächsischen Bergland an. Die ehemalige Grafschaft Ravensberg entspricht in seiner Ausdehnung einem hügeligen Gebiet, das als Ravensberger Mulde bezeichnet wird und sich zwischen dem Wiehengebirge und dem Teutoburger Wald befindet. Das Fürstentum Minden(-Ravensberg) hat gemeinsame Grenzen u. a. im Westen mit der Grafschaft Lippe, im Osten mit dem Fürstbistum Osnabrück, in den nördlichen Bereichen mit dem Kurfürstentum Hannover sowie im Nordwesten mit der Grafschaft Schaumburg-Lippe. Der gesamte Westen des mindischen Teils wird von der Weser durchflossen, die in einigen Kilometern Entfernung quasi parallel zur Grenze von Schaumburg-Lippe verläuft.

⁴⁵⁷ Vgl. ARNDT (1992), S. 316 f.; BULST/HOOCK (1993a), S. 40.

⁴⁵⁸ Vgl. EBD., S. 40.

⁴⁵⁹ Vgl. STEINBACH (1976), S. 57-60 u. 62 f.; ARNDT (1992), S. 336-338.

⁴⁶⁰ Vgl. PARTINGTON (1994), S. 23; HENNIGS (2002), S. 144-146 u. 148 f.

⁴⁶¹ Vgl. ARNDT (1992), S. 339-344.

Das Fürstentum Minden entstand ebenso wie die Grafschaft Schaumburg-Lippe in der Endphase des Dreißigjährigen Krieges.⁴⁶² Vorläufer war das Hochstift Minden, das im Frühmittelalter im Rahmen der Sachsenmission gegründet wurde und sich bis zum Hochmittelalter zur Zentralmacht im mittleren Weserraum entwickeln konnte. Bereits im Laufe des Spätmittelalters setzte ein Machtschwund ein, der sich im Zuge der konfessionellen Auseinandersetzungen im 16. Jahrhundert fortsetzte. 1634 besetzten schwedische Truppen das Territorium, das im Rahmen der Friedensverhandlungen schließlich an das Kurfürstentum Brandenburg fiel. Das mittlerweile säkularisierte Fürstentum Minden wurde im Jahre 1719 mit der Grafschaft Ravensberg, die ebenfalls im 17. Jahrhundert brandenburgisch geworden war, vereinigt. Die brandenburgisch-preußische Phase endete vorübergehend 1807 mit der Eingliederung in das Königreich Westfalen. 1815 wurde das Territorium Teil der neugeschaffenen preußischen Provinz Westfalen.

Als der preußische Staat um 1770 die Ansiedlung von „Professionisten“ aus dem süddeutschen Raum für die westfälischen Provinzen betrieb, meldeten sich fast ausnahmslos Interessenten für bäuerliche Hofstellen.⁴⁶³ Auch das Fürstentum Minden, wo die Bevölkerungsdichte geringer war als in Ravensberg,⁴⁶⁴ wurde in Betracht gezogen. Niedergelassen haben sich schließlich deutlich weniger Familien als erhofft. Insbesondere, weil sie die Größe der Hofstellen in Anbetracht der zu erwartenden Ernten als zu beschränkt erachteten. Ein Teil von ihnen siedelte sich im Amt Petershagen nördlich der Weserstadt Minden an. Um 1800 wurde im Amt Schlüsselburg⁴⁶⁵ im äußersten Norden des Fürstentums Minden die Kolonie „Wasserstraße“ gegründet.⁴⁶⁶ Ein Zuzug Auswärtiger erfolgte hier jedoch nicht.

Das Relief im Norden des Fürstentums Minden ist weitgehend eben, nennenswerte Erhebungen gibt es nicht. Die Böden in der Übergangszone zur Geest sind deutlich weniger fruchtbar als diejenigen in den Grafschaften Schaumburg-Lippe und Lippe.

⁴⁶² Vgl. NORDSIEK (1990), S. 260-271; allg. zur Geschichte des Fürstbistums Minden vgl. RICHTERING/KITTEL (1971).

⁴⁶³ Vgl. BEHR (2017), S. 69-74.

⁴⁶⁴ Vgl. MOOSER (1984), S. 40.

⁴⁶⁵ Der Flecken Schlüsselburg entstand im 14. Jahrhundert im Zusammenhang mit dem Bau einer Burg, die zur Sicherung der Nordgrenze angelegt wurde. Die Stadterhebung erfolgte erst 1787; vgl. LINNEMEIER (1986), S. 34-41, 103 f. u. 116 f.

⁴⁶⁶ Vgl. EBD., S. 259-262.

Der überwiegende Teil der Bevölkerung in dieser Region lebte von der Landwirtschaft.⁴⁶⁷ Die protoindustriellen Zentren befanden sich im Bereich der Stadt Lübbecke östlich von Minden sowie in der südlich gelegenen Grafschaft Ravensberg.⁴⁶⁸ Aufgrund der wenig ertragreichen Böden und vieler kleiner Hofstellen dominierte der Mischerwerb. Das Handwerk war auf den Bedarf einer bäuerlichen Bevölkerung ausgerichtet. Auch das in Petershagen und Schlüsselburg ansässige Brauwesen sowie die Märkte hatten nur eine Versorgungsfunktion für das Umland. Die Korbflechterei sowie eine Glashütte boten Beschäftigungsmöglichkeiten. Viele Männer verdingten sich saisonal im Heringsfang.

Zum bedeutsamen Wirtschaftsfaktor im nordmindischen Raum entwickelte sich seit der Mitte des 18. Jahrhunderts die Treidelschiffahrt, also der Lastentransport entgegen der Strömungsrichtung der Weser.⁴⁶⁹ Die Treidler, die bis zu zehn Pferde hielten, reisten mit einem entsprechenden Futtermittelvorrat wesenabwärts zu den Städten Hoya oder Bremen. Am Ziel nahmen sie einen Lastkahn mit Waren entgegen, der wesenaufwärts bis Minden, Vlotho oder Hameln gezogen wurde. Treidler waren mindestens zu zweit. Eine Person trieb die Pferde an, die andere stellte die Gängigkeit der Schlepplaine sicher. Die Tagesleistung lag bei 20–25 Kilometern, die Reisezeit bei 5–10 Tagen. Nachts kehrte man in Gasthäusern bzw. Krügen⁴⁷⁰ ein, die auch von Fuhrleuten⁴⁷¹, die Waren unter anderem in das schaumburg-lippische Bückeberg transportierten, besucht wurden. Die Treidler „waren in ihrem Gewerbe derart in Anspruch genommen, daß Bestellungen- und Erntearbeiten wiederholt von den Kuhbesitzern mit erledigt wurden.“⁴⁷² Die aufkommende Konkurrenz durch die Dampfschiffahrt seit den 1840er Jahren führte schließlich zum Niedergang des Treidelwesens.

⁴⁶⁷ Vgl. LINNEMEIER (1986), S. 149-154; KLOKE (1997), S. 34 f.

⁴⁶⁸ Vgl. MOOSER (1984), S. 45; KLOKE (1997), S. 223; SCHLEIER (2001/2002), S. 158 u. 164.

⁴⁶⁹ Vgl. LINNEMEIER (1986), S. 166-168.

⁴⁷⁰ Zur Funktion im Rahmen des Transport- und Reiseverkehrs vgl. HENNIGS (2002), S. 240-246.

⁴⁷¹ Die Kapazität des Warenhandels durch den Fuhrverkehr überstieg die der Binnenschiffahrt um ein Mehrfaches; vgl. HENNIGS (2002), S. 126.

⁴⁷² Zitat nach LINNEMEIER (1986), S. 167.

Weder im Fürstentum Minden noch in der Grafschaft Ravensberg gelang es, die bestehende Gewerbestruktur zu erweitern und damit den Bedürfnissen der nachwachsenden Bevölkerung anzupassen.⁴⁷³ Viele Berufsgruppen scheinen spät unter Druck geraten zu sein. Obwohl sich das Landhandwerk bereits im 18. Jahrhundert ausgebreitet hatte, forderten die Schuster und Schneider des Fleckens Petershagen erst 1848 entsprechende Beschränkungen.⁴⁷⁴ Dennoch muss die Verschlechterung der allgemeinen ökonomischen Lage zu diesem Zeitpunkt große Bevölkerungsteile erreicht haben. Die verstärkte Amerikaauswanderung hatte schon in den 1830er Jahren eingesetzt.⁴⁷⁵

⁴⁷³ Vgl. auch LINNEMEIER (1986), S. 123.

⁴⁷⁴ Vgl. MOOSER (1984), S. 179.

⁴⁷⁵ Vgl. LINNEMEIER (1986), S. 159; KLOKE (1997), S. 36.

2.2 Das Medizinalsystem

2.2.1 Grundzüge der Medizingeschichte

Die europäische Medizingeschichte beschäftigt sich nicht nur mit der Entwicklung des vornehmlich akademisch geprägten Medizinalwesens, sondern auch mit der Volksmedizin in ihren unterschiedlichen Ausprägungen. Allerdings liegen über Umfang und mögliche Erfolge der Volksmedizin mangels Quellen kaum gesicherte Erkenntnisse vor. Die Entwicklung der schulmedizinischen Lehre und ihrer Veränderungen ist dagegen gut dokumentiert und lässt sich primär auf der Grundlage der einschlägigen medizinischen Schriften nachvollziehen.

In vorgeschichtlicher Zeit war die Medizin eng mit der Religion verknüpft.⁴⁷⁶ Durchbrochen wurde diese Verbindung in Europa erstmals im antiken Griechenland mit der Verbreitung von Wissen, das zunehmend auf empirischem Wege erworben wurde.⁴⁷⁷ Die hippokratische Schule⁴⁷⁸, die „auf dem Begriff der Heilkraft der Natur (physis), auf einem naturphilosophischen Menschen- und Weltbild (Mikrokosmos – Makrokosmos), der Säftelehre (Humoralpathologie), sowie der Lehre von der gesunden Lebensführung (Diätetik)⁴⁷⁹ basiert, drängte den Einfluss von Magie und Kultus in den Hintergrund. Dennoch darf der Anteil magischer Praktiken bzw. religiöser Rituale innerhalb des Maßnahmenkatalogs von Prävention und Heilung bis weit in die Frühe Neuzeit hinein nicht unterschätzt werden.⁴⁸⁰ Noch im 19. Jahrhundert scheint es durchaus üblich gewesen zu sein, im Falle von Krankheit gleichzeitig Hilfe bei Magie, Religion und Schulmedizin zu suchen.⁴⁸¹

Die in der Antike entstandenen Grundsätze der hippokratischen Schule, insbesondere die Humoralpathologie bzw. die Lehre von den vier Säften, wirkten bis weit in das 19.

⁴⁷⁶ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 13-20; BAISETTE (2000), S. 182 f.; SEIDLER/LEVEN (2003), S. 16 f.

⁴⁷⁷ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 47-49; BAISETTE (2000), S. 221-224; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 19.

⁴⁷⁸ Dahingestellt sei, was an der Lehre des Hippokrates tatsächlich auf ihren Namengeber zurückgeht; vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 52 f.; BOURGEY/MARTINY (2000), S. 301; LEVEN (2008), S. 20.

⁴⁷⁹ BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 12.

⁴⁸⁰ Vgl. ROTHSCUH (1978), S. 31-46 et passim; JANKRIFT (2003), S. 15-18; SEELBACH (2007), S. 42-56. Die Kirche ihrerseits knüpfte an die stets vorhandenen religiösen Vorstellungen und Ängste an, wenn sie den Ausbruch von Epidemien wie die der Cholera des 19. Jahrhunderts als Strafe Gottes deutete; vgl. allg. STOLBERG (1989).

⁴⁸¹ Vgl. HOPF-DROSTE (1983), S. 97 f.

Jahrhundert fort.⁴⁸² Die Humoralpathologie wurde Grundlage von Diagnostik und Therapie und ebnete der Verwissenschaftlichung der Medizin den Weg.⁴⁸³ Behandlungsmethoden wie der Aderlass, das heilsame Eitern oder die Gabe von Brechmitteln sind zwar längst aus dem Spektrum der medizinischen Therapie verschwunden. Der humoralpathologische Grundsatz, die Beobachtung des Kranken und des Krankheitsverlaufs als Mittel des Erkenntnisgewinns einzusetzen, besteht jedoch nach wie vor.

Im europäischen Mittelalter spielte dieser Aspekt lange eine untergeordnete Rolle. Die Krankenpflege galt als Gebot der Caritas bzw. der christlichen Nächstenliebe⁴⁸⁴ und wurde vornehmlich durch die Klöster⁴⁸⁵ wahrgenommen. Während man sich in der Praxis auf das Gebet sowie die einfache Versorgung der Kranken beschränkte, förderte die Auseinandersetzung der lesekundigen Klosterbewohner mit dem tradierten medizinischen Wissen der Antike die Ausbildung des therapeutischen Gedankens.⁴⁸⁶ In Vermengung mit Elementen aus der Volksmedizin entstand eine Reihe von Abhandlungen, zu deren populärsten die der Äbtissin Hildegard von Bingen zählen.⁴⁸⁷

Im Laufe des Hochmittelalters erweiterte sich das Spektrum der medizinischen Kenntnisse. Innerhalb des abendländischen Heilwesens setzte eine zunehmende Differenzierung und Professionalisierung ein. Die Medizin etablierte sich schnell an den Universitäten, denn Mönchen und Angehörigen des Klerus wurde die Tätigkeit als Heilkundige untersagt.⁴⁸⁸ Doch noch stand die mit der Scholastik einhergehende Ausrichtung an Autoritäten wie Galen einem echten Fortschritt entgegen. Da deren Schriften als quasi unangreifbar galten, durften sie nur ausgelegt und erörtert werden; eine eigenständige, auf eigener Beobachtung fußende wissenschaftliche Forschung blieb vorerst

⁴⁸² Die Humoralpathologie wurde im zweiten nachchristlichen Jahrhundert von Galen weiterentwickelt und systematisiert. Für eine eingehende Beschreibung dieser Lehre vgl. SCHÖNER (1964).

⁴⁸³ Vgl. BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 26 f.

⁴⁸⁴ Zum Einfluss des Christentums auf die Entwicklung der spätantiken Heilkunde vgl. allg. SCHULZE, CHRISTIAN (2005), S. 155-185; JANKRIFT (2003), S. 21-27.

⁴⁸⁵ Eine Ausnahme bilden die byzantinischen Hospitäler, in denen bereits im Frühen Mittelalter eine vor Ort geschulte Ärzteschaft praktizierte; vgl. LEVEN (2008), S. 23; hierzu auch allg. SEIDLER/LEVEN (2003), S. 87-95.

⁴⁸⁶ Im Zeitalter der Kreuzzüge kamen vornehmlich über die Werke von Rhazes und Avicenna, deren Lehren auf den Werken griechischer Autoren beruhen, Einflüsse aus der islamischen Welt hinzu; vgl. LEVEN (2008), S. 24-27.

⁴⁸⁷ Vgl. allg. BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 35-52; zu Hildegard von Bingen vgl. insb. LEVEN (2008), S. 30 f.; FISCHER, KLAUS-DIETRICH (2005) S. 27-31; EMBACH (2003), S. 291 f.

⁴⁸⁸ Vgl. JANKRIFT (2003), S. 30 f. u. 41-50.

aus.⁴⁸⁹ Die Wende setzte in der Renaissance mit dem neuerwachten Interesse am Individuum ein.⁴⁹⁰ Bezeichnenderweise war es zunächst die Anatomie⁴⁹¹, die den zunehmenden Zweifel an der Gültigkeit der antiken Lehre nährte.⁴⁹² Die Hinwendung zu experimentellen Methoden im Laufe der Frühen Neuzeit erweiterte schließlich das Wissen um die Funktionen der Körperorgane.⁴⁹³ Gleichwohl blieben diese Entdeckungen für die Therapie weitgehend ohne Konsequenzen.⁴⁹⁴ Die Humoralpathologie wurde zwar von Einzelnen wie Paracelsus kritisiert, im Allgemeinen kaum in Frage gestellt.⁴⁹⁵

Neue Impulse, verbunden mit einer allgemeinen Aufwertung ihres Ansehens, erhielt die medizinische Forschung im Gefolge der Aufklärung.⁴⁹⁶ Neben der Entwicklung mittlerweile in Vergessenheit geratener Heilkonzepte wie dem Mesmerismus oder dem Galvanismus wurden in dieser Phase die Grundlagen für richtungsweisende Forschungsansätze (Neurophysiologie, Histologie) konzipiert sowie die Diagnostik durch neue Erfindungen verbessert. Darüber hinaus erleichterte die Verbreitung literarischer Erzeugnisse über Ländergrenzen hinweg den fachlichen Informationsaustausch und vermehrte damit das Wissen um Krankheitsentstehung, Prävention und Therapie. Die Ablösung der Söldnerheere durch die stehenden Heere seit dem 17. Jahrhundert sowie die Ausweitung des Schiffsverkehrs im Rahmen der Kolonialisierung wirkten sich positiv auf das Feldmedizinalwesen aus. Da die Feldscher, die sich nach dem Abschied vom Militär niederließen, über erweiterte Kenntnisse verfügten, trugen sie zu einer Verbesserung der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung bei.⁴⁹⁷ Akademisch ausgebildete Mediziner praktizierten bis zum 18. Jahrhundert noch nicht in den Armeen.⁴⁹⁸

⁴⁸⁹ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 80 f.; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 55 f.

⁴⁹⁰ Vgl. allg. PORTER (2000), S. 169-187.

⁴⁹¹ Schon in den europäischen Städten des Hochmittelalters scheinen Autopsien zur Ermittlung von Todesursachen nicht unüblich gewesen zu sein; vgl. EBD., S. 134.

⁴⁹² Vgl. EULNER (1970), S. 32-45; DELMAS (2000), S. 868 f.; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 63-67; allg. auch ROTHSCUH (1978), S. 210-220.

⁴⁹³ Vgl. PORTER (2000), S. 213-218 u. 221-224; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 67-69.

⁴⁹⁴ Vgl. LEVEN (2008), S. 41 f.

⁴⁹⁵ Vgl. ROTHSCUH (1978), S. 212-218; PORTER (2000), S. 207-211; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 72; LEVEN (2008), S. 44.

⁴⁹⁶ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 113-126; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 78-86 und 90 f.; LEVEN (2008), S. 46-50.

⁴⁹⁷ Vgl. HOFF (1980), S. 55 u. 132-136; vgl. auch STÜRZBECHER, (1969), S. 12; ACKERKNECHT (1977), S. 97 f.; WISCHHÖFER (1991), S. 187 u. 202; SANDER (1998), S. 166 f.; PORTER (2000), S. 281; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 87.

⁴⁹⁸ Vgl. EULNER (1970), S. 297.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden sehr viele landesherrliche Medizinalordnungen erlassen sowie entsprechende Behörden eingerichtet.⁴⁹⁹ Ein Novum stellte das Engagement der Landesherren jedoch nicht dar. Vorreiter waren einmal mehr die Städte, deren Obrigkeiten oft schon im Spätmittelalter Anstrengungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens unternahmen. Eines der Motive der Landesherren, die sich etwas später verstärkt um den Aufbau eines effektiven Medizinalsystems bemühten, war die Sorge um den Gesundheitszustand ihrer Soldaten.⁵⁰⁰ Daneben treten in der Erweiterung der Verordnungsebene auch kameralistische Grundsätze zutage. Denn schlussendlich zielten die Maßnahmen zur Gesunderhaltung der arbeitenden Bevölkerung im Sinne einer staatlichen Peuplierungspolitik auf die Steigerung der wirtschaftlichen Produktivität ab.⁵⁰¹ Die Ärzteschaft erwies sich in diesem Prozess als eine treibende Kraft.⁵⁰² Vor allem auf publizistischem Wege setzte sie sich für stärkere Reglementierungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ein. Ein Grund für ihr Engagement war die Konkurrenz durch die Laienheiler. Bis zum 15. Jahrhundert hatten im deutschsprachigen Raum nur sehr wenige akademisch gebildete Ärzte praktiziert.⁵⁰³ Mit der Einrichtung medizinischer Fakultäten an den neugegründeten Universitäten stieg ihre Zahl kontinuierlich an und erhöhte den Konkurrenzdruck.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war neben den althergebrachten, kaum reglementierten und vorwiegend von Laien getragenen Sektor der Gesundheitsversorgung ein staatlich gelenktes Medizinalsystem getreten. Die neugeschaffenen bzw. modernisierten und effektiveren Institutionen verstärkten nicht nur die Kontrolle des Heilpersonals,⁵⁰⁴ sondern erleichterten auch das Sammeln und die Verbreitung medizinischer Erkenntnisse sowie die Umsetzung seuchenprophylaktischer Maßnahmen. Durch die unentgeltliche Behandlung von Angehörigen der ärmeren Schichten konnte das staatliche Medizinalsystem seine Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung steigern und die Bedeutung der Volksmedizin zurückdrängen.⁵⁰⁵ Die Berufsgruppe der akademisch gebildeten Ärzte erlangte nicht nur einen stärkeren Einfluss auf die Gesetzgebung, sondern

⁴⁹⁹ Vgl. STÜRZBECHER (1964), S. 175 f.; ADERS (1969); BARTHEL (1989), S. 31; WISCHHÖFER (1991), S. 26 f.; SCHIRMER (1996), S. 53; SANDER (1998), S. 23.

⁵⁰⁰ Vgl. MÜNCH (1986), S. 198-200.

⁵⁰¹ Vgl. EBD., S. 216 f.; BARTHEL (1989), S. 31-33 u. 37-40.

⁵⁰² Vgl. PROBST (1984), S. 200 f.

⁵⁰³ Vgl. FLÜGGE (2003), S. 24.

⁵⁰⁴ Vgl. SANDER (1998), S. 24.

⁵⁰⁵ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 98 f.

erfuhr auch eine allmähliche gesellschaftliche Aufwertung.⁵⁰⁶ Spektakuläre Erfolge wie die Einführung und Verbreitung der Vakzination (vgl. Kap. 3.4.7) als Grundlage für die erfolgreiche Bekämpfung der Pocken taten ein Übriges.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden über eine Vielzahl an medizinischen Innovationen präventive, diagnostische und therapeutische Erfolge erzielt, was das Vertrauen der Bevölkerung in die Fähigkeiten der Ärzte festigte. Außerordentlich bedeutsam für die Diagnose der weitverbreiteten Lungenerkrankungen unterschiedlicher Genese wurde beispielsweise die Erfindung des Stethoskops im Jahre 1816 durch den französischen Arzt René Laennec.⁵⁰⁷ Die pathologische Anatomie erlebte ihren Aufstieg, weil man erkannte, dass sie wertvolle Aufschlüsse über Krankheitsursachen lieferte.⁵⁰⁸ Durch seuchenhygienische Maßnahmen, basierend auf empirischen Erkenntnissen, gelang es, die bereits seit Jahrhunderten grassierenden Ruhrepidemien (vgl. Kap. 2.3.5 u. 3.5.4) und die seit den 1830er Jahren auftretende Cholera einzudämmen. Obwohl die genauen Ursachen für den Ausbruch dieser Epidemien nicht erforscht waren, erkannte man die alten Erklärungsversuche zunehmend als unbrauchbar. Die ehemals maßgebliche Humoralpathologie stieß auf immer stärkere Ablehnung.⁵⁰⁹

Im Übergang zur Neuzeit vollzog sich in der Medizin ein umfassender und zukunftsweisender Paradigmenwechsel. Die reine Beobachtung des Patienten sowie dessen subjektive Zustandsbeschreibung rückten in den Hintergrund, die körperliche Untersuchung und die Bewertung der pathologischen Anzeichen nahmen immer mehr Raum im Rahmen der Anamnese ein.⁵¹⁰ Gleichzeitig wurden die vielerorts gegründeten Krankenhäuser zu Lehrinstituten und Stätten von Forschung und Erkenntnisgewinn.⁵¹¹ Daneben erfuhr die Medizin eine zunehmende fachliche Spezialisierung.⁵¹² Im Verbund mit neuen Erfindungen sowie Verbesserungen des diagnostischen Instrumentariums erweiterten sich medizinisches Wissen und ärztliche Fähigkeiten sprunghaft.⁵¹³

⁵⁰⁶ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 136 f. u. 154 f.; DREES (1988), *passim*.

⁵⁰⁷ Vgl. PORTER (2004), S. 107-109; SIGELEN (2018), S. 33-41.

⁵⁰⁸ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 88 u. 95 f.; DELMAS (2000), S. 893; DUSTIN (2000), S. 2045 f. u. 2067 f.

⁵⁰⁹ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 90.

⁵¹⁰ Vgl. EBD., S. 22; DREES (1988), S. 42; PORTER (2004), S. 109 f.; SIGELEN (2018), S. 27-31.

⁵¹¹ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 128 f.; HUERKAMP (1985a), S. 30 u. 88.

⁵¹² Vgl. PORTER (2000), S. 529 f.; SEIDLER/LEVEN (2003), S. 192-199.

⁵¹³ Vgl. allg. WINAU (1993a); SIGELEN (2018).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bildete sich ein neues Krankheitsverständnis heraus, das grundlegend für die moderne Medizin wurde.⁵¹⁴ Die von Rudolf Virchow weiterentwickelte Zellulärpathologie beschleunigte die endgültige Abwendung von der Humoralpathologie.⁵¹⁵ Die Erfolge von Louis Pasteur und Robert Koch basieren auf chemisch-analytischen und experimentellen Methoden. Damit sicherten sie dem Labor seinen festen Platz innerhalb der Medizinwissenschaft und erweiterten die Möglichkeiten der Krankheitsbekämpfung.⁵¹⁶ Unter dem Einfluss der Forschungsergebnisse Pasteurs erkannte u. a. der schottische Chirurg Joseph Lister den Zusammenhang zwischen Mikroben und Wundinfektionen. 1867 veröffentlichte Lister dann sein antiseptisches Konzept, das dazu beitrug, die Patientensicherheit im Rahmen von Operation und anschließender Wundbehandlung deutlich zu erhöhen.⁵¹⁷

Die rasanten Fortschritte auf dem Gebiet der Mikrobiologie hatten zu Beginn des 20. Jahrhunderts die lange Zeit gültige, in der Antike wurzelnde medizinische Sichtweise vollkommen verändert. Die Entdeckung von Mikroorganismen und ihrer Rolle bei der Entstehung von Krankheiten sind gleichbedeutend mit der Entschlüsselung vieler Geheimnisse der Natur. Wissenschaft als Leitlinie der medizinischen Ausbildung wurde auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung zunehmend als Garant für den medizinischen Fortschritt erachtet und stellte Magie und Religion in den Schatten.

⁵¹⁴ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 149.

⁵¹⁵ Vgl. DUSTIN (2000), S. 2075-2080; BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 97-101.

⁵¹⁶ Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 154-157.

⁵¹⁷ Vgl. KOELBING (1985), S. 139 f.

2.2.2 Medizinalsystem und Medikalisierung

Die Qualität der medizinischen Versorgung einer Bevölkerung basiert zum einen auf dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Zum andern bedarf es eines komplexen und aufeinander abgestimmten Gesundheitssystems. Der Erfolg von Prävention, Diagnostik und Therapie hängt letztlich vom Professionalisierungsgrad und der Effektivität des medizinischen Personals, das zum Teil selbständig, zum Teil eingebunden in eine Organisation agiert, ab. Die Etablierung eines fortschrittlichen Gesundheitssystems war ein langwieriger Prozess, der erst im Übergang zur Neuzeit eine Beschleunigung erfahren hat. Bis weit in die Frühe Neuzeit hinein war die medizinische Versorgung eines großen Teils der Bevölkerung wesentlich durch Mangel charakterisiert. Der Behandlungserfolg war ohnehin fraglich. Die Grafschaft Schaumburg dürfte sich darin nicht von vergleichbaren Territorien unterscheiden haben.⁵¹⁸ Ursprünglich haben sich die wenigen akademisch ausgebildeten Ärzte bevorzugt in den größeren Städten oder an den Fürstenhöfen aufgehalten, wo sich ihnen bessere Verdienstmöglichkeiten boten. Nahmen sie ihren Aufenthalt in kleineren Territorien wie Schaumburg, dann wohl jeweils nur für eine kurze Zeit.⁵¹⁹ Einzig in Stadthagen sind um 1400 als „arste“ bezeichnete Mediziner nachweisbar.⁵²⁰ Über Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie die Dauer ihres Aufenthalts geben die Quellen keine Auskunft. Bis zur Gründung des Gymnasium Illustre bzw. der Einrichtung der medizinischen Fakultät im Jahre 1609 liegen keine weiterführenden Informationen zu den Qualifikationen der in Schaumburg tätigen Mediziner vor. So gut wie nichts ist beispielsweise über den Leibarzt des Grafen Otto, der um 1560 eingestellt worden war, bekannt.⁵²¹ Über den Leibarzt von Ottos Nachfolger, Adolf XIV. (gest. 1601), ist zumindest belegt, dass er promoviert war und somit eine akademische Laufbahn absolviert haben musste.⁵²²

Die verstärkten Bemühungen um die Einstellung von Medizinern, die auch in der Grafschaft Schaumburg seit dem ausgehenden 16. Jahrhundert zu beobachten sind, werden

⁵¹⁸ Eine gesicherte Aussage lässt sich in Ermangelung entsprechender Quellen hierzu nicht treffen. Doch spricht der Umstand fehlender quellenmäßiger Erwähnung für sich.

⁵¹⁹ Noch in der Mitte des 16. Jahrhunderts praktizierten ein „Heilkünstler“ sowie ein „arste“ lediglich vorübergehend in der Grafschaft Schaumburg; vgl. SOMMER (1979), S. 37.

⁵²⁰ Vgl. EBD., S. 33-35. Als „Arzt“ werden erst seit dem 20. Jahrhundert Personen bezeichnet, die ein Medizinstudium absolviert haben; vgl. FLÜGGE (2003), S. 18.

⁵²¹ Vgl. SOMMER (1979), S. 37 f.

⁵²² Vgl. EBD., S. 39.

allgemein als Reaktion auf eine zunehmende Häufung von Seuchenzügen gedeutet.⁵²³ Vielleicht spielte dieser Gedanke in den Überlegungen zur Gründung der Rintelner Universität ebenfalls eine Rolle. So sehen die Statuten der Universität Rinteln aus dem Jahre 1621 – theoretisch – insgesamt je einen Lehrstuhl für Physiologie, Pathologie und Therapeutik vor.⁵²⁴ Darüber hinaus musste sichergestellt sein, dass mindestens ein *Chirurgus*⁵²⁵ für Sektionen im Rahmen der Anatomievorlesungen herangezogen werden konnte. Schließlich wurde noch die Einrichtung einer Apotheke beschlossen.⁵²⁶

Im Zuge der Übernahme durch die Landgrafschaft Hessen-Kassel nach dem Ende des Dreißigjährigen Krieges wurden die hessischen Verordnungen auf das schaumburgische Medizinalwesen übertragen. Hervorzuheben ist die im Jahre 1616 erlassene „Medicinal-Ordnung“, die die Einrichtung und Besetzung eines „Collegium Medicum“⁵²⁷ als oberste Behörde, dem das im Lande ansässige Heilpersonal unterstand, regelte.⁵²⁸ Die getroffenen Maßnahmen sollten dazu beitragen, gesundheitliche Schäden als Folge medizinischer Behandlungen durch Laien sowie die Durchführung magischer Praktiken zu unterbinden. Somit wendet sich die „Medicinal-Ordnung“ ausdrücklich gegen die Laienbehandler. Im Mittelpunkt stehen jedoch Bestimmungen über die Berufsgruppen der Ärzte, *Chirurgi*, Hebammen und Apotheker, Honorarvorgaben für medizinische Dienstleistungen sowie die Texte der zu leistenden Eidesformeln.

Die „Medicinal-Ordnung“ von 1616 hatte rund 150 Jahre Bestand. In diesem Zeitraum wurden nur relativ wenige Regelungen in Form von „Regierungs-Ausschreiben“ getroffen. Erwähnenswert sind vorrangig die Verordnung über die Einrichtung eines „Collegium Medicum Chirurgicum“ in Kassel (1738)⁵²⁹ sowie das „Reglement“ über das „Accouchir- und Fündelhaus“ in Kassel (1761)⁵³⁰. Erstere zielte auf eine Verbesserung der medizinischen Betreuung der Soldaten ab, auf die in Hessen-Kassel ver-

⁵²³ Vgl. SOMMER (1979), S. 39 f.

⁵²⁴ Tatsächlich wurde aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten die medizinische Fakultät zeitweise nur durch einen einzigen Lehrstuhlinhaber vertreten.

⁵²⁵ Zum Berufsbild des *Chirurgus* vgl. Kap. 2.2.3.

⁵²⁶ Vgl. SOMMER (1979), S. 61-66; BEI DER WIEDEN, HELGE (1981), S. 74 f.

⁵²⁷ Zur Entwicklung des „Collegium Medicum“ von seiner Gründung bis zur Auflösung 1866 vgl. HOFF (1980), S. 9 f.

⁵²⁸ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 1, S. 563-578.

⁵²⁹ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 4, S. 498-502.

⁵³⁰ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 20-23.

gleichsweise große Sorgfalt gelegt wurde. Die Verordnung zum „Accouchir- und Fündelhaus“ sollte den Schutz der (unehelich) Gebärenden und ihrer Kinder gewährleisten sowie den Kindesmord verhüten. Darüber hinaus versprach man sich eine Weiterqualifizierung des medizinischen Personals, da das „Accouchir- und Fündelhaus“ gleichzeitig als Ausbildungsstätte diene.

Im Jahre 1767 wurde schließlich die „Erneuerte Medicinalordnung“⁵³¹ mit dem Ziel erlassen, tatsächlichen oder vermeintlichen „Misbräuche[n]“ und „Puscherey“ durch Laienbehandlern entgegenzuwirken.⁵³² Bereits 1778 erließ Landgraf Friedrich II. eine „erneuerte und erweiterte Ordnung“⁵³³ gegen das Puschertum.⁵³⁴ Alles in allem laufen die landesherrlich verordneten Veränderungen im Medizinalwesen auf eine stärkere Reglementierung der Ausbildung und schließlich auf Spezialisierungen und Klassifizierungen der Professionen hinaus.⁵³⁵ So wurden die einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Ausbildungsvorgaben und Kompetenzen zunehmend stärker voneinander abgegrenzt. Darüber hinaus finden sich Maßnahmen im Sinne des Patientenschutzes wie abgedruckte Honorartabellen. Auch der Präventionsgedanke wurde weiterverfolgt. Fortan hatten die „Land-Physici“ „alle in die Sanitaet und Medizin einschlagende Vorfälle i. E. sich äußerende besondere oder ansteckende Kranckheiten, Viehseuchen, Misbräuche und besorgliche Gefahr ohne Zeitverlust“ zu berichten.⁵³⁶ Eine Besonderheit schließlich ist der Verzicht auf eine medizinische Zentralbehörde: „Die Grafschaft Schaumburg wurde in allen gesundheitspolitischen Angelegenheiten von der medizinischen Fakultät in Rinteln betreut, während die Universität Marburg für alle Fragen des Medizinalwesens im Oberfürstentum die Verantwortung trug.“⁵³⁷

Aufgaben der Kollegien waren in erster Linie die Kontrolle der allgemeinen medizinischen und pharmazeutischen Angelegenheiten sowie die Prüfung und Zulassung des Personals. Denn der Kenntnisstand der hessischen Behörden über die medizinische Versorgung der Bevölkerung war zu diesem Zeitpunkt noch außerordentlich gering,

⁵³¹ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 469-493.

⁵³² Vgl. EBD., S. 469.

⁵³³ Vgl. EBD., S. 919-954.

⁵³⁴ Sein Engagement um Wohlfahrtspflege und Medizinalwesen fußt wohl auch auf seinem Selbstverständnis als aufgeklärter Herrscher; vgl. BERGE (1954/55), passim.

⁵³⁵ Vgl. hierzu auch HOFF (1980), S. 33-38 u. 41-49; NOWOSADTKO (1993), S. 54.

⁵³⁶ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 470; vgl. auch EBD. S. 474.

⁵³⁷ Zusammen mit dem Collegium Medicum und den beiden Provinzialkollegien in Marburg und Rinteln bestanden somit drei Medizinalbehörden; vgl. HOFF (1980), S. 21.

begründet wohl nicht zuletzt in der mangelnden Vernetzung der landesherrlichen und kommunalen Behörden. So lagen selbst der Rintelner Universität in der Mitte des 18. Jahrhunderts keine genauen Informationen über die in Schaumburg praktizierenden *Chirurgi*, Bader und Barbieri vor.⁵³⁸ Die Vergabe entsprechender Konzessionen durch die schaumburgischen Städte erfolgte offenbar regelmäßig ohne Beteiligung der Rintelner Professoren. Diese bemühten sich schließlich, auch die außerhalb des akademischen Lehrbetriebs stehenden Berufsgruppen zu erfassen. Als ihnen 1748 zu Ohren kam, dass sich in Hessisch Oldendorf 2 Bader und 2 *Chirurgi* niedergelassen hatten, drängten die Professoren bei der Kanzlei in Rinteln auf deren Examination. Zu ihrer Legitimation verwiesen sie auf ein herrschaftliches Reskript aus dem Jahre 1680.⁵³⁹

Nach 1778 ging die Zahl an Verordnungen zur Regelung des hessischen Medizinalwesens deutlich zurück. Damit unterscheidet sich Hessen von vielen anderen deutschen Territorien, wo der Regelungsbedarf offenbar so hoch war, dass nun eine „heiße Phase“ einsetzte.⁵⁴⁰ Verfassungsrechtliche, verwaltungsorganisatorische und medizinwissenschaftliche Veränderungen machten dann jedoch den Erlass einer erneuerten Medizinalordnung erforderlich (10.07.1830).⁵⁴¹ Insbesondere wurden im Rahmen der allgemeinen organisatorischen Umgestaltungen auch weiterführende Bestimmungen zur Einrichtung der [Land]physikate getroffen. Betreut wurden die Bezirke jeweils durch den Amtsphysicus, einen staatlich besoldeten Arzt.⁵⁴² Dieser hatte neben der Wahrnehmung seiner ärztlichen Tätigkeit das auf dem Land ansässige Heilpersonal und die angebotenen Arzneimittel zu kontrollieren sowie die Umsetzung gesetzlicher Maßnahmen zu überwachen.⁵⁴³ Darüber hinaus subventionierte der hessische Staat mittlerweile die Vergabe von Medikamenten an Bedürftige im Krankheitsfall. Bereits 1793 war ein „Regierungs=Rescript“ ergangen, wonach die Amtsphysici „künftig bey

⁵³⁸ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁵³⁹ Neben dem Bemühen um die Kontrolle bestanden handfeste finanzielle Interessen, da sich die Kosten für das von zwei oder drei Professoren abzuhaltende Examen auf beachtliche 12 Rtl. beliefen. Hinzu kam eine Gebühr für die Ausstellung *für das dabey gehabte tractament* in Höhe von 2 Rtl. und 27 Mgr. Die mit der Durchführung der Überprüfungen zwischen 1749 und 1751 aufgetretenen *schwürigkeiten* mit den Betroffenen waren nicht zuletzt eine Folge der empfindlichen Höhe dieser Gebühr. 1763 beklagte sich dann das Medizinische Kollegium mit einem Verweis auf die entgangenen Gebühren darüber, dass sich ein Chirurg von der in Rinteln ansässigen Chirurgenzunft hat prüfen und in die Zunft aufnehmen lassen; vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁵⁴⁰ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 13.

⁵⁴¹ Vgl. SAMMLUNG KURHESSEN 5, S. 29-116.

⁵⁴² Die zusätzlichen finanziellen Ausgaben für die Besoldung der Amtsphysici bedeuteten eine nicht unerhebliche Belastung; vgl. STAB H 2, Nr. 498.

⁵⁴³ Vgl. BEISSWANGER (1996), S. 48.

entstehenden epidemischen Krankheiten“ „in ganz eiligen Fällen und für notorische Arme bis zu erfolgter gnädigsten Resolution bis auf Zehn Rthlr. Medicin verschreiben können.“⁵⁴⁴

Den landesherrlichen Anstrengungen zur Verbesserung des staatlichen Gesundheitswesens im 18. Jahrhundert hatten zunächst weniger philanthropische, als vielmehr kameralistische Motive zugrunde gelegen.⁵⁴⁵ Die diesbezüglichen Maßnahmen galten noch in erster Linie als Investition in die Sicherung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Staates.⁵⁴⁶ Im Zweifel räumte man bei der Vergabe von Privilegien möglichen ökonomischen Interessen den Vorrang ein.⁵⁴⁷ Die Reformen des Gesundheitswesens im 19. Jahrhundert dagegen sind als Reaktion auf die zunehmende Verelendung breiter Bevölkerungsschichten zu werten. Denn unter dem Einfluss von Ärzten, die bald auch Posten in der staatlichen Administration besetzten, gerieten die allgegenwärtigen sozialen Missstände in den Blickwinkel staatlicher Stellen. Die kurhessische Medizinalordnung vom 10.07.1830 verpflichtete daher die ansässigen Ärzte und Wundärzte, den Armen in ihren Bezirken unentgeltlich Hilfe zu leisten „und sie so oft [zu] besuchen, als es nöthig ist.“ Mittellosigkeit sollte den Zugang zu einer ärztlichen Behandlung nicht mehr verstellen.

Die (Wund-)Arztdichte konnte zwar in einzelnen Territorien sehr differieren, von einer generellen Unterversorgung kann jedoch für das 18. Jahrhundert nicht mehr ausgegangen werden.⁵⁴⁸ Allerdings bestand ein Süd-Nord-Gefälle, was auf den höheren Verstädterungsgrad insbesondere in den südwestlichen Territorien zurückzuführen ist. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land waren erheblich. In Lippe kamen 1803 insgesamt 3,1 Wundärzte auf 10.000 Einwohner, wobei 11,0 auf die Städte und 1,7 auf das Land entfielen.⁵⁴⁹ Schaumburg bildete da keine Ausnahme. In den Städten waren zumindest *Chirurgi* bzw. Wundärzte ansässig; doch selbst eine Stadt wie Sachsenhagen befand sich in einer Entfernung von mehr als 2 Stunden zum nächsten Arzt.⁵⁵⁰ Der

⁵⁴⁴ SAMMLUNG HESSLO 7, S. 550; vgl. auch EBD., S. 614.

⁵⁴⁵ Vgl. MÜLLER, WINFRIED (2002), S. 59 f.

⁵⁴⁶ Vgl. MESMER (1982), S. 474 f.; WISCHHÖFER (1991), S. 48 f. u. 65 f.

⁵⁴⁷ Vgl. BEISSWANGER (2003), S. 159-161.

⁵⁴⁸ Vgl. SANDER (1998), S. 178-183.

⁵⁴⁹ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 195; hierzu auch BURRI (1975), S. 158; RETTINGER (2002), S. 102.

⁵⁵⁰ Vgl. STAB H 2, Nr. 274. Allerdings waren in Sachsenhagen zumindest seit den 1770er Jahren immer 2 *Chirurgi* tätig; vgl. hier und im Folgenden den KUR-HESSISCHEN STAATS- UND ADRESS-KALENDER, der auch Informationen zum medizinischen Personal in der Enklave Schaumburg enthält.

hessische Staat bemüht sich daher verstärkt sowohl um die Ansiedlung geeigneter *Chirurgi* bzw. Wundärzte als auch akademisch ausgebildeter Ärzte.⁵⁵¹ Die Möglichkeit einer professionellen medizinischen Behandlung war zunächst im Wesergebiet am günstigsten. An der Universität Rinteln waren seit 1675 immer mindestens 2 der stets 12 Lehrstühle von Medizinern besetzt, wobei die beiden Inhaber in nicht unerheblichem Maße auch als Ärzte praktiziert und Patienten im weiteren südschaumburgischen Raum behandelt haben dürften.⁵⁵² In Rinteln als Garnisonsstadt war stets eine verhältnismäßig hohe Zahl an Medizinern ansässig. Nachweislich 3 *Chirurgi* bzw. Wundärzte waren in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in Hessisch Oldendorf tätig, 1790 kam ein Arzt hinzu. Der Norden wurde lediglich durch 2 in der Amtsstadt Rodenberg ansässige *Chirurgi* betreut, von denen einer als *Amtschirurgus* tätig war. 1803 etablierte sich ein akademisch ausgebildeter Arzt als Amtsphysikus. Mit dem Ausbau des Kurbetriebs im Bad zu Nenndorf kamen ein weiterer *Chirurgus* sowie – zumindest saisonal – ein „Brunnenarzt“ hinzu. Ein ländlich geprägtes Territorium wie Schaumburg, zumal ohne fürstliche Hofhaltung, war für akademisch ausgebildete Ärzte weiterhin kaum attraktiv. Diese bevorzugten zunächst größere Städte, wo ihre Dienste durch eine zahlungskräftigere Klientel in Anspruch genommen wurden.⁵⁵³

Die Medikalisierung ist ein komplexer Prozess, der durch die Etablierung von Gesundheitseinrichtungen sowie die Umsetzung staatlicher Vorgaben durch das medizinische Personal charakterisiert ist. Ein messbarer Faktor ist die verstärkte Ansiedlung staatlich legitimierten Heilpersonals. Auch in den schaumburgischen Sterberegistern findet dieser Prozess seinen Niederschlag. Im 19. Jahrhundert erweiterte sich das Spektrum der Todesursachen, die Krankheitsvarianten nahmen zu und die Diagnosen wurden wissenschaftlich-exakter, was die zunehmende Konsultation von Ärzten belegt. Erkennbare Ansätze zur Verbesserung des Gesundheitswesens wurden in der Praxis leicht durch materielle Probleme wie der ungelösten Frage der Finanzierbarkeit überlagert.⁵⁵⁴ Im Zuwachs an Verordnungen zur Regelung des Medizinalwesens sowie der Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und ähnlichen

⁵⁵¹ Vgl. STAB H 2, Nr. 474 u. 477.

⁵⁵² Vgl. SCHORMANN (1982), S. 204, 235 et passim.

⁵⁵³ Vgl. BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 45.

⁵⁵⁴ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 43 et passim.

Institutionen spiegelt sich zunächst nur der staatliche Wille, ordnend auf diesem Gebiet einzugreifen, wider.⁵⁵⁵ Getragen werden mussten die Ausgaben zu einem großen Teil von den Kommunen. Da die staatlichen Zuschüsse die Kosten nicht deckten, hing die Umsetzung der verordneten Maßnahmen von der finanziellen Leistungsfähigkeit einer Kommune ab.⁵⁵⁶

Kaum objektivierbar, aber dennoch fundamental war der allmähliche Einfluss auf die Bevölkerung. Seine volle Wirkung entfaltete der Medikalierungsprozess, als sich eine mentale Veränderung auf Seiten der potentiellen Patientinnen und Patienten vollzogen hatte.⁵⁵⁷ Voraussetzung war also eine grundsätzliche Bereitschaft, das Angebot an medizinischen Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, verordnete Medikamente zu konsumieren, ärztliche Vorgaben einzuhalten und Auflagen zur Krankheitsprävention zu befolgen, die staatlichen Bemühungen damit anzuerkennen. Begünstigend wirkte sich die auf dem Land um sich greifende Gewohnheit, einen bürgerlichen Lebensstil zu kopieren, aus.⁵⁵⁸

Quantitative Aussagen über die Anzahl der Menschen, die im Krankheitsfall einen Arzt konsultierten, lassen sich nur im Einzelfall treffen. Im Kreis Cloppenburg war dies laut einer Schätzung aus dem Jahre 1856 zwar weniger als ein Fünftel der Kranken.⁵⁵⁹ Gleichwohl belegen die Quellen nicht nur eine erhöhte Akzeptanz, sondern auch einen gestiegenen Anspruch an das staatliche Gesundheitswesen in der Bevölkerung. Die schauburgischen Ortsvorsteher erhielten im Jahre 1836 aufgrund der Inbetriebnahme des Rintelner Krankenhauses noch die folgende Anweisung: *Damit aber keinem hilfsbedürftigen arme Kranken die Wohlthat der Aufnahme und der Behandlung im Landkrankenhaus entgehe, machen wir die Bürgermeister in den Ortschaften der Grafschaft Schaumburg auf ihre desfallsigen Pflichten aufmerksam, damit sie sich stets nach dem Verhältnissen erkrankter Personen genau erkundigen, in den geeigneten Fällen sofort den betreffenden Physicus, oder Amtswundarzt zur Untersuchung des*

⁵⁵⁵ Vgl. auch FREVERT (1984), S. 82 f.

⁵⁵⁶ Vgl. DREES (1988), S. 96 f.

⁵⁵⁷ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 139.

⁵⁵⁸ Vgl. HARDACH-PINKE/HARDACH (1978), S. 25.

⁵⁵⁹ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 139.

*Kranken und zur Abgabe des vorschriftsmäßigen Zeugnisses über den Befund requirieren und hiernächst keine Zeit versäumen (...).*⁵⁶⁰ Doch schon 3 Jahre später war die Nachfrage nach einer Aufnahme in das Rintelner Krankenhaus so groß, dass die Erkrankten teilweise lange Wartezeiten auf sich nehmen mussten.⁵⁶¹

Die staatlichen Bemühungen um eine Hebung des Gesundheitswesens in Schaumburg waren durchaus erfolgreich, bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts war der Medikalierungsprozess weit vorangeschritten. Die Möglichkeit, professionelle medizinische Hilfe bei Bedarf in Anspruch nehmen zu können, war mittlerweile nicht nur erwünscht, sondern wurde ausdrücklich gefordert. Im Jahre 1846 beklagte sich der Bürgermeister von Hessisch Oldendorf über eine Vernachlässigung hinsichtlich der medizinischen Versorgung und bat um die Einrichtung eines Physikats in seiner Stadt, die bislang von Rinteln mitbetreut wurde.⁵⁶² 1849 wurde die Einrichtung eines Oldendorfer Physikats beschlossen.⁵⁶³

⁵⁶⁰ STAB Dep. 59, Nr. 1993.

⁵⁶¹ Vgl. STAB Dep. 29, Nr. 1838.

⁵⁶² Oder zumindest um die Abstellung eines „Physikats-Assistenten“. Er begründete seine Bitte mit der weiten Entfernung zwischen den südöstlich gelegenen schaumburgischen Siedlungen und Rinteln, die eine Reise von bis zu 5 Stunden Dauer in Anspruch nehmen könne; vgl. StAB H 2, Nr. 474.

⁵⁶³ Vgl. StAB H 2, Nr. 277.

2.2.3 Personal und medizinische Institutionen

a. Laienbehandler

Die Laienbehandler dürften im Spektrum des frühneuzeitlichen Heilpersonals die größte Gruppe gebildet haben. Da sie ihrem Metier vorwiegend auf dem informellen Sektor und zumeist nebegewerblich nachgingen, fanden sie keinen Eingang in die amtlichen Statistiken. Aktenkundig wurden sie in der Regel erst dann, wenn Schadensfälle auftraten.⁵⁶⁴ Ihr gemeinsames Kennzeichen – gleichzeitig das Abgrenzungsmerkmal zum staatlich legitimierten Heilpersonal – ist das Fehlen einer auf formellem Wege erworbenen Qualifikation. Zu ihnen zählte, wer „kein Medizinstudium nachweisen konnte und innere Krankheiten therapierte, oder wer keine ordentliche chirurgische Lehre absolviert hatte und äußere Wunden behandelte“.⁵⁶⁵

Relativ stark vertreten waren Scharf- bzw. Nachrichter, Abdecker bzw. Wasenmeister, Hirten und Schäfer sowie deren Ehefrauen, also Angehörige von Berufsgruppen, die im Umgang mit menschlichen oder tierischen Körpern vertraut waren.⁵⁶⁶ Andere Laienbehandler hatten ihre Kenntnisse im Rahmen eines Militärdienstes oder direkt von ihren professionalisierten Vätern, die selbst als *Chirurgi* bzw. Wundärzte tätig waren, erworben.⁵⁶⁷ Spezialisierungen, etwa eine besondere Fachkenntnis in Bezug auf Knochenbrüche oder Fertigkeiten bei der Herstellung von Medikamenten, waren unter den Laienbehandlern durchaus üblich.⁵⁶⁸

Trotz des recht populären Bildes von der „weisen Frau“ scheinen die meisten dieser Heilkundigen, die oft als „Pfuscher“ oder „Quacksalber“ bezeichnet wurden, männlichen Geschlechts gewesen zu sein.⁵⁶⁹ Über die Bedeutung der Frau als Ansprechpartnerin in medizinischen Fragen innerhalb ihres engeren sozialen Umfelds lässt sich freilich nur spekulieren.⁵⁷⁰ Doch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass auch die

⁵⁶⁴ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 83 f. u. 90.

⁵⁶⁵ Vgl. EBD., S. 87.

⁵⁶⁶ Vgl. NOWOSADTKO (1993b), S. 166; DIES. (2003), S. 110.

⁵⁶⁷ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 93.

⁵⁶⁸ Vgl. EBD., S. 94 f.

⁵⁶⁹ Unter den 70 identifizierten „Quacksalbern“ in Lippe gab es nur 14 Frauen; vgl. EBD., S. 89.

⁵⁷⁰ Vgl. FREVERT (1982), S. 183-190; hierzu auch MATHIEU (1993), S. 132; SEIDLER/LEVEN (2003), S. 17.

Ehemänner bzw. Väter Anteil an der medizinischen Versorgung der Haushaltsangehörigen gehabt haben dürften. Nicht zuletzt waren sie die Adressaten der Hausväterliteratur, die u. a. medizinische Ratschläge enthielt.⁵⁷¹

Laienbehandler waren die ersten Ansprechpartner, wenn aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld keine Hilfe mehr zu erwarten war. Denn die Dienstleistungen der *Chirurgi* und Ärzte waren für viele Menschen kaum erschwinglich. Zudem hatten diese sich vorwiegend in der Stadt niedergelassen. Laienbehandler wiederum lebten bevorzugt auf dem Land und waren ortsansässig,⁵⁷² wenngleich sie auch territorienübergreifend praktizierten.⁵⁷³ In diesem Sinne ist desweiteren von einer hohen Dunkelziffer unter den fahrenden Händlern, die ebenfalls zu den Laienbehandletern zu zählen sind, auszugehen.⁵⁷⁴ Nimmt man schließlich alle Tätigkeiten, die sich unter dem Begriff der traditionellen Volksmedizin subsumieren lassen,⁵⁷⁵ zusammen, so lag der Umfang der medizinischen Leistungen um ein Vielfaches über dem des staatlich legitimierten Heilpersonals.⁵⁷⁶ Solange die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch professionelle Mediziner allein nicht erbracht werden konnte, blieben die Laienbehandler unbehelligt. Auch der Begriff „Quacksalber“⁵⁷⁷ war zunächst nicht pejorativ besetzt.

Wenngleich ihr Beruf als unehrlich galt, standen die medizinischen Kenntnisse der Scharfrichter lange in hohem Ansehen.⁵⁷⁸ Die Ausübung ihres Berufs, insbesondere die Mitwirkung bei der Folter und die Vollziehung von Körperstrafen, erforderte medizinische Grundkenntnisse.⁵⁷⁹ Zum einen hatten die Scharfrichter zu vermeiden, dass

⁵⁷¹ Vgl. GROSS (1999), S. 41.

⁵⁷² Um 1800 waren dies in Lippe annähernd 90 %; vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 88 f.

⁵⁷³ Im Jahre 1800 beschwerte sich das Königreich Hannover bei der Regierung in Rinteln über den Scharfrichter Stieck aus der Stadt Hessisch Oldendorf, weil dieser auch Einwohner des Nachbarterritoriums *mit äußerlichen und innerlichen Curen* behandle und forderte, *dergleichen medicinische und chirurgische Pfuscherey in den hiesigen Landen bey scharfer Ahndung zu untersagen*“; STAB H 1, Nr. 242.

⁵⁷⁴ Vgl. PROBST (1990), S. 53 f.

⁵⁷⁵ Neben der Selbstbehandlung sind das die Dienstleistungen voll- oder semiprofessionalisierter Laienbehandler sowie die Heranziehung heilkundiger Personen aus dem sozialen Umfeld.

⁵⁷⁶ Vgl. PROBST (1990), S. 57.

⁵⁷⁷ „Quacksalber“ soll – aus dem Niederländischen („kwakzalver“) kommend – die Bezeichnung für jemanden gewesen sein, der anderen eine Salbe aufschwätzt; vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 87; GROSS (1999), S. 40 f.

⁵⁷⁸ Aufgrund der Erfahrungen im Umgang mit den Leichen der Hingerichteten (Obduktion, Herstellung von Medizin) konnten die anatomischen Kenntnisse der Scharfrichter leicht die der akademischen Ärzte übertreffen; vgl. NOWOSADTKO (1993b), S. 114, 164 u. 168-171; PECHACEK (2003), S. 222-224.

⁵⁷⁹ Die Behandlungsmethoden der Scharfrichter unterschieden sich nicht sonderlich von denen der Chirurgen; vgl. NOWOSADTKO (2003), S. 125.

die Delinquenten bleibende Gesundheitsschäden davontrugen. Zum andern waren sie für die Heilung der zugefügten Wunden verantwortlich. Denn bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts mieden die Angehörigen heilkundiger Berufe die Anwesenheit bei Folterungen.⁵⁸⁰ Die Tätigkeit als Laienbehandler konnte bis zu 50 % der Einkünfte eines Scharfrichters ausmachen.⁵⁸¹ Anzunehmen ist, dass die Medizin weniger Nebenerwerb als vielmehr „originärer und gleichwertiger Bestandteil des Berufsbildes“ der Scharfrichter sowie der Abdecker war.⁵⁸²

Im Laufe des 18. Jahrhunderts nahmen die obrigkeitlichen Kontrollen, Auflagen und Beschränkungen stetig zu. Scharfrichter und Abdecker wurden zunehmend mit dem Vorwurf der Pfuscherei konfrontiert und hatten bei Zuwiderhandlungen mit Zuchtstrafen zu rechnen.⁵⁸³ Dabei war es wohl weniger der Gegensatz zwischen deren bisweilen noch tief in der Sphäre des Magischen verwurzelten Praktiken und der rational-aufgeklärten Sichtweise der Ärzte, an dem sich die Konflikte entzündeten.⁵⁸⁴ Vielmehr war die Anzahl der *Chirurgi* und Ärzte in den Städten so stark angestiegen, dass die dort ansässigen Scharfrichter und Abdecker als Konkurrenz empfunden wurden. Denn die potentiellen Patientinnen und Patienten des staatlichen Heilpersonals waren letztlich identisch mit denen der Laienbehandler.⁵⁸⁵

Am Beispiel des schauburgischen Scharfrichters Christoph Jacob Stieck lässt sich dieser Prozess veranschaulichen. Der in Hessisch Oldendorf ansässige⁵⁸⁶ Stieck hatte sich im Jahre 1775 für den Tod eines verunglückten Kindes zu verantworten.⁵⁸⁷ Da sich das eineinhalb Jahre alte Mädchen beim Spielen mit einer geladenen Pistole in das Bein geschossen hatte, war es sogleich Stieck *in die Cur gegeben* gegeben worden. Als das Kind etwas später unvermittelt starb, erstattete einer der beiden im gleichen Ort wohnhaften *Chirurgi* Bericht und hob hervor, dass Stieck durch seine *Cur gegen*

⁵⁸⁰ Vgl. NOWOSADTKO (2003), S. 116 f.

⁵⁸¹ Vgl. NOWOSADTKO (1993b), S. 163.

⁵⁸² Vgl. EBD., S. 44.

⁵⁸³ Vgl. EBD., S. 171-178; PECHACEK (2003), S. 228; WENZEL (2017), S. 50-53.

⁵⁸⁴ Vgl. NOWOSADTKO (1993a), S. 61-64; DIES. (1993b), S. 178-181 u. 192. Die Praxis, Medizin aus den Leichen der Hingerichteten zu gewinnen, war vielerorts anerkannt; vgl. DIES. (1993a), S. 49-53; DIES. (1993b), S. 169-171; PECHACEK (2003), S. 233-238. Noch im Jahre 1854 sammelte ein Scharfrichter in Hanau das Blut eines Hingerichteten zum Weiterverkauf an Epileptiker; vgl. PECHACEK (2003), S. 163.

⁵⁸⁵ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 24 f. u. 132; DREES (1988), S. 39; FLÜGGE (2003), S. 27.

⁵⁸⁶ Zur Genealogie der schauburgischen Scharfrichter vgl. MUNK (1986).

⁵⁸⁷ Das Folgende nach STAB H 1, Nr. 242.

die *Medicinal=Ordnung* verstoßen habe. Der Stadtrat von Hessisch Oldendorf sprach sich jedoch für Stieck aus. Die Heranziehung Stiecks sei *eilig* erfolgt, um dem Kind möglichst schnell Hilfe zukommen zu lassen. Das Kind sei aber bald wieder *ganz munter* und auf dem Wege der Genesung gewesen, dann aber an der Epilepsie verstorben, *als mit welcher dasselbe nach der Eltern eigener Geständniß von Natur geneigt gewesen*. Der Stadtrat berichtete ferner, dass Stieck *seit seines hier seins immer hin und stets mit den besten erfolg allerley externe Curen verrichtet* und dass zudem *ohne eines dritten Nachtheil, hier in Oldendorff Niemand vorhanden, welcher die Chirurgie, so wie er mit Jedermanns Lob triebe, auch manchen Armen ohne den geringsten Heller zunehmen Curiret habe*. Stieck selbst konnte zwar nachweisen, dass er in seiner Heimatstadt Delmenhorst, wo er das Gewerbe bei seinem Vater gelernt hatte, zur Ausübung des Chirurgenhandwerks privilegiert worden war; wegen des mehrfachen Verstoßes gegen die hessische Medizinalordnung wurde ihm jedoch eine Geldbuße auferlegt.

Ein Jahr später bat Stieck um die Erlaubnis, sein Nebengewerbe wieder betreiben zu dürfen. In ihrem Bericht an den Landgrafen sprach sich die schauburgische Regierung in Rinteln für Stieck aus. So mangle es in Hessisch Oldendorf an einem *tüchtigen Chirurgo* und es sei bisher nicht gelungen, *ein schickliches Subject* zu finden. Auch der Stadtrat von Hessisch Oldendorf setzte sich wiederholt für Stieck ein und erwähnte, dass die dortigen *Chirurgi* im Gegensatz zu dem Scharfrichter noch keinen Nachweis ihrer Qualifikation erbracht hätten. Außerdem hob der Stadtrat hervor, dass Stieck teilweise umsonst behandelt. Stieck musste sich schließlich durch die medizinische Fakultät der Universität Rinteln examinieren lassen. Die Prüfung verlief erfolgreich und der Scharfrichter erhielt die Erlaubnis, auch als *Chirurgus* praktizieren zu dürfen.

Ungeachtet der Wertschätzung, die die Laienbehandler in der Bevölkerung genossen, nahmen die Beschwerden und Klagen seitens der etablierten Mediziner zu. In Hessen-Kassel wurde bei der Neuordnung des Medizinalwesens 1767 verfügt, dass zur Ausübung eines Heilberufs die Zulassung durch das Medizinalkollegium notwendig ist.⁵⁸⁸ Seit 1788 drohte aufgrund einer Spezialverordnung gegen die Kurpfuscherei bei einer

⁵⁸⁸ Im benachbarten Territorium Schaumburg-Lippe wurde die Tätigkeit von Pfuschern per Reskript bereits ab 1727 mehrfach untersagt; vgl. SOMMER (1979), S. 162 f.

wiederholten Übertretung eine sechswöchige Gefängnisstrafe. Ein nochmaliger Verstoß konnte eine halbjährige Zuchthausstrafe oder den Landesverweis nach sich ziehen.⁵⁸⁹ Da die akademisch ausgebildeten Ärzte seit dem 19. Jahrhundert verstärkt auch auf dem Land praktizierten, hatten die dort tätigen Laienbehandler fortan mit verstärkten Kontrollen und Verboten zu rechnen.⁵⁹⁰ Sogar die Patienten der Laienheiler gerieten in das Visier staatlicher Überwachung.⁵⁹¹

⁵⁸⁹ Vgl. PECHACEK (2003), S. 228 f.

⁵⁹⁰ Vgl. SCHOPHL (1926), S. 8-11; GROSS (1999), S. 42 f.

⁵⁹¹ Vgl. HOFF (1980), S. 13; WISCHHÖFER (1991), S. 35.

b. Hebammen

Die zunächst laienhaft betriebene Geburtshilfe wurde im Laufe der Frühen Neuzeit immer stärker staatlich reglementiert. Das mittelalterliche Hebammenwesen hatte noch unter der Kontrolle der Kirche gestanden, da neben der Geburtshilfe auch die Kenntnisse von Nottaufe und Sterbebegleitung als unerlässlich erachtet wurden.⁵⁹² Doch bereits im 15. Jahrhundert erschienen – nachweislich zunächst in süddeutschen Städten – weiterführende Regelungen und erste Hebammenordnungen.⁵⁹³ Etwas später folgten die landesherrlichen Territorien. So wurde beispielsweise in Lippe im Jahre 1603 verfügt, dass „wegen einer unglücklichen Geburt“ die Hebammen anzuhalten sind, „Unglücksfälle in Zukunft zu melden“.⁵⁹⁴

In den größeren Städten wurde die Kontrolle der angehenden Hebammen mit der „Etablierung städtischer Ärztekollegien“ bereits im 16. Jahrhundert verstärkt.⁵⁹⁵ Obwohl die für die Ausübung des Hebammenberufs erforderlichen Kenntnisse nicht Bestandteil der universitären Ausbildung waren, hatten die Frauen vor ihrer Bestellung eine Prüfung vor einem Medizinerausschuss abzulegen. Dort sahen sie sich von den Medizinern, die zumindest im Bereich der Anatomie über einen Wissensvorsprung verfügten, nicht selten mit dem Vorwurf der Unkenntnis konfrontiert. Zur Verbesserung ihrer anatomischen Kenntnisse mussten die Hebammen in Hessen seit 1738 auch an Sektionen teilnehmen.⁵⁹⁶ Ein weiterer Kritikpunkt war der vermutete „Hang der Hebammen zu magischen oder volksmedizinischen Mitteln, Formeln, die sich bis ins 19. Jahrhundert stets wiederholten.“⁵⁹⁷

Seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert zeigt sich eine zunehmende Tendenz zur Professionalisierung des Hebammenberufs.⁵⁹⁸ In den Großstädten war dies bereits erfolgt, nun zogen die Mittelstädte nach.⁵⁹⁹ Auch die Zahl an Erlassen und Verordnungen zum

⁵⁹² Vgl. SCHILLING (1980), S. 229; LABOUVIE (1996), S. 219.

⁵⁹³ Vgl. EBD., S. 220; DIES. (1998), S. 477.

⁵⁹⁴ LINZBACH (1996), S. 186.

⁵⁹⁵ Das Folgende nach LABOUVIE (1996), S. 221-226.

⁵⁹⁶ Vgl. HOFF (1980), S. 105.

⁵⁹⁷ LABOUVIE (1996), S. 224; hierzu auch DIES. (1992), S. 480 u. 497.

⁵⁹⁸ Im Rahmen der Untersuchung der Kindbettsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg wird ausführlich auf den Stand des schauburgischen Hebammenwesens sowie die Maßnahmen des hessischen Staats zu dessen Verbesserung eingegangen; vgl. Kap. 3.1.

⁵⁹⁹ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 192.

ländlichen Hebammenwesen, über dessen Praxis und Umfang bis dahin kaum Klarheit geherrscht hatte, nahm deutlich zu.⁶⁰⁰ Wichtige Impulse dürften von der staatlich betriebenen Peuplierungspolitik ausgegangen sein.⁶⁰¹ Mit der Entstehung von Hebammenschulen – so in Kassel im Jahre 1761⁶⁰² – und der Einführung des Unterrichtszwangs wurde auch in Hessen eine fundierte Ausbildung Voraussetzung für die Ausübung dieses Berufs.⁶⁰³ Kontrolle und Schulung der Hebammen oblag der Ärzteschaft.⁶⁰⁴ Die Medikation blieb weiterhin den Ärzten vorbehalten.⁶⁰⁵ Im Rahmen der umfassenden Reform des Medizinalwesens wurde in Hessen im Jahre 1767 zur Regelung von Ausbildung und Berufstätigkeit schließlich eine Accouchir- und Hebammenordnung erlassen.⁶⁰⁶ Die Hebammen ihrerseits wurden zur Kontrolle der unehelich schwanger gewordenen Frauen verpflichtet.

1838 erfolgte im Zuge des Zusammenschlusses von Hebammenschule und Entbindungshaus die Gründung der allgemeinen Hebammen-Lehranstalt in Marburg.⁶⁰⁷ Dort sollten fortan alle kurhessischen Hebammen zentral ausgebildet und geprüft werden. Für die angehenden schauburgischen Hebammen, die bis dahin von den Rintelner Professoren oder den schauburgischen Kreisphysici unterwiesen worden waren, hätte dies jedoch eine dreimonatige Abwesenheit von den eigenen Familien bedeutet. Um diese auf einen qualitativ gleichrangigen Ausbildungsstand zu bringen, fand der Unterricht seit 1851 im Rintelner Landkrankenhaus statt.⁶⁰⁸

Das ländlich-kleinstädtische Hebammenwesen hatte sich bis zu den Reformen deutlich von dem strenger reglementierten großstädtischen unterschieden.⁶⁰⁹ Nicht die Ernennung durch die kirchliche oder städtische Obrigkeit stand am Anfang der beruflichen

⁶⁰⁰ Vgl. MENSSSEN/TAUBE (1980), S. 188.

⁶⁰¹ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 41; LINZBACH (1996), S. 190.

⁶⁰² Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 117.

⁶⁰³ Vgl. LABOUVIE (1996), S. 232.

⁶⁰⁴ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 475.

⁶⁰⁵ Vgl. BEISSWANGER (2003), S. 152.

⁶⁰⁶ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 486-493.

⁶⁰⁷ Vgl. SAMMLUNG KURHESSEN 8, S. 26-28; AVENARIUS (1840), S. 118.

⁶⁰⁸ Vgl. STAB H 2, Nr. 514.

⁶⁰⁹ Vgl. MÜNCH (1986), S. 207 f.; LABOUVIE (1996), S. 218. Allerdings gibt es kaum Untersuchungen über das Hebammenwesen auf dem Land; vgl. DIES. (1998), S. 479.

Tätigkeit, sondern eine Wahl durch die verheirateten Frauen im Dorf.⁶¹⁰ In Schaumburg gestand man dieses Recht noch im 19. Jahrhundert den *Familienmüttern* zu.⁶¹¹ Gleichwohl behielten es sich die Medizinalbehörden, die die Schulung der Kandidatinnen veranlassten, vor, Informationen über *deren Character, sittlichen Wandel, Fassungsvermögen, gesundes Urtheil und andere Gaben*⁶¹² einzuholen. Die Examination erfolgte durch den Landphysicus.⁶¹³ Im Unterschied zu den städtischen Berufskolleginnen konnte eine Frau, die selbst ein uneheliches Kind geboren hat, zur Landhebamme bestellt werden.⁶¹⁴

Bis zu den Reformen der Medizinalsysteme in den deutschen Territorien hatte sich die jeweilige Nachfolgerin der Landhebamme zumeist aus einem Kreis von Frauen, die regelmäßig bei Geburten zur Hilfeleistung zusammentrafen, rekrutiert.⁶¹⁵ Im Gegensatz zum städtischen Hebammenwesen gab es im ländlichen Bereich vorerst keine festen Tarife, da die Dorfgemeinschaft die Tätigkeit gleichsam als einen Akt der Nächstenliebe verstand. Wegen der geringen Verdienstmöglichkeiten und des hohen Risikos, dass Mutter und Kind zu Schaden kamen, war dieses Amt nicht sonderlich beliebt.⁶¹⁶ Aufgrund des Nachwuchsmangels stellte man in den 1790er Jahren in Lippe den Hebammen und ihren Ehemännern als Anreiz Prämien bzw. die Freistellung von der Ableistung diverser Dienste in Aussicht.⁶¹⁷ Und noch 1852 weist eine Hebamme aus dem schaumburgischen Weibeck in einem Bittbrief ausdrücklich darauf hin, dass sie sich *als Eigenthümerin einer sehr kleinen Colonie und Ernährerin eines langjährigen lahmen Mannes und 7 Kindern* vor 24 Jahren veranlasst sah, diesen Beruf zu ergreifen.⁶¹⁸

Die Verdienstmöglichkeiten waren von der Geburtenzahl und damit der Einwohnerzahl eines Hebammenbezirks abhängig. Während in den schaumburgischen Bezirken Rodenberg/Algesdorf und Großenenddorf/Kleinnenndorf/Horsten die Anzahl der Geburten pro Jahr 37–40 betrug, lag sie in Auhagen/Düdinghausen und Riepen lediglich

⁶¹⁰ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 115; LINZBACH (1996), S. 187.

⁶¹¹ Vgl. STAB Dep. 28, Nr. 314; STAB Dep. 29, Nr. 1838.

⁶¹² Vgl. STAB H 2, Nr. 514.

⁶¹³ Vgl. STAB Dep. 28, Nr. 314.

⁶¹⁴ Vgl. LESEMANN (1990), S. 121; LABOUVIE (1996), S. 227 f.

⁶¹⁵ Vgl. EBD., S. 228 f.; DIES. (1998), S. 480 f. u. 497.

⁶¹⁶ Vgl. MENSSEN/TAUBE (1980), S. 193 f.; WISCHHÖFER (1991), S. 115, 128 f. u. 135; LABOUVIE (1998), S. 484 f. u. 504. Selbst die städtischen Hebammengebühren waren niedrig und konnten lediglich den sechsten Teil eines Arzthonorars betragen; vgl. SANDER (1998), S. 42.

⁶¹⁷ Vgl. LINZBACH (1996), S. 198; hierzu auch LABOUVIE (1998), S. 483.

⁶¹⁸ Vgl. STAB H 2, Nr. 515.

bei 8–10.⁶¹⁹ Infolgedessen konnten die Einkommen innerhalb eines Amtes erheblich differieren. Eine der beiden Fischbecker Hebammen erzielte 1849 ein Einkommen von 35 Tl.,⁶²⁰ einige der Dorfhebammen gaben lediglich 10–15 Tl. als Verdienst an.⁶²¹ Aufgrund der Konkurrenz gab es immer wieder Beschwerden darüber, dass die Dienste von Hebammen aus anderen Bezirken in Anspruch genommen wurden.⁶²²

In der Mitte des 19. Jahrhunderts setzte sich die Grafschaft Schaumburg aus 46 Hebammenbezirken zusammen. Zwar waren nicht immer alle Stellen besetzt. Doch mit 12,1 Hebammen auf 10.000 Einwohner um 1840⁶²³ scheint die Versorgung in Schaumburg durchaus günstig gewesen zu sein.⁶²⁴ Im Jahre 1858 war dann zumindest der Bezirk Obernkirchen überbesetzt.⁶²⁵ Der Anteil ärztlicher Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe dürfte quantitativ nicht ins Gewicht gefallen sein. Zwar beschäftigten sich die Ärzte⁶²⁶ bereits seit dem 18. Jahrhundert verstärkt mit dem lange tabuisierten Gebiet der Gynäkologie;⁶²⁷ konsultiert wurden sie indes vorrangig bei Problemgeburten.⁶²⁸

⁶¹⁹ Im Bezirk Rodenberg praktizierten 1868 insgesamt 13 Hebammen; vgl. STAB H 2, Nr. 519.

⁶²⁰ Die andere war bereits *altersschwach* und verdiente lediglich 12 Tl.; vgl. STAB H 186 c, Nr. 3.

⁶²¹ Die Einkommensangaben der Hebammen liegen ausnahmslos unter dem von der Behörde auf der Grundlage der durchschnittlichen Geburtzahl veranschlagten „Soll=Einkommen“.

⁶²² Vgl. STAB H 2, Nr. 515 u. Dep. 28, Nr. 314.

⁶²³ 1840 praktizierten 44 Hebammen in Schaumburg; vgl. AVENARIUS (1840), S. 118. Für das 18. Jahrhundert existieren keine entsprechenden Aufstellungen.

⁶²⁴ In der benachbarten Grafschaft Lippe betrug die Hebammdichte um 1800 16,3; vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 123.

⁶²⁵ Vgl. STAB H 2, Nr. 519.

⁶²⁶ Den unterschiedlichen Quellen ist zu entnehmen, dass die Mehrzahl der schaumburgischen Ärzte auch Geburtshelfer waren.

⁶²⁷ Vgl. LABOUVIE (1996), S. 224; LINZBACH (1996), S. 200; PECKER (2000), S. 1037.

⁶²⁸ 1849 lag in Württemberg „das prozentuale Verhältnis zwischen natürlichen und künstlichen Geburten (...) bei 96 zu 4“; GROSS (1998), S. 237; vgl. auch STAB H 2, Nr. 477.

c. Chirurgi (Wundärzte) und Bader

Die Chirurgie als eines der medizinischen Fachgebiete ist ein fester Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Und gerade die Chirurgen zählen gegenwärtig zu den angesehensten Medizinerinnen. Doch noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts unterschieden sich die in den Quellen als *Chirurgi*⁶²⁹ bezeichneten Personen von den akademisch ausgebildeten Ärzten ihrer Zeit. Ursprünglich galten sie als Handwerker⁶³⁰ und ihr Aufgabengebiet umfasste vornehmlich die Behandlung von äußeren Verletzungen. Man bezeichnete sie daher auch als Wundärzte.

Bereits im Mittelalter hatte sich das Chirurgenhandwerk zu einem eigenständigen Berufsbild entwickelt, nachdem man sich auf dem Konzil von Tours im Jahre 1163 auf eine strikte Trennung operativer Eingriffe von der ärztlichen Tätigkeit geeinigt hatte.⁶³¹ Die *Chirurgi* waren ursprünglich zugleich Bader und/oder Barbieri, zu deren Aufgaben u. a. Aderlässe, Schröpfkuren sowie das Rasieren gehörten.⁶³² Organisiert waren sie in Zünften. Als im Laufe des 18. Jahrhunderts das Berufsbild stärker reglementiert und größeres Gewicht auf den medizinischen Aspekt gelegt wurde, verringerte sich die Bedeutung des Mischerwerbs.⁶³³ Fortan wurden die *Chirurgi* in ihren Kompetenzen eindeutiger gegenüber den Badern abgegrenzt.

Da die *Chirurgi* als Handwerker galten, die zudem bei der Ausübung ihres Metiers „invasive Mittel: Messer, Kauter und Amputationssäge“⁶³⁴ benutzten, schenkte man ihnen innerhalb des universitären Betriebs kaum Beachtung. Im Unterschied zu den Ärzten gewannen sie aus dem praktischen Umgang mit dem menschlichen Körper ein ausgeprägtes anatomisches Erfahrungswissen und entwickelten immer wieder neue Operationsmethoden und Therapien zur Wundbehandlung.⁶³⁵ Doch der Verbreitung

⁶²⁹ Der in Schaumburg übliche Begriff *Chirurgus* wurde erst im Laufe des 19. Jahrhunderts durch die Berufsbezeichnung Wundarzt verdrängt. Um Verwechslungen mit den Chirurgen im modernen Sinne zu vermeiden, wird im Rahmen dieser Untersuchung der Begriff *Chirurgus* (pl. *Chirurgi*) kursiv gesetzt.

⁶³⁰ So leitet sich Chirurgie von den griechischen Begriffen *xeir* für Hand und *ergov* für Arbeit ab; vgl. FORGUE/BOUCHET (2000), S. 911.

⁶³¹ Die damalige Ärzteschaft setzte sich vornehmlich aus Geistlichen zusammen. Diese hätten bei Beibehaltung der chirurgischen Praktik gegen den Grundsatz „ecclesia abhorret a sanguine“ (die Kirche vergießt kein Blut) verstoßen; vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 81; HUERKAMP (1985a), S. 31.

⁶³² Vgl. allg. STÜRZBECHER (1969), S. 46-64; WENZEL (2017), S. 32-34 u. 53-59.

⁶³³ Vgl. SANDER (1998), S. 66.

⁶³⁴ PORTER (2000), S. 279.

⁶³⁵ Vgl. FORGUE/BOUCHET (2000), passim.

ihrer Erkenntnisse über ihren eigenen Wirkungskreis hinaus stand neben dem fehlenden intellektuellen Austausch mit dem akademischen Lehrbetrieb ein tendenzielles Verharren in Traditionalität im Wege.⁶³⁶

Die Patienten der *Chirurgi* gehörten nicht vornehmlich den unteren sozialen Schichten an,⁶³⁷ für die Angehörigen der ärmeren Bevölkerungsteile war auch die Inanspruchnahme eines nichtakademischen Mediziners kaum erschwinglich.⁶³⁸ Deswegen verfügten die niedergelassenen *Chirurgi*, deren Tätigkeit mittlerweile über das der einfachen Bader hinausging, nicht selten über einiges soziales Ansehen. Und zumindest innerhalb einer kleinstädtischen Hierarchie konnten sie die vordersten Plätze einnehmen.⁶³⁹ Im Gegensatz dazu wurden die umherreisenden und auf den Märkten auftretenden „Empyrici“, die auch Arzneien verkauften, seit dem beginnenden 18. Jahrhundert von Seiten der Obrigkeit zunehmend als Ärgernis empfunden.⁶⁴⁰ Die Regierung in Rinteln drang spätestens seit der Mitte des 18. Jahrhunderts auf die Vorlage von Befähigungsnachweisen, wenn ihr bekannt wurde, dass ein *Chirurgus* in der Grafschaft Schaumburg praktizierte. Die Prüfungen wurden von der medizinischen Fakultät in Rinteln abgenommen, der schon im Jahre 1739 das Recht zugesprochen worden war, das ansässige Heilpersonal zu kontrollieren.⁶⁴¹ Grund für die aktenkundigen Versuche, sich der entsprechenden Prüfung zu entziehen, waren stets die hohen Kosten in Höhe von 12 Rtl., zu denen rund 3 Rtl. Gebühren für *das dabey gehabte tractament* kamen.⁶⁴²

In der Praxis konnte sich die Abgrenzung der in Schaumburg ansässigen *Chirurgi* von den dortigen Badern als schwierig erweisen. So werden die beiden Einwohner von Hessisch Oldendorf, Conrad Heinrich Krebs und Ludwig Dürre, 1748 zwar vom Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Rinteln als Bader bezeichnet.⁶⁴³ Doch hatte Krebs bei seinem Vater in Pattensen (Hildesheim) *die Bader und Chirurgie Kunst erlernt auch sonst weiters als Geselle sich versucht, und sich in äußerlichen Curen*

⁶³⁶ Vgl. PORTER (2000), S. 188-192.

⁶³⁷ Vgl. BEISSWANGER (1996), S. 59; SANDER (1998), S. 56, 108 f. u. 132-134.

⁶³⁸ Vgl. BEISSWANGER (1996), S. 59. Das Honorar eines akademischen Arztes war leicht doppelt so hoch; vgl. SANDER (1998), S. 42.

⁶³⁹ Vgl. EBD., S. 125-129 u. 133 f.

⁶⁴⁰ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 4, S. 571-573.

⁶⁴¹ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁶⁴² Vgl. EBD.

⁶⁴³ Das Folgende nach EBD.

zur Assistenz gebrauchen lassen. Er konnte nachweisen, dass er seine Kenntnisse in der *Praxi Chirurgica* erweitert hat und insbesondere im Aderlass, wenngleich *in gantz gemeinem und ohne weit außsehender Gefahr*, geübt war. Ähnliches gilt für Ludwig Dürre, der bei einem Hildesheimer Meister *die Bader und Chirurgie Kunst 3 jahr lang zunft mäßig betrieben* und danach 8 Jahre als *Chirurgus* praktiziert hatte. Die Überprüfung ergab, *dass Er hinlängliche Fundamenta sich bekannt gemacht habe, mithin Ihme concediret werden könne, der Praxim Chirurgicam, so wie er dass Bader Wesen getrieben weiters fort zu setzen, jedoch des guten Raths, so Facultas Medica ertheilt in schweren Vorfällen seiten sich eines Medici oder Chirurghi da bey zu bedienen stets zu erinnern und aller Innerlichen Curen sich gantzlich zu begeben und zu unterlassen, um sich aller Verantwortung bedächtlich da durch zu entziehen.*

In Schaumburg herrschte über die Befugnisse der *Chirurgi* bis in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts hinein Uneinigkeit. Eine umfassende Kompetenzabgrenzung war noch nicht erfolgt. Und ebenso wie die *Chirurgi* den einfachen Badern das Recht zur Durchführung des im 18. Jahrhundert beliebten Aderlass absprachen, bestritt die medizinische Fakultät den *Chirurgi* das Recht, *innerliche Curen* anzuwenden.⁶⁴⁴ Grundsätzlich war die wundärztliche Tätigkeit auf *äußerliche Curen* bzw. die Verschreibung bestimmter Arzneimittel beschränkt.⁶⁴⁵ Verstöße gegen diese Bestimmung dürften allerdings keine Seltenheit gewesen sein.⁶⁴⁶ Zudem wurden – angesichts der geringen Ärztedichte – Ausnahmen in Notfällen zugelassen.⁶⁴⁷ 1763 sollte der Rodenberger *Chirurgus* Johann Philipp Schäfer wegen des Todes einer Frau, die kurz nach der Geburt eines Kindes verstorben war, zur Rechenschaft gezogen werden.⁶⁴⁸ Schäfer hatte der Frau ein Vomitiv verordnet und damit eine *innerliche Cur* angewendet. Er rechtfertigte sich damit, dass er als *Chirurgus* der *umliegenden Orther* legitimiert sei, *da allhier bekanntlich kein Medicus befindlich*. Die Regierung in Rinteln entschied zu seinen Gunsten und sprach ihm das Recht zu, weiterhin Laxative und Vomitive zu

⁶⁴⁴ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁶⁴⁵ Vgl. BEISSWANGER (2003), S. 152; HOFF (1980), S. 23 u. 27.

⁶⁴⁶ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 34; WISCHHÖFER (1991), S. 177 f.; BEISSWANGER (1996), S. 60.

⁶⁴⁷ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 39; BEISSWANGER (1996), S. 55. Die Medizinalordnung der Landgrafschaft Hessen-Kassel von 1738 sah noch vor, dass die *Chirurgi* und „Feldscher“ in der Behandlung innerer Krankheiten ausgebildet werden sollten; vgl. HOFF (1980), S. 27.

⁶⁴⁸ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

verordnen.⁶⁴⁹ Mit Veröffentlichung der Medizinalordnung von 1767 wurde den *Chirurgi* sowie den Apothekern etwas später formell untersagt, zumindest „innerliche Curen in Hauptkranckheiten zu unternehmen“.⁶⁵⁰

Grundsätzlich erstreckte sich der Tätigkeitsbereich der *Chirurgi* auf alle späteren medizinischen Fachgebiete.⁶⁵¹ In der beruflichen Praxis dominierten die Heilung von Knochenbrüchen, Aderlässe sowie oberflächliche⁶⁵² operative Eingriffe.⁶⁵³ Auch die Zahnextraktion wurde von den *Chirurgi* verrichtet.⁶⁵⁴ Im Rahmen der Geburtshilfe wurden sie herangezogen, wenn ein toter Fötus aus dem Leib der Mutter extrahiert werden musste.⁶⁵⁵ Ursprünglich wurden die *Chirurgi* noch als Gutachter im Rahmen der frühneuzeitlichen Gerichtsmedizin konsultiert.⁶⁵⁶ Die Anzahl der *Chirurgi* und Bader überstieg die der akademischen Ärzte daher ganz erheblich.⁶⁵⁷ Somit konkurrierten sie zum einen mit den nebengewerblich tätigen Laienheilern, die ihre Dienste sehr günstig anboten.⁶⁵⁸ Zum andern konkurrierten sie untereinander. Denunziationen von Berufskollegen im Falle tatsächlicher oder vermeintlicher Verstöße gegen die gesetzlichen Regelungen oder medizinische Kunstfehler waren, mal *aus einer privat rancune*, mal *aus Furcht, dass Ihm Abbruch an seiner Nahrung geschehen möchte*,⁶⁵⁹ nicht selten. Die höher Qualifizierten unter den *Chirurgi* bzw. Wundärzten entwickelten ein zünftisches Selbstbewusstsein, aus dem heraus sie sich von denjenigen deutlich abgrenzten, die zwar als Konkurrenten auftraten, gleichwohl nur eine verkürzte oder gar keine formelle Ausbildung absolviert hatten. So beklagte sich der Obernkirchener

⁶⁴⁹ Allerdings wurde Schäfer zu einer Strafe in Höhe von 5 Rtl. verurteilt, weil er sich nicht examinieren und in die Zunftrolle hatte eintragen lassen.

⁶⁵⁰ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 471.

⁶⁵¹ Vgl. SANDER (1998), S. 233.

⁶⁵² Operationen im modernen Sinne bedeuteten ein Risiko: Nicht nur, dass sich die Bezahlung im Falle des Misslingens oder der Wirkungslosigkeit verringerte, auch der Ruf des *Chirurgus* konnte Schaden nehmen; vgl. SANDER (1998), S. 62 u. 105; hierzu auch BEISSWANGER (1996), S. 54; WENZEL (2017), S. 92-95.

⁶⁵³ Zur inhaltlichen Gestaltung der Ausbildung hessischer *Chirurgi* seit 1738 vgl. HOFF (1980), S. 97-102.

⁶⁵⁴ Vgl. STAB H 2, Nr. 500.

⁶⁵⁵ Vgl. PORTER (2000), S. 233.

⁶⁵⁶ Vgl. STAB H 1, Nr. 362.

⁶⁵⁷ Eine Schätzung für das 18. Jahrhundert geht von einem Verhältnis von 12 zu 1 aus; vgl. HUERKAMP (1985a), S. 34.

⁶⁵⁸ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 191. Abgesehen von den üblichen Aufwendungen für die Ausbildung hatten *Chirurgi*, die sich in Schaumburg niederließen, seit 1739 Kosten in Form von Gebühren für ihre Prüfungen und entsprechenden Befähigungsnachweise zu tragen; vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁶⁵⁹ Vgl. EBD.

Chirurgus Harries im Jahre 1750 über einen ansässigen Schneider, weil dieser *allerhand curen (...) übernehmen* würde, während er selbst seine *profession in Rinteln bey den jetzigen Universitäts Pedellen Depping zünfftig erlernt, die erforderliche Reißjahre beachtet* habe.⁶⁶⁰

Wie hoch der allgemeine Konkurrenzdruck im Gesundheitswesen tatsächlich war, lässt sich nicht mit Gewissheit sagen. Weder der Regierung in Rinteln noch der medizinischen Fakultät der dortigen Universität lagen belastbare Informationen über das in Schaumburg praktizierende Heilpersonal vor. Selbst die genaue Anzahl der in Schaumburg ansässigen *Chirurgi* war lange Zeit nicht bekannt. Erst seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts lassen sie sich quantifizieren.⁶⁶¹ So war an der Universität in Rinteln ständig 1 *Chirurgus* beschäftigt, der die Sektionen durchführte und auch als Geburtshelfer praktizierte. In der Stadt Rinteln sowie in der Garnison gab es in der Regel je 2 *Chirurgi*. Darüber hinaus lebte in Rinteln noch ein Bader. Ähnlich hoch war die Versorgung in Hessisch Oldendorf mit 3, gelegentlich 4 *Chirurgi* sowie 2 Badern. In Obernkirchen und Rodenberg praktizierten jeweils 1 oder 2 *Chirurgi* und 1 Bader, in Sachsenhagen stets 2 *Chirurgi*. Von einer Überbesetzung, wie sie sich im 18. Jahrhundert in vielen Handwerken abzeichnete, kann wohl nicht gesprochen werden. Dennoch war im Gefolge von Kriegen und Kolonialismus die Zahl der *Chirurgi* stetig angestiegen. Dies gilt besonders für die Landgrafschaft Hessen-Kassel. Mit dem Abschluss der Subsidienvträge in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts erhöhte sich zugleich der Bedarf an den sogenannten Feldschern.⁶⁶²

Das Militär hatte nach Einführung der stehenden Heere großen Anteil an Hebung des Ausbildungsstands und Vereinheitlichung des Berufsbilds.⁶⁶³ Als sich Mitte des 18. Jahrhunderts schaumburgische *Chirurgi* und Bader einer Überprüfung ihrer Fachkenntnisse unterziehen sollten, hoben die ehemaligen Feldscher ihre Militärzeit als besonderes Qualifikationsmerkmal hervor.⁶⁶⁴ Ohnedies unterschieden sich die *Chirurgi*

⁶⁶⁰ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁶⁶¹ Auf der Grundlage der Staats- und Adresskalender für die Landgrafschaft bzw. das Kurfürstentum Hessen-Kassel lässt sich die quantitative Entwicklung des staatlich legitimierte Heilpersonals nachvollziehen.

⁶⁶² Vgl. HOFF (1980), S. 119.

⁶⁶³ Der Grad ihrer Qualifikation spiegelt sich in der Höhe ihres Einkommens. Der Sold eines unerfahrenen Kompaniefeldschers war eben so gering wie der eines gemeinen Soldaten; vgl. EBD., S. 65-68.

⁶⁶⁴ Vgl. STAB H 1, Nr. 242; hierzu auch STAB H 1, Nr. 362.

bzw. Wundärzte bezüglich ihres Qualifikationsgrades. Die individuellen Fähigkeiten hingen nicht nur vom Geschick des Einzelnen ab, sondern auch von Art und Umfang der durchlaufenen Ausbildung sowie der weiteren beruflichen Erfahrung. So differenzierte man in Württemberg um 1848 schließlich nach „neun Qualifikationsstufen von Wundärzten mit 20 Unterstufen“⁶⁶⁵. Die Medizinalordnung von 1778 in Hessen-Kassel teilte die *Chirurgi* in sechs Klassen ein. In Lippe wurde durch die Medizinalverordnung von 1789 zwar nur eine Unterscheidung der Wundärzte in zwei Klassen festgelegt; denjenigen der ersten Klasse wurde jedoch eine quasi ärztliche Tätigkeit erlaubt, wenn kein Arzt zur Verfügung stand.⁶⁶⁶ Voraussetzung war, dass sie bereits über Berufserfahrung verfügten und ein staatliches Examen bestanden hatten.

Seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts bemühte sich die Landgrafschaft Hessen-Kassel um eine qualitative Hebung des Ausbildungsstandes unter den *Chirurgi*.⁶⁶⁷ So wurden die hessischen *Kompaniechirurgi* seit 1787 zusätzlich 1,5 bis 2,5 Jahre an der Universität in Marburg ausgebildet und examiniert.⁶⁶⁸ Doch im Gegensatz zu Frankreich oder England, wo die Chirurgie im modernen Sinne bereits im 18. Jahrhundert an den Universitäten in recht hohem Ansehen stand,⁶⁶⁹ erfolgte in den deutschen Territorien die Annäherung an den Arztberuf im Allgemeinen recht zögerlich.⁶⁷⁰ So führten beispielsweise in Braunschweig um 1830 noch sechs der neun ansässigen *Chirurgi* eine Barbierstube.⁶⁷¹

Das Berufsbild des Baders hatte bis weit ins 19. Jahrhundert hinein Bestand, weil deren Dienstleistungen noch nachgefragt wurden.⁶⁷² Vorrangig handelte es sich um das *Schröpfen, Clystiersetzen, Blutigelsetzen (sic!), Legen und Verbinden von Zugpflastern und Fontanellen-Legen und Verbinden; (...) auch Ohrlöcherstechen, Nägel und*

⁶⁶⁵ DREES (1988), S. 46.; vgl. auch MÜNCH (1986), S. 205.

⁶⁶⁶ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 181-183.

⁶⁶⁷ Vgl. HOFF (1980), S. 141.

⁶⁶⁸ Vgl. EBD., S. 158-160.

⁶⁶⁹ In Frankreich (Paris) begann man bereits im frühen 18. Jahrhundert u. a. durch Vorlesungen die Chirurgie aus ihren traditionellen Bahnen herauszuführen. Seit 1794 war die Chirurgie in Frankreich Bestandteil des Medizinstudiums; vgl. PORTER (2000), S. 282; FLÜGGE (2003), S. 25.

⁶⁷⁰ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 31 f.; DREES (1988), S. 51-54 u. 57; SANDER (1998), S. 240-243; PORTER (2000), S. 363; hierzu auch STÜRZBECHER (1969), S. 31 u. 64.

⁶⁷¹ Vgl. HEISCHKEL-ARTELT (1967), S. 5.

⁶⁷² Die hessische Medizinalordnung von 1830 enthält auch Regelungen bezüglich der Ausübung des Bader- bzw. Barbierberufs.

*Hühneraugen-Schneiden sowie die Verpflegung und Wartung von Kranken.*⁶⁷³ Allerdings waren einige der Tätigkeiten schambesetzt, da diese *beym weiblichen Geschlechte nur mit höchster Verletzung des Anstands vorgenommen werden können.*⁶⁷⁴ Aus diesem Grunde wurden diese Tätigkeiten – auch auf den Dörfern – von Hebammen und anderen Frauen ausgeübt, *die sich einige Gewandtheit darin verschafft haben.* Durch das Fehlen einer Baderzunft in Schaumburg gab es diesbezüglich keine Hindernisse.⁶⁷⁵ Auch eine Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung wurde nicht gesehen. So schreibt der Rintelner Amtsphysicus Kahler im Jahre 1854: *es ist dieses eine so geringfügige Operazion an und für sich, die nur in den seltensten Fällen irgend einen Nachtheil fuer die Gesundheit hervorbringen kann, wenigstens ist mir, während meiner 36jährigen Praxis nie ein solcher bekannt geworden.*⁶⁷⁶

Zumindest bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts scheinen in den schaumburgischen Städten jeweils 1 oder 2 Bader tätig gewesen zu sein. Vermutlich war ihr Verdienst so gering, dass sie nicht selten auf weitere Einkommensquellen angewiesen waren.⁶⁷⁷ Die weitgehende Verdrängung dieses Berufsbilds bis zum Ausgang des Jahrhunderts war jedoch keine Folge steigenden Konkurrenzdrucks. Vielmehr schwand mit den neuen medizinischen Erkenntnissen die Nachfrage nach Aderlässen, Fontanellenlegen oder dem Setzen von Klistieren zur inneren Reinigung.

Auch der Beruf des *Chirurgus* verlor im Laufe des 19. Jahrhunderts an Bedeutung. Im Jahr 1775 werden insgesamt 19 *Chirurgi* und Bader im Staats- und Adresskalender der Landgrafschaft Hessen-Kassel aufgeführt. 1800 war ihre Zahl auf 14 bzw. 15⁶⁷⁸ gesunken. 1840 sind es nur noch 7 *Chirurgi*, von denen einer im nordschaumburgischen Dorf Hohnhorst praktizierte.⁶⁷⁹ Die Zahl an *Chirurgi* nahm in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch im Nachbarterritorium Schaumburg-Lippe: Dort lebten um 1775

⁶⁷³ STAB H 2, Nr. 500.

⁶⁷⁴ So der Obernkirchener Stadtphysikus Schrader im Jahre 1835; vgl. EBD.

⁶⁷⁵ Vgl. EBD.; STAB H 2, Nr. 501.

⁶⁷⁶ EBD.

⁶⁷⁷ Vgl. EBD.

⁶⁷⁸ Die Stelle als *Chirurgus* und Prosektor an der Universität in Rinteln scheint vorübergehend vakant gewesen zu sein.

⁶⁷⁹ Vgl. auch AVENARIUS (1840), S. 118.

offiziell nur 2 „Landchirurgen“.⁶⁸⁰ 1790 war ihre Zahl auf 10 angewachsen.⁶⁸¹ In der Mitte des 19. Jahrhunderts gab es dann nur noch je 1 *Chirurgus* in Bückeberg, Stadthagen, Hagenburg und Steinhude.⁶⁸²

Im Zuge der Verwaltungsreformen nach der Entmachtung Napoleons erfolgte auch eine Neuregelung des kurhessischen Militärsanitätswesens. Dabei wurde die Gewichtung der Ausbildung deutlich zugunsten einer akademisch-wissenschaftlichen Ausrichtung verschoben.⁶⁸³ Ab 1849 sollten nur noch Personen beim Militär eingestellt werden, die sowohl in Medizin als auch Chirurgie examiniert worden waren.⁶⁸⁴ Die kurhessische Medizinalordnung von 1830 unterschied noch zwischen *Chirurgi* bzw. Wundärzten erster Klasse (operative Wundärzte), die die Wundheilkunde „in ihrem ganzen Umfange“ ausüben durften und denen zweiter Klasse, die sich auf „einfachere“ chirurgische Verrichtungen beschränken mussten. 1854 durfte die Wundheilkunde allein von den Wundärzten erster Klasse betrieben werden.⁶⁸⁵ Damit war die sich immer deutlicher abzeichnende Trennung zwischen der akademisch ausgerichteten Medizin und der herkömmlichen Handwerkschirurgie vollzogen. Und auch wenn 1857 ein Ausschreiben des Ministeriums des Innern in Ergänzung zur Medizinalordnung eine Reihe von Bestimmungen zu diesem Berufsbild traf, war es doch im Verschwinden begriffen. Im Jahre 1840 praktizierten insgesamt 7,⁶⁸⁶ 1860 nur noch 5 Wundärzte in Schaumburg, von denen 3 gleichzeitig Geburtshelfer waren. Preußen hatte bereits 1852 einen ärztlichen Einheitsstand mit der Zusammenfassung von Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer in einer Person geschaffen.⁶⁸⁷ Mit der Reichsgründung fanden diese Bestimmungen in den übrigen deutschen Territorien Anwendung, womit das Berufsbild des Wundarztes endgültig abgeschafft war.⁶⁸⁸

⁶⁸⁰ Vgl. SCHAUMBURGLIPPISCHER VERBESSERTER ALLEIN PRIVILEGIRTER CALENDER AUF DAS 1776STE JAHR.

⁶⁸¹ In Bückeberg und Stadthagen praktizierten je ein „Land-Wundarzt“. Darüber hinaus werden in Bückeberg 4 „Wundärzte“ (einer davon mit dem Zusatz „Bader“), in Hagenburg und Steinhude je ein „Wundarzt“ sowie in Stadthagen 2 Bader aufgeführt; vgl. SCHAUMBURG=LIPPISCHER KALENDER NACH DER ALLGEMEINEN REICHS=ZEIT=RECHNUNG AUF DAS 1790STE JAHR.

⁶⁸² Vgl. SCHAUMBURG=LIPPISCHER KALENDER AUF DAS SCHALT=JAHR 1844.

⁶⁸³ Vgl. HOFF (1980), S. 207-215.

⁶⁸⁴ Vgl. EBD., S. 230.

⁶⁸⁵ Vgl. SAMMLUNG KURHESSEN 14, S. 31.

⁶⁸⁶ Vgl. AVENARIUS (1840), S. 118.

⁶⁸⁷ Vgl. EULNER (1970), S. 306 f.

⁶⁸⁸ Vgl. GROSS (1999), S. 10.

d. Ärzte

Die Ärzte⁶⁸⁹ nahmen innerhalb des Spektrums der Heilkundigen in der Frühen Neuzeit den ersten Rang ein. Durch den Gebrauch der lateinischen Sprache sowie das Führen des Dokortitels unterstrichen die Ärzte ihren Gelehrtenstatus.⁶⁹⁰ Denn dieser gründete weniger auf besondere Heilerfolge, als vielmehr auf ihrer theoretisch gebundenen universitären Ausbildung.⁶⁹¹ Ihr primäres Aufgabengebiet umfasste die Behandlung innerer Leiden, letztlich die Diagnostik und Medikation. Und zumindest in den deutschen Territorien überwandten die Ärzte ihre Abneigung gegen die Handwerkschirurgie nur langsam.⁶⁹² Dagegen führten die Wundärzte und Apotheker gerne die den Ärzten vorbehaltenen „inneren Kuren“ durch. Um diese Praxis zu unterbinden, wurden im 18. Jahrhundert entsprechende Verbote zugunsten der kontinuierlich anwachsenden Ärzteschaft erlassen⁶⁹³ bzw. erneuert⁶⁹⁴.

Die entgeltliche Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen war vor dem 19. Jahrhundert nur einer relativ begüterten Klientel möglich. Wirkungs- und Wohnstätten der Ärzte waren aufgrund der höheren Anzahl an potentiellen, weil vermögenden Patienten vornehmlich größere Städte.⁶⁹⁵ Rein rechtlich zählten Ärzte als Gelehrte zwar zur städtischen Oberschicht; gleichzeitig waren sie Dienstleistende, die in einem materiellen Abhängigkeitsverhältnis zu ihren wenigen Patienten standen.⁶⁹⁶ Der Betrieb einer Praxis im modernen Sinne war lange die Ausnahme. Die Ärzte suchten ihre Patienten vorwiegend in deren Wohnhäusern auf. Die Etablierung ärztlicher Sprechstunden in den eigenen Räumen setzte sich erst seit der Mitte des 19. Jahrhunderts durch.⁶⁹⁷ Trotz ihres Gelehrtenstatus und überdurchschnittlich hoher Einkommen standen die Ärzte

⁶⁸⁹ Im Folgenden wird für die akademisch ausgebildeten Heilkundigen der Begriff Ärzte im Sinne von Leibärzten zur Unterscheidung von den Chirurgen bzw. Wundärzten verwendet.

⁶⁹⁰ Vgl. FLÜGGE (2003), S. 27 f.

⁶⁹¹ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 96; SANDER (1998), S. 42.

⁶⁹² Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 31 f. u. 34.

⁶⁹³ Vgl. SOMMER (1979), S. 131; HOFF (1980), S. 23.

⁶⁹⁴ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 3, S. 182 f.

⁶⁹⁵ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 50 f.

⁶⁹⁶ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 32 f.

⁶⁹⁷ Vgl. HEISCHKEL-ARTELT (1967), S. 10 f. Im 18. Jahrhundert war es noch das Privileg einiger weniger prominenter Ärzte, die Patienten bei sich zu empfangen; vgl. STOLBERG (1999), S. 177 f.

im Allgemeinen in keinem hohen Ansehen.⁶⁹⁸ Frühneuzeitliche Landesherren besetzten zwar immer wieder einflussreiche Positionen mit Ärzten;⁶⁹⁹ doch erst mit den Reformen auf dem Gebiet des Medizinalwesens wurde die Ärzteschaft systematisch an der staatlichen Administration beteiligt.⁷⁰⁰ Hieraus resultierte eine Unterscheidung in die rein privat praktizierenden ansässigen „Medici“ und die „Physici“, die die Funktion von Amtsärzten innehatten. Die hessische Medizinalordnung von 1767 übertrug den „Physici und Amtsärzten“ weitreichende Aufgaben, darunter die Überwachung der Einhaltung seuchenpräventiver Maßnahmen und die Visitation der Apotheken.⁷⁰¹

Aufgrund der besseren Verdienstmöglichkeiten war die Ärztedichte in den Großstädten am höchsten.⁷⁰² So betreuten in der Mitte des 18. Jahrhunderts in Lüneburg sieben Ärzte rund 10.000 Stadtbewohner.⁷⁰³ Daneben praktizierten sechs Bader. Die medizinische Versorgung in den Kleinstädten und auf dem Land erfolgte zunächst durch das übrige medizinische Personal.⁷⁰⁴ Die territorialstaatlichen Bemühungen um die Hebung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung begünstigten die Ausdehnung des ärztlichen Wirkungskreises auf das Land.⁷⁰⁵ In Baden-Württemberg kamen im Jahre 1829 1,9 Ärzte auf 10.000 Einwohner, 20 Jahre später waren es schon 2,9.⁷⁰⁶ Allerdings praktizierten sie zum größten Teil weiterhin in den Städten.

Eine ähnliche Entwicklung vollzog sich in der Grafschaft Schaumburg. Dort gab es bis zum ausgehenden 18. Jahrhundert außer zwei Lehrstuhlinhabern für Medizin von der Rintelner Universität keinerlei Ärzte. Um 1800 ließ sich dann in den Städten Hessisch Oldendorf und Rodenberg zunächst je ein Arzt dauerhaft nieder. Der damalige „Brunnen-Medicus“ wohnte in Kassel und hielt sich nur vorübergehend im Bad zu Nenndorf auf. In den folgenden Jahrzehnten stieg die Zahl an Ärzten in der Grafschaft Schaumburg deutlich an. 1860 praktizierten insgesamt zehn promovierte Ärzte in den

⁶⁹⁸ Dies änderte sich erst seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts; vgl. DREES (1988), S. 41.

⁶⁹⁹ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 29; BEISSWANGER (1996), S. 50.

⁷⁰⁰ Vgl. PORTER (2000), S. 290; hierzu auch SANDER (1998), S. 26.

⁷⁰¹ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 473-476; vgl. auch WISCHHÖFER (1991), S. 112 f. u. 209.

⁷⁰² 1803 kamen in Lippe auf 10.000 Einwohner zwar durchschnittlich 1,1 Ärzte, allerdings praktizierte niemand von ihnen auf dem Land. Dadurch betrug das Verhältnis in den lippischen Städten beachtliche 7,3 Ärzte auf 10.000 Einwohner; vgl. EBD., S. 210.

⁷⁰³ Vgl. HINZ (1965), S. 79.

⁷⁰⁴ Vgl. PROBST (1984), S. 197; DREES (1988), S. 47.

⁷⁰⁵ Vgl. EBD., S. 49 u. 51.

⁷⁰⁶ Von denen der größte Teil in Städten praktizierte; vgl. EBD., S. 54 u. 164.

schaumburgischen Städten.⁷⁰⁷ Davon entfielen vier auf Rinteln, je zwei auf Rodenberg und Hessisch Oldendorf sowie je einer auf Obernkirchen und Sachsenhagen. Mit einer Ausnahme sind alle Ärzte auch Geburtshelfer, einige zugleich Wundarzt. Damit wurden um 1860 in Schaumburg 10.000 Einwohner von durchschnittlich 2,8 akademisch ausgebildeten Ärzten versorgt. Im benachbarten Schaumburg-Lippe gab es im ausgehenden 18. Jahrhundert zumindest zwei Ärzte in Bückeburg sowie vorübergehend zwei Ärzte in Stadthagen.⁷⁰⁸ Rund 50 Jahre später praktizierten in Bückeburg insgesamt sechs Ärzte, in Stadthagen vier sowie einer in Steinhude.⁷⁰⁹

Mit der Erhöhung der Arztdichte verstärkte sich der allgemeine Konkurrenzdruck. Die zunehmende Tendenz, sich offensiv gegenüber dem übrigen Heilpersonal zu distanzieren, gründete nun nicht mehr vorrangig auf Standesstolz, sondern hatte auch einen materiellen Beweggrund. Die Ärzte sahen ihre Einkommensmöglichkeiten durch Wundärzte und Laienbehandler, die ihre Dienstleistungen günstiger anboten, geschmälert.⁷¹⁰ Dass die Ärzte in ihrem Bemühen um Abgrenzung schnell erfolgreich waren, verdankten sie ihrem Einfluss auf landesherrliche Institutionen sowie ihren besseren publizistischen Möglichkeiten.⁷¹¹ Zunächst wurde in den deutschen Territorien die Unterscheidung zwischen den medizinischen Berufsgruppen und ihren jeweiligen Kompetenzen eindeutiger definiert und stärker kontrolliert. Daneben wurden Vorrang und Weisungsbefugnisse der akademisch gebildeten Ärzteschaft gegenüber dem sonstigen Heilpersonal festgeschrieben.⁷¹² Schließlich eigneten sich immer mehr Ärzte Aufgaben aus deren Kompetenzbereichen an. So praktizierten bereits im ausgehenden 18. Jahrhundert in der Grafschaft Lippe von den 20 konzessionierten Ärzten 10 gleichzeitig als Wundarzt und Geburtshelfer, 3 waren zusätzlich als Wundarzt tätig und einer führte auch die Bezeichnung als Geburtshelfer.⁷¹³

Zu Beginn der Frühen Neuzeit basierten die anatomischen Kenntnisse vieler Ärzte noch auf reinem Buchwissen; in der Mitte des 18. Jahrhunderts hatten viele Ärzte auf

⁷⁰⁷ Um 1840 waren es sogar 12 Ärzte, da jeweils 3 in Rodenberg und Hessisch Oldendorf praktizierten; vgl. AVENARIUS (1840), S. 117.

⁷⁰⁸ Vgl. SCHAUMBURG=LIPPISCHER KALENDER nach der allgemeinen Reichs=Zeit=Rechnung auf das 1789ste Jahr u. EBD. auf das 1790ste Jahr.

⁷⁰⁹ Vgl. SCHAUMBURG=LIPPISCHER KALENDER auf das Schalt=Jahr 1844.

⁷¹⁰ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 96.

⁷¹¹ Vgl. BARTHEL (1989), S. 49-52.

⁷¹² Vgl. SANDER (1998), S. 26.

⁷¹³ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 213 f.; hierzu auch MÜNCH (1986), S. 204 f.; DINGES (2013), S. 150.

dem Gebiet der Chirurgie praktische Erfahrungen gesammelt. Nun kritisierten sie die Fähigkeiten der Wundärzte und gaben diesen Ratschläge zur Erweiterung ihrer Kenntnisse.⁷¹⁴ Die Sektion Verunglückter war mittlerweile bereits allgemein üblich.⁷¹⁵ In der Landgrafschaft Hessen-Kassel wurde außerdem verordnet, dass die Leichen unehelicher Kinder oder hingerichteter Straftäter für Sektionen bereitzustellen sind (1739).⁷¹⁶ In der Medizinalordnung von 1767 wurde darüber hinaus bestimmt, dass die in Waisen- und Zuchthäusern sowie in Gefängnissen verstorbenen Kinder sowie „Dirnen, die sich drey und mehrere Fornications=Fälle zu Schulden kommen lassen, (...) zur Anatomie und Ausübung der chirurgischen Operationen genommen werden sollen.“⁷¹⁷

Da die akademisch ausgebildeten Ärzte zunehmend das Behandlungsspektrum der Wundärzte abdeckten und auch als Geburtshelfer auftraten, intensivierte sich der Kontakt zu Angehörigen der unteren Gesellschaftsschichten. Fördernd wirkte sich die staatliche Gesetzgebung mit ihren praktischen Maßnahmen zur Armenfürsorge aus, denn der Kurierzwang, also die Verpflichtung, anerkannte Mittellose kostenlos zu behandeln, erweiterte ihren Patientenstamm.⁷¹⁸ Daneben ließen sich immer mehr Ärzte auf dem Land nieder. Eine Abneigung gegenüber den Dienstleistungen von Ärzten und Wundärzten scheint unter der Landbevölkerung zwar nicht bestanden zu haben.⁷¹⁹ Gleichwohl wurden die Kenntnisse und Fähigkeiten der Laienheiler nicht grundsätzlich als geringer erachtet.⁷²⁰ Ohnehin waren in der Bevölkerung Tipps und herkömm-

⁷¹⁴ Vgl. HANNOVERISCHE BEYTRÄGE 1759, S. 113-128; besonders S. 117, 124 und 127 f.

⁷¹⁵ Vgl. NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 1757, S. 174. Die Anzahl an Sektionen scheint bisweilen überhand genommen zu haben. Weil in Unglücksfällen „jedemahl der Körper secirt, und dadurch von denen Beamten, Physicis und Chirurgis denen armen Unterthanen, welche das Unglück betroffen, obschon die Ursache des Todes in keinem Zweifel unterworfen, ohne Noth vergebene Kosten gemacht werden wollen“, wurde 1742 verfügt, dass „nur die Section vorgenommen werden solle, wann ein Tods Schlag begangen (...) und ungewiß ist, ob der entleibte an der Wunde verstorben ist oder nicht“; vgl. SAMMLUNG HESSLO 4, S. 825.

⁷¹⁶ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 4, S. 605. Bereits in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts war der Bedarf an Leichen, insbesondere für die „anatomischen Theater“ der Universitätsstädte, außerordentlich gestiegen; vgl. GIERL (1988).

⁷¹⁷ SAMMLUNG HESSLO 6, S. 477 f.

⁷¹⁸ Vgl. die Medizinalordnung v. 10.07.1830. In: SAMMLUNG KURHESSEN 5, 29-116.

⁷¹⁹ Vgl. BEISSWANGER (1996), S. 70 f.

⁷²⁰ Vgl. FLÜGGE (2003), S. 27; hierzu auch PROBST (1984), S. 197; HUERKAMP (1985a), S. 24 f.; PORTER (2000), S. 287. Insbesondere gilt dies für Laienheiler, die ohne formelle Ausbildung zumeist im Nebenerwerb praktizierten. Ärzte beobachteten, dass sich auch begüterte Patienten an Laienheiler wandten.

liche Behandlungsmethoden, die zum Teil der berüchtigten Dreckapotheke entsprangen, weitverbreitet.⁷²¹ Die Ärzte sahen durch die Laienheiler grundsätzlich ihre Autorität unterwandert und den Erfolg ihrer verordneten Therapien bedroht.⁷²²

Die wachsenden Erfolge der akademischen Ärzte wurden bald auch innerhalb derjenigen Schichten, die bislang eher Laienheiler konsultiert haben, wahrgenommen. Beispielsweise profitierten die studierten Ärzte seit der Mitte des 19. Jahrhunderts von der Einführung einer vergleichsweise unspektakulären Erfindung wie dem Gipsverband im Falle von Knochenbrüchen.⁷²³ Der soziale Aufstieg der Ärzteschaft verdankt sich zwar auch dem Aufstieg des Bürgertums bzw. der Verbreitung aufklärerischen Gedankenguts und Zielsetzungen wie der Herbeiführung von Verbesserungen auf allen gesellschaftlichen Gebieten.⁷²⁴ Entscheidend für den Erfolg der akademischen Ärzte war jedoch der steigende medizinische Fortschritt seit dem mittleren Drittel des 19. Jahrhunderts.⁷²⁵

⁷²¹ Vgl. BARTHEL (1989), S. 134.

⁷²² Vgl. EBD., S. 163-165.

⁷²³ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 132.

⁷²⁴ Vgl. BARTHEL (1989), S. 40-47.

⁷²⁵ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 136 f. u. 154 f.; DINGES (2013), S. 151-153.

e. Apotheken

Die Medikamentenherstellung war bis zum Mittelalter noch Bestandteil des ärztlichen Aufgabengebiets.⁷²⁶ Die Herausbildung eines pharmakologischen Expertentums begann zunächst in den islamischen Ländern. Im christlichen Abendland wurden die Berufsbilder Arzt und Apotheker erstmals im Rahmen der Gesetzgebung Kaiser Friedrichs II. voneinander unterschieden.⁷²⁷ Diese Maßnahme stand durchaus im Zeichen des Patientenschutzes. Sie sollte verhindern, dass die Ärzte an den von ihnen verschriebenen Medikamenten verdienten.⁷²⁸

Bis in die Neuzeit hinein waren Medikamente für sehr viele Menschen nicht oder nur unter erheblichen Entbehrungen erschwinglich.⁷²⁹ Zu vermuten ist, dass zumindest die Landbevölkerung einen großen Teil ihres Bedarfs an Medikamenten nicht von den ansässigen Apothekern bezog, sondern von fahrenden Arzneimittelhändlern.⁷³⁰ Erst im Laufe des 18. Jahrhunderts wurde gegen den „Schleichhandel“ der „Medizin- und Schachtelkrämer“ vorgegangen, indem zunehmend Verbote erlassen oder die Einhaltung bereits bestehender Verbote strenger überwacht wurde.⁷³¹ Da viele Apotheker Schwierigkeiten hatten, ihren Lebensunterhalt allein vom Medikamentenverkauf zu bestreiten, wurde ihnen neben dem Handel mit Gewürzen oder Farben häufig der Verkauf und Ausschank von Alkohol gestattet.⁷³² Insbesondere der Handel mit alkoholischen Getränken war immer wieder Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen

⁷²⁶ Vgl. WINAU (1993b), S. 259-262; DILG (2005), S. 104 f.

⁷²⁷ Dessen Medizinalordnung galt jedoch nur für das Königreich Sizilien. Im deutschsprachigen Raum erfolgte eine Unterscheidung erst im folgenden Jahrhundert; vgl. FLÜGGE (2003), S. 19 f.

⁷²⁸ Vgl. MÜNCH (1986), S. 211; FLÜGGE (2003), S. 19 f.

⁷²⁹ „Beispielsweise lag Mitte des 18. Jahrhunderts der durchschnittliche Preis für ein Rezept bei 18 Mariengroschen (Mgr.). Dies entsprach 18 Grobbrot zu etwa 400 g, 90 Eiern oder zwei Tagesverdiensten eines Tagelöhners im Sommer.“ Hinzu kamen die Kosten für den Arztbesuch oder das Einlösen des Rezeptes; BEISSWANGER (1996), S. 39 f. Der Landgraf von Hessen-Kassel beauftragte im Jahre 1787 aufgrund von Klagen über zu hohe Preise sein Medizinalkollegium mit der Erarbeitung einer neuen Taxordnung für Apotheken; vgl. KRAUS (1989), S. 313.

⁷³⁰ Die Pharmazie entwickelte sich ohnehin erst im 19. Jahrhundert zu „einer sich allmählich emanzipierenden, eigenständigen Wissenschaft (...). Bis dahin wurde die Arznei- oder Apothekerkunst nämlich als eine rein praktische, auf handwerklicher Basis beruhende Fertigkeit betrieben.“; DILG (2005), S. 103.

⁷³¹ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 101; BEISSWANGER (1996), S. 215-222. In der Landgrafschaft Hessen-Kassel wurden bereits entsprechende Einschränkungen durch die Apotheker-Ordnung von 1564 getroffen; vgl. SAMMLUNG HESSLO 1, S. 203; hierzu auch SAMMLUNG HESSLO 6, S. 427.

⁷³² Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 156; SANDER (1998), S. 45; für Schaumburg vgl. auch SOMMER (1979), S. 46 f. u. 90 f.

Apothekern einerseits und Materialisten⁷³³, Gastwirten, Städten⁷³⁴ oder der Landesherrschaft andererseits.⁷³⁵ Aus Rentabilitätsgründen bestanden Apotheken zunächst nur in Städten.⁷³⁶

Die erste schauburgische Apotheke wurde 1575 in Stadthagen eingerichtet. Bis dahin hatte man in Schaumburg die benötigten Medikamente von reisenden Händlern oder in benachbarten Territorien erworben.⁷³⁷ Doch selbst als sich in den meisten Städten bereits Apotheken befanden, bezog die schauburgische Bevölkerung nachweislich Medikamente u. a. auch aus dem relativ weit entfernten Minden.⁷³⁸ Als gewichtiger Grund für die Förderung von Apothekengründungen in Schaumburg kommt die Häufung von Seuchen wie Pest und Ruhr in Betracht.⁷³⁹ Zu Beginn des 17. Jahrhunderts wurden schließlich auch Apotheken in Rinteln und Bückeberg etabliert.⁷⁴⁰ Eine weitere Apotheke existierte spätestens seit 1630 in Hessisch Oldendorf.⁷⁴¹ Die Bewohner des nördlichen Teils der Grafschaft hatten ihren Medikamentenbedarf zunächst über die calenbergische Stadt Wunstorf gedeckt. Hinter der Verleihung eines Privilegs zur Einrichtung einer Apotheke im schauburg-lippischen Hagenburg im Jahre 1754 stand wohl nicht zuletzt der landesherrliche Wille, den Abfluss von Geldern in die Apotheken von Wunstorf und Sachsenhagen zu verhindern.⁷⁴² Bereits kurz nach Einführung der Kirchenbücher im Kirchspiel Grove im Jahre 1665 erscheinen Apotheker in den Registern. Die Gründung der ersten Apotheke in der Stadt Rodenberg dürfte in diesen Zeitraum fallen. 1709 eröffnete dann in Sachsenhagen eine Apotheke.⁷⁴³ Ein Gesuch um Einrichtung einer Apotheke in Obernkirchen im Jahre 1734 wurde indes

⁷³³ Materialisten waren vorwiegend in größeren Städten ansässig. Wenngleich eine exakte Trennung zu den Apothekern nicht immer möglich ist, lassen sich die Materialisten in Hinblick auf ihr Angebotssortiment am ehesten mit den modernen Drogisten vergleichen; vgl. MÜNCH (1986), S. 212-216; KRAUS (1989), S. 305 f.

⁷³⁴ Im Zusammenhang mit Eingaben um die Gewährung des Privilegs zur Einrichtung von Apotheken in den kleineren Städten stand häufig die Frage im Vordergrund, in welchem Umfang der Apotheker durch den Verkauf von Branntwein die Einnahmen des Stadtkellers schmälern würde; vgl. STAB H 1, Nr. 248.

⁷³⁵ Vgl. SOMMER (1979), S. 119-121, 144 f. u. 224.

⁷³⁶ Vgl. BEISSWANGER (1996), S. 39.

⁷³⁷ Vgl. SOMMER (1979), S. 41-43.

⁷³⁸ Vgl. STAB H 1, Nr. 248.

⁷³⁹ Vgl. SOMMER (1979), S. 102.

⁷⁴⁰ In Bückeberg die Hofapotheke und in Rinteln die Rats- und die Universitätsapotheke; vgl. SOMMER (1979), S. 73. Allerdings wurden die Rintelner Apotheken im Jahre 1661 zusammengelegt; vgl. EBD., S. 75 f.

⁷⁴¹ Vgl. KEYSER (1952), S. 194; KÖLLING (1956), S. 70.

⁷⁴² Vgl. MUNK (1985), S. 79.

⁷⁴³ Vgl. EBD., S. 75.

zunächst zurückgewiesen.⁷⁴⁴ Zum einen glaubte man, dass die Nachfrage eher gering sein werde und dadurch die vorzuhaltenden Medikamente *alt und untüuglich* würden. Zum andern bestand die Befürchtung, dass den Rintelner Apotheken hieraus ein erheblicher wirtschaftlicher Nachteil erwüchse.

In Hessen war die Anzahl an Apotheken bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts so sehr angestiegen, dass örtlich von einem Überangebot gesprochen werden kann. Zum Vergleich: 1751 kam in der Stadt Kassel eine Apotheke auf 3.000 Einwohner.⁷⁴⁵ In Schaumburg betrug zu diesem Zeitpunkt das Verhältnis zwar nur 1 : 6.000⁷⁴⁶, lag aber noch über anderen hessischen Bezirken mit einer Apothekendichte, die von 1 : 6.250 bis 1 : 9.500 (Hofgeismar) reichte.⁷⁴⁷ In den kommenden Jahrzehnten kamen nichtsdestotrotz weitere hinzu, so dass zu Beginn des 19. Jahrhunderts nicht nur in allen schaumburgischen Städten, sondern – als Folge der Konjunktur des Kurbetriebs – auch im Bad zu Nenndorf eine Apotheke bestand. Im Nachbarterritorium Schaumburg-Lippe wurden Apotheken in Stadthagen, Bückeberg, Hagenburg sowie (Bad) Eilsen betrieben.⁷⁴⁸

Im Zuge der allgemeinen Medikalisation erhöhte sich die Nachfrage nach Arzneien kontinuierlich. Die Zahl der von Ärzten ausgestellten Rezepte stieg seit dem 18. Jahrhundert deutlich an.⁷⁴⁹ Darüber hinaus dürften viele Kranke Arzneimittel ohne vorherige Konsultation eines Arztes nur auf Empfehlung der Apotheker erworben haben.⁷⁵⁰ Denn die Apotheker waren durchaus fachkundig und wurden beispielsweise durch die hessische Medizinalordnung von 1767 verpflichtet, die von den Ärzten ausgestellten Rezepte hinsichtlich ihrer Dosierung und möglicher gesundheitsschädlicher Inhaltsstoffe zu überprüfen.⁷⁵¹ Nicht zuletzt dürfte die ökonomische Notwendigkeit viele Apotheker dazu getrieben haben, Medikamente auf der Grundlage illegaler Rezepte von Laienbehandlern anzufertigen.⁷⁵²

⁷⁴⁴ Vgl. STAB H 1, Nr. 248.

⁷⁴⁵ Vgl. KRAUS (1989), S. 325.

⁷⁴⁶ Umgerechnet auf 10.000 Einwohnern entspricht die Apothekendichte in Schaumburg bereits um die Mitte des 18. Jahrhunderts fast exakt derjenigen in der Grafschaft Lippe im Jahre 1803 (1,6 Apotheken auf 10.000 Einwohner); vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 167.

⁷⁴⁷ Vgl. KRAUS (1989), S. 327.

⁷⁴⁸ Vgl. SOMMER (1979), S. 150-153 u. 222.

⁷⁴⁹ Vgl. BEISSWANGER (2003), S. 149 u. 155 f.

⁷⁵⁰ Vgl. EBD., S. 150.

⁷⁵¹ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 482.

⁷⁵² Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 107 f.; BEISSWANGER (2003), S. 152 f.

In der vielerorts zu beobachtenden Zunahme an Verordnungen zur Regelung des Apothekenwesens im 18. Jahrhundert spiegelt sich der landesherrliche Wille zur Hebung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung wider.⁷⁵³ Großes Gewicht wurde auf die Reglementierung der Ausbildung zum Apotheker gelegt.⁷⁵⁴ Das Apothekenwesen in Hessen-Kassel wurde 1564 mit dem Erlass einer ersten Verordnung zumindest ansatzweise geordnet.⁷⁵⁵ Weiterführende Bestimmungen – vor allem zum Personal – wurden für die Landgrafschaft 1616, 1767 und 1778 getroffen.⁷⁵⁶ In Schaumburg oblag dem Medizinischen Kollegium der Universität Rinteln auch die Kontrolle über die Einhaltung der Bestimmungen zu den Apotheken.⁷⁵⁷ Wenigstens in der Theorie waren regelmäßige Visitationen vorgesehen;⁷⁵⁸ begutachtet wurde dann die Bevorratung vorgegebener Mengen an Arzneimittelzutaten sowie deren Zustand.⁷⁵⁹

⁷⁵³ Vgl. auch SOMMER (2018), passim.

⁷⁵⁴ Vgl. BEISSWANGER (2003), S. 154 f.

⁷⁵⁵ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 1, S. 203-210.

⁷⁵⁶ Vgl. KRAUS (1989), S. 291-293.

⁷⁵⁷ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁷⁵⁸ Vgl. KRAUS (1989), S. 310.

⁷⁵⁹ Vgl. MÜNCH (1986), S. 210; KRAUS (1989), S. 299 f. u. 308-310; WISCHHÖFER (1991), S. 31 f.

f. Krankenhäuser

Das moderne Krankenhaus hat seinen Ursprung im mittelalterlichen Hospitalwesen.⁷⁶⁰ Ausgehend vom Gebot der Nächstenliebe wurde die Krankenpflege in Europa zunächst vornehmlich durch Mitglieder religiöser Orden wahrgenommen. Hinzu kam die Furcht vor Ansteckung und damit das Bemühen um eine Isolierung der Kranken. Allerdings spielte auch in die Einrichtung der städtischen Leprosorien und Pesthospitäler christliches Gedankengut hinein, denn man setzte den Kranken mit Hiob oder Lazarus gleich.⁷⁶¹ Dass man im Kranken einen Menschen zu erkennen glaubte, der in einem besonderen Verhältnis zu Gott stand, schlug sich in der verhältnismäßig großzügigen Versorgung der Bewohner dieser Einrichtungen nieder.⁷⁶²

Mit der Einrichtung von Krankenhäusern seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert reagierte man nicht zuletzt auf die zunehmende Mobilität von Arbeitskräften in unterschiedlichen Sektoren.⁷⁶³ Diese konnten im Krankheitsfall oftmals weder auf die Herkunftsfamilie noch auf andere unterstützende Netzwerke zurückgreifen. Die Krankenhäuser übernahmen eine wichtige soziale Funktion.⁷⁶⁴ Typische Krankenhauspatienten waren daher lange unverheiratete Personen in einem Alter zwischen 15 und 30 Jahren.⁷⁶⁵ Die Charité zu Kassel wurde eigens zur Versorgung Bedürftiger eingerichtet. Mit Kontrollen im Rahmen der Patientenaufnahme versuchte man, möglichen Missbräuchen entgegenzuwirken.⁷⁶⁶ Als Vorläuferinstitut des modernen Krankenhauses in Hessen-Kassel kann das Accouchir- und Findelhaus in Kassel, das 1761 gegründet und dem dortigen Waisenhaus angegliedert wurde, gelten, denn dieses war gleichzeitig Ausbildungsstätte für Ärzte, Chirurgen und Hebammen.⁷⁶⁷ Die Bestimmungen aus dem Jahre 1761 wurden 6 Jahre später auf die hessischen Hospitäler im Allgemeinen übertragen.⁷⁶⁸

⁷⁶⁰ Vgl. allg. JANKRIFT (2003), S. 58-66.

⁷⁶¹ Vgl. BOLDT-STÜLZEBACH (2005), S. 78.

⁷⁶² Vgl. EBD., S. 80.

⁷⁶³ Zur Entwicklung im deutschsprachigen Raum vgl. JETTER (1977), S. 19-33.

⁷⁶⁴ Vgl. FREVERT (1984), S. 75-77; SPREE (2000), S. 146 f.; NEUNER (2016), passim.

⁷⁶⁵ Vgl. SPREE (1996), S. 68 u. 70.

⁷⁶⁶ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 8, S. 164.

⁷⁶⁷ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 20 f.; hierzu auch allg. VANJA (2004)

⁷⁶⁸ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 478.

Über die Anfänge der Krankenpflege in der Grafschaft Schaumburg, die im Benediktinerkloster Möllenbeck zu vermuten ist, liegen keinerlei Quellen vor.⁷⁶⁹ In Hessisch Oldendorf existierte nachweislich seit 1530 ein städtisches Siechenhaus bzw. Hospital sowie ein Armenhaus.⁷⁷⁰ Das erste schaumburgische Krankenhaus moderner Prägung wurde 1836 in Rinteln eröffnet, „wodurch einem langgefühlten Bedürfnis abgeholfen ist, da die unvermögenden Kranken früher allein auf das Landkrankenhaus der Provinz in Cassel angewiesen waren, deren Aufnahme aber viele Schwierigkeiten fand.“⁷⁷¹ Es beschäftigte 2 Ärzte.⁷⁷² 1851 erfuhr das *Landkrankenhaus* eine kleine Erweiterung, da nunmehr einer der Ärzte mit der Ausbildung der angehenden schaumburgischen Hebammen betraut war.⁷⁷³ Die Entbindung unehelicher Kinder erfolgte vornehmlich im Rintelner Krankenhaus. Abgesehen von der erhöhten staatlichen Kontrolle der Mütter kam dies dem Betrieb der Hebammenschule zugute. Zentraler Beweggrund für die Gründung des *Landkrankenhauses* scheint die medizinische Versorgung mittelloser Kranker gewesen zu sein.⁷⁷⁴ Außerdem hatte man im Zuge der herannahenden ersten Choleraepidemie befürchtet, dass die Unterbringung Erkrankter in dem mitten in der Stadt liegenden Lazarett eine Verbreitung der Epidemie begünstigen würde.⁷⁷⁵ Die Bedeutung des Rintelner Krankenhauses für die medizinische Versorgung der schaumburgischen Bevölkerung blieb zunächst gering. In den Sterberegistern werden Krankenhausaufenthalte außerordentlich selten erwähnt, die betreffenden Verstorbenen kamen zudem aus der unmittelbaren Umgebung. Allerdings gibt es immer wieder Hinweise auf Sektionen. Zudem werden die vermerkten Todesursachen bzw. Diagnosen zunehmend exakter, was dafür spricht, dass sich das im Landkrankenhaus tätige Personal auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung hielt.

Aufgrund der in vielen Krankenhäusern bzw. Hospitälern vorherrschenden katastrophalen hygienischen Bedingungen bestand lange Zeit ein recht hohes Risiko, während des Aufenthalts an einer dort erworbenen infektiösen Krankheit zu sterben.⁷⁷⁶ Erst seit

⁷⁶⁹ Vgl. SOMMER (1979), S. 33.

⁷⁷⁰ Vgl. KEYSER (1952), S. 194.

⁷⁷¹ AVENARIUS (1840), S. 119. Bereits kurz nach der Eröffnung des Krankenhauses kam es aufgrund der Nachfrage bisweilen zu längeren Wartezeiten; vgl. STAB Dep. 29, Nr. 1838.

⁷⁷² Vgl. GRZYLEWSKI (1983), S. 60. Die Bedeutung des Rintelner Krankenhauses für die medizinische Versorgung der schaumburgischen Bevölkerung ist zunächst gering. In den Sterberegistern werden Krankenhausaufenthalte nur außerordentlich selten erwähnt.

⁷⁷³ Vgl. STAB H 2, Nr. 514.

⁷⁷⁴ Vgl. STAB Dep. 59, Nr. 1993.

⁷⁷⁵ Vgl. STAB H 2, Nr. 521.

⁷⁷⁶ Vgl. BARTHEL (1989), S. 186.

dem ausgehenden 18. Jahrhundert bemühte man sich in den Einrichtungen verstärkt um die Einhaltung erster präventiver Maßnahmen.⁷⁷⁷ Die allgemeine Einführung von Hygieneregeln im modernen Sinne erfolgte indes erst seit den 1860er Jahren, wobei insbesondere Joseph Lister und Max Pettenkofer vorbildgebend waren. Doch bereits zuvor hatten sich die Zustände in den Krankenhäusern gebessert. Bei den Reformen stand weniger die gegen die Krankheit gerichtete Therapie im Vordergrund, als vielmehr die Schaffung einer genesungsfördernden Umgebung. Indem man viel Gewicht auf den pflegerischen Aspekt legte, erhoffte man sich einen positiven Einfluss auf die Selbstheilungskräfte der Patienten.⁷⁷⁸

Im Übergang zur Neuzeit vollzog sich schließlich die Entwicklung des Krankenhauses „von einer relativ unbedeutenden Wohlfahrtsinstitution am Rande der Gesellschaft (...) zu der zentralen Institution des modernen Gesundheitswesens“.⁷⁷⁹ Parallel zur Umwandlung des Hospitals alten Stils zum neuzeitlichen Krankenhaus veränderten sich sowohl das Selbstverständnis der Ärzteschaft als auch die gesellschaftliche Einstellung zur Krankheit. Zudem ließ sich über das Krankenhaus ein aufklärerischer Anspruch umsetzen. Denn da die Krankenhauspatienten zumindest theoretisch einer ständigen und umfassenden sozialen Kontrolle ausgesetzt waren, wurden sie zu einer als gesund erachteten Lebensführung gezwungen.⁷⁸⁰

⁷⁷⁷ Vgl. BARTHEL (1989), S. 191-198.

⁷⁷⁸ Vgl. SPREE (2000), S. 148 f.

⁷⁷⁹ SPREE (1996), S. 51.

⁷⁸⁰ Vgl. BARTHEL (1989), S. 109 f. u. 187 f.; siehe auch EBD., S. 191-198, zur Frage, ob der den Patientenkörper unmittelbar einbeziehende Maßnahmenkatalog zur Hygieneerziehung ein sozialdisziplinierendes Mittel darstellt.

g. Heilbäder

Seit dem ausgehenden Spätmittelalter begann sich die allgemeine Einstellung gegenüber dem Wasser zu wandeln.⁷⁸¹ Man vermutete, dass Wasser das Gleichgewicht der Körpersäfte negativ beeinflussen und damit die Gesundheit gefährden könnte.⁷⁸² Erst im Laufe des 18. Jahrhunderts erlangte Wasser, zumindest in fließender bzw. frischer Form, erneute Wertschätzung. Im Vordergrund stand zunächst die innerliche Behandlung, seit Mitte des 18. Jahrhunderts empfahl man auch die Anwendung warmer oder kalter Bäder.⁷⁸³ In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts gründete man daher in vielen deutschen Territorien Heilbäder. Deren Ansehen steigerte sich, wenn in ihnen angesehenen Ärzte praktizierten und publizierten. Ein Aufenthalt in den immer luxuriöseren Anlagen war vorerst nur für wohlhabende Personen erschwinglich.⁷⁸⁴ Die Heilkraft des Wassers war bei der Wahl des Standortes für die Einrichtung eines Kurortes nur ein Aspekt. Als ebenso wichtig wurde die Ausbaufähigkeit in Hinblick auf geselliges⁷⁸⁵ Leben und Repräsentativität der gerne von den Landesherren geförderten Bäder erachtet.⁷⁸⁶

Im 18. Jahrhundert wurde in der Feldmark zwischen den schaumburgischen Dörfern Groß- und Kleinnenndorf ein Badebetrieb zur Nutzung von Schwefelquellen eingerichtet. In den folgenden Jahrzehnten wuchsen die beiden Dörfer mit dem Bad zu der heutigen Stadt⁷⁸⁷ Bad Nenndorf zusammen. Ursprünglich war die Stadt Rodenberg als Standort für den Kurbetrieb vorgesehen.⁷⁸⁸ In deren unmittelbarer Nähe befand sich der sogenannte Gesundbrunnen mit seinen solehaltigen Quellen, die bereits – allerdings in bescheidenem Maße – in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts genutzt wurden. In den 1780er Jahren wurde jedoch beschlossen, den Kurbetrieb in das heutige Bad Nenndorf zu verlegen. Der Rodenberger Gesundbrunnen bestand noch bis 1840

⁷⁸¹ Vgl. EßER/FUCHS (2003), S. 9-11.

⁷⁸² Angehörige der gehobenen Schichten hegten zudem eine Abneigung vor dem Wasser, weil es „als Reinigungsmittel der armen Leute galt“; vgl. FREY (1997), S. 74.

⁷⁸³ Vgl. EBD., S. 111-120. Das Misstrauen gegenüber dem Wasser hatte sich jedoch nicht auf die Heilbäder erstreckt, deren Besuch auch in den vorangegangenen Jahrhunderten als gesundheitsfördernd galt; vgl. RUDOLPH (1766), S. 16-18; hierzu auch allg. BROCKLIS (1990).

⁷⁸⁴ Vgl. STEUDEL (1967), S. 84-86; MOERCHEL (1977), S. 212.

⁷⁸⁵ Von besonderer Bedeutung war das Glücksspiel. So waren die hessischen Bäder vom Verbot des Hazardspiels an öffentlichen Orten ausgenommen; vgl. SAMMLUNG HESSLO 8, S. 15 u. 94.

⁷⁸⁶ Vgl. LOTZ-HEUMANN (2003), S. 30 f.

⁷⁸⁷ Bad Nenndorf erhielt im Jahre 2000 die Stadtrechte.

⁷⁸⁸ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 91 f., 107-111, 143 f.; EVERS (1964), S. 9-14; PUTSCHKY (2000), S. 51 f.

weiter, wurde dann aber aufgelöst. In der benachbarten Grafschaft Schaumburg-Lippe waren in Stadthagen und (Bad) Eilsen Gesundbrunnen in Betrieb.⁷⁸⁹ Die Bedeutung des Stadthäger Brunnens schwand indes seit der Mitte des 18. Jahrhunderts deutlich. Die Eilsener Schwefelquellen waren zwar bereits im 16. Jahrhundert bekannt, die Fassung der Quellen und die Etablierung eines Kurbetriebs erfolgten erst zu Anfang des 19. Jahrhunderts.

Ob, und falls ja, in welchem Umfang die schaumburgischen Bäder von der einheimischen Bevölkerung genutzt wurden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Doch scheint die Nenndorfer Schwefelquelle zumindest vor der Einrichtung des Bades durch „immer mehr hilfebedürftige Menschen“ frequentiert worden zu sein, was „die Aufmerksamkeit des Publikums“ erregte.⁷⁹⁰ Anwendung fand das Mineralwasser vorzugsweise bei „Gicht, Lähmungen, hartnäckigen Hautkrankheiten und Brustbeschwerden“⁷⁹¹. Insofern ist es wahrscheinlich, dass Einwohnern im näheren Umkreis von Rodenberg und Bad Nenndorf im Krankheitsfall⁷⁹² eine Bade- oder Trinkkur⁷⁹³ verordnet oder deren Notwendigkeit attestiert worden ist.⁷⁹⁴ Das Wissen von der Heilwirkung solehaltigen Wassers dürfte sich nicht zuletzt über die Beschäftigten eines Salinenbetriebs, der sich ebenfalls in der Nachbarschaft Rodenbergs befand, verbreitet haben. Unter Salinenarbeitern scheint die therapeutische Verwendung von Sole bereits lange vor dem Aufkommen des Badekurwesens im 18. Jahrhundert üblich gewesen zu sein.⁷⁹⁵

Trotz der steigenden Beliebtheit der Heilbäder und ihrer zunehmenden Frequentierung durch Angehörige finanziell weniger gut gestellter Schichten ist im Falle lebensbedrohlicher Krankheiten nicht von einem spürbaren Einfluss auf die Mortalität auszugehen. So waren Kuraufenthalte zwar „oft die letzte Hoffnung von Tuberkulose-Kranken“, Heilung erbrachten indes auch sie nicht.⁷⁹⁶

⁷⁸⁹ Vgl. SOMMER (1979), S. 178-181 u. 195-198; SCHWEDT (2017), S. 284-297.

⁷⁹⁰ Vgl. WESTPHÄLISCHES MAGAZIN 1787, S. 93.

⁷⁹¹ Vgl. EBD., S. 114.

⁷⁹² Eine Indikation wurde vornehmlich bei Rheuma- und Hauterkrankungen sowie Lungenleiden gesehen; vgl. EVERS (1964), S. 14.

⁷⁹³ Sole wurde mit Schwefelwasser oder Milch vermischt getrunken; vgl. WALTER (2006), S. 208.

⁷⁹⁴ Die Pyrmonter Heilquelle wurde nachweislich in großer Zahl auch von Angehörigen unterer sozialer Schichten genutzt; vgl. ERKER (2003), S. 54, 59-60 u. 70 f.

⁷⁹⁵ Vgl. WALTER (2006), S. 22 f.

⁷⁹⁶ Vgl. MOERCHEL (1977), S. 215 u. passim.

Dennoch ging mit der Etablierung eines Kurbetriebs eine gewisse Verbesserung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung einher, da viele Badeärzte hochqualifizierte Fachleute waren.⁷⁹⁷ So wurde der Rodenberger Gesundbrunnen zwischen 1760 und 1768 von dem angesehenen Arzt und Landphysikus der Ämter Hagenburg und Sachsenhagen, Arthur Conrad Ernsting, betreut.⁷⁹⁸ Nach dessen Tod wurde das Amt des Brunnenarztes durch einen der beiden Rintelner Professoren an der medizinischen Fakultät ausgeübt. Da der Kurbetrieb nach der Einrichtung des Bades in Nenndorf einen Aufschwung erlebte, wurde 1788 noch ein *Brunnen-Chirurgus* bestellt.⁷⁹⁹

⁷⁹⁷ Vgl. RUDOLPH (1766), S. 39.

⁷⁹⁸ Vgl. MUNK (1985), S. 75-82; SCHWEDT (2017), S. 98-102.

⁷⁹⁹ Vgl. STAB H 1, Nr. 242. Allerdings wird dieser in den Staats- und Adresskalendern auch in Rinteln aufgeführt. Eine Vollzeittätigkeit im Bad zu Nenndorf ist unwahrscheinlich.

2.2.4 Therapie und Heilungschancen

In Anbetracht der gleichbleibend hohen Kindersterblichkeit, des vielfachen Todes in relativ jungen Jahren sowie einer wiederkehrenden und bisweilen drastischen Seuchenmortalität ist man versucht, den frühneuzeitlichen Menschen schon aus Gründen des Selbstschutzes ein hohes Maß an Fatalismus zu unterstellen. Zumindest unter den Angehörigen der bäuerlich wirtschaftenden Bevölkerung könnte eine eher gleichgültige Einstellung gegenüber Krankheiten bestanden haben, solange durch diese keine Einschränkung der Arbeitskraft hervorgerufen wurde. Den allgegenwärtigen Kinderkrankheiten versuchte man vornehmlich mit althergebrachten Hausmitteln beizukommen.⁸⁰⁰ Der schrauburg-lippische Arzt Friedrich Most beklagte 1839 die Einstellung seiner Zeitgenossen gegenüber den Kinderkrankheiten: „Unter manchen Ständen, besonders unter den Landleuten, herrscht das irrige Vorurtheil, dass die Kinderkrankheiten wenig zu bedeuten hätten, dass diese die Natur allein heile. (...) Leider wird der Arzt oft zu spät gerufen, wenn erst Hebammen und alte Weiber ihre Kunst oder Unkunst versucht haben.“⁸⁰¹

Im Gefolge der Aufklärung waren die Bemühungen der Ärzteschaft, auf publizistischem Wege Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu nehmen, sprunghaft angestiegen. In Zeitschriften und Kalendern informierte sie über die Ursachen von Krankheiten, gab Ratschläge zur Heilung und lieferte diätetische Regeln zu deren Vermeidung.⁸⁰² Doch stellt sich die Frage, ob eine Rezeption dieser Veröffentlichungen über den bescheidenen Kreis Gebildeter in größeren Städten hinaus erfolgt ist. Illiteralität, Verständnisschwierigkeiten und finanzielle Hürden dürften der Verbreitung medizinischer Ratgeberliteratur entgegengestanden haben.⁸⁰³ Tatsächlich war das Alphabetisierungsgefälle zwischen Stadt und Land spätestens im ausgehenden 18.

⁸⁰⁰ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 37; siehe auch EBD., S. 138 f.

⁸⁰¹ MOST (1839), S. 87.

⁸⁰² Vgl. allg. WISCHHÖFER (1991), S. 347-362; hierzu auch SCHIPPERGES (2003), S. 66-69.

⁸⁰³ Als Hemmnis konnte sich schon die Furcht vor Strafe erweisen, wenn öffentlich in Krügen oder Schulen bereitgehaltene Druckmedien beschmutzt oder beschädigt zurückgegeben wurden; vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 381.

Jahrhundert viel geringer ausgeprägt als das zwischen sozialen Schichten oder den Geschlechtern.⁸⁰⁴ Im Allgemeinen ist von einem hohen Alphabetisierungsstand auszugehen. Und auch der Zugang zu Literatur war zu diesem Zeitpunkt deutlich erleichtert. Nicht zuletzt über die Lesegesellschaften, die sich um die Wende zum 19. Jahrhundert in großer Zahl bildeten, fanden Bücher in ländlich-dörflichen Regionen Verbreitung. Berichte über Gebrauchsspuren und Beschädigungen belegen, dass Bücher in Bauernhäusern, in denen Wohn- und Arbeitsbereiche nicht eindeutig zu trennen waren, im Gebrauch waren.⁸⁰⁵ Da sie oft vorgelesen wurden, erreichten ihre Inhalte auch Angehörige unterbäuerlicher oder landloser Schichten, obwohl in ihnen der Grad der Alphabetisierung vergleichsweise niedrig war.⁸⁰⁶ Trotz der einsetzenden „Entsakralisierung des Buches“⁸⁰⁷ ist davon auszugehen, dass die weiterhin relativ beschränkte Verfügbarkeit die frühneuzeitliche Leser- und Zuhörerschaft zu einer sehr intensiven Auseinandersetzung mit den literarischen Erzeugnissen motivierte.⁸⁰⁸ Insbesondere in den Bibliotheken der Lesegesellschaften befanden sich stets Zeitschriften, in denen Texte von Ärzten oder medizinisch interessierten Laien veröffentlicht wurden.⁸⁰⁹ Dadurch gelangten moderne medizinische Inhalte über den Gelehrtenstand hinaus in die Bevölkerung. Die große Zahl an Artikeln zur Verhütung der Pocken dürfte einen nicht unerheblichen Anteil an der Akzeptanz der Pockenschutzimpfung gehabt haben (vgl. Kap. 3.4.7).

Wenngleich sich kaum Quellen erhalten haben bzw. die Reaktionen der Menschen auf Krankheiten nicht aktenkundig geworden sind, bedeutet dies nicht, dass man sich nicht mit den Krankheiten und ihren Ursachen auseinandergesetzt hat. Selbst subjektiv empfundene Anzeichen für Krankheiten, so zum Beispiel „aufwärts steigende Blähungen, unterwärts gehende Blähungen, stockende Blähungen“, wurden sehr genau wahrgenommen.⁸¹⁰ Selbst das „Gespür, daß (...) die Haare ausfielen“ oder eine „Schwere im Arm“ wurden registriert. Die Zunahme der Ratgeberliteratur spricht für Interesse an Informationen zu gesundheitlichen Themen. Doch vor dem 19. Jahrhundert war es

⁸⁰⁴ Vgl. HOFMEISTER (1999), S. 13-15; SCHLUMBOHM (1999), S. 164 f.; WINNIGE (1999), S. 65 f.; hierzu auch SIEGERT (1999), S. 300-305.

⁸⁰⁵ Vgl. ZIESSOW (1988a), S. 209 f.

⁸⁰⁶ Bücher wurden nicht selten mehrfach [vor]gelesen; vgl. ZIESSOW (1988b), S. 72; KRISPIN (1999), S. 43 f.

⁸⁰⁷ EBD., S. 20.

⁸⁰⁸ Vgl. ENGELSING (1978), S. 122-124, 126-128 u. 131 f.

⁸⁰⁹ Vgl. HAASE (1965); ZIESSOW (1988b), passim.

⁸¹⁰ Vgl. DUDEN (1987), S. 109-111.

noch unüblich, die Hilfe von Ärzten in Anspruch zu nehmen. Zum einen gab es nur verhältnismäßig wenige Ärzte, zum andern schreckten die damit verbundenen Kosten ab. Dies konnte dazu führen, dass man von der Konsultation durch einen Arzt absah, wenn es sich um erkrankte ältere Angehörige und Kinder, sofern sie nicht als Erben in Betracht kamen, handelte.⁸¹¹ Indes wuchs die Bereitschaft, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn die gängigen Hausmittel sich als unwirksam erwiesen hatten und akute Lebensgefahr bestand.⁸¹² Nicht selten nahmen Mittelsleute für ihre immobilen Verwandten beschwerliche Wege auf sich, um einen Arzt in einer der größeren Städte aufzusuchen. So erwähnt ein Rintelner Arzt im Jahre 1738 *wie dann fast täglich von dasigen Orten*⁸¹³ *hieher Leute kommen, wegen Patienten mich zu consulieren.*⁸¹⁴

Das Maß an Fatalismus war in der Vergangenheit sicherlich höher, von Gleichgültigkeit war die Einstellung gegenüber Krankheit und Tod jedoch nicht geprägt. Ein aktenkundig gewordener Todesfall im Jahr 1763 in Rodenberg belegt vielmehr, dass dem menschlichen Leben eine hohe Wertschätzung entgegengebracht wurde.⁸¹⁵ Dabei hatte bereits der Verdacht auf eine Fahrlässigkeit des behandelnden Mediziners eingehende Untersuchungen nach sich gezogen: Die Verstorbene war seit einer rund ein Jahr zurückliegenden Geburt schwächlich gewesen und hatte unter Atemnot gelitten. Insbesondere hatte sie darüber geklagt, dass sie das Gefühl habe, sich erbrechen zu müssen, dies aber nicht könne. Der Rodenberger Wundarzt Schäfer hatte ihr schließlich ein Brechmittel verordnet. Da sie am folgenden Tag starb, wurde Schäfer – von wem ist unklar – eines Behandlungsfehlers beschuldigt. Die Universität Rinteln erhielt den Auftrag, ein entsprechendes Gutachten anzufertigen. Zunächst wurden die verordneten Substanzen⁸¹⁶ analysiert, ohne dass sich Anhaltspunkte für Unkorrektheiten ergaben. Daraufhin stellte die medizinische Fakultät drei mögliche Szenarien vor:⁸¹⁷ Zum einen zog man die Möglichkeit in Betracht, dass die verabreichte Menge des Brechmittels weit höher als angegeben war. Hierfür sprach, dass die Verstorbene vor ihrem Tod mehrmals jeweils nur eine so kleine und vornehmlich aus Blut bestehende Quantität

⁸¹¹ Vgl. NORDEN (1984), S. 134 f.

⁸¹² Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 26.

⁸¹³ Gemeint sind in diesem Fall die Stadt Obernkirchen und deren benachbarte Dörfer.

⁸¹⁴ STAB H 1, Nr. 248.

⁸¹⁵ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

⁸¹⁶ Tartarum emetium und Cremorem tartari.

⁸¹⁷ Eine Sektion hielt man nicht mehr für möglich, da die Frau rund einen Monat zuvor beerdigt worden war.

erbrochen habe *als in ein Thee=Töpfchen ginge*. Verdacht erregte der in einem Bericht geschilderte Umstand, dass der Fußboden vor dem Bett auffallend nass gewesen sei. *Zumal 3. Thee Töpfchen Feuchtigkeit in einer eben nicht saubern Bauernstube kaum pflegen bemerkt zu werden*. Die zweite Hypothese besagt, dass dem Brechmittel eine andere Substanz beigemischt wurde, die sich versehentlich in dem verwendeten Glas befand. Und drittens schließlich verwies das Kollegium auf die Möglichkeit, dass das *gereichte Vomitorium gar nicht applicabel* gewesen sei. So könne eine durch das Erbrechen *inwendig aufgerißene vomica*, also ein Abszess, für den Tod verantwortlich gewesen sein. Insgesamt kam das Kollegium zu dem Schluss, dass der Wundarzt Schäfer *die Schranken seines (...) chirurgischen Berufs* überschritten hatte. Die Kanzlei in Rinteln verfügte, dass Schäfer verwarnt werde und ihm die Erlaubnis, *innere Curen* anzuwenden, zu entziehen sei. Schäfer verwies nun darauf, dass er als Wundarzt legitimiert sei, entsprechende Medikamente zu verordnen. Schon allein weil in Rodenberg und Umgebung kein Arzt praktiziere, sei er dazu gezwungen, wenn die Gabe einer *jedem Pfuscher bekandten Artzney erforderlich ist*. Weil die Vorwürfe der Rintelner Professoren lediglich auf Vermutungen basierten, wurde Schäfer schließlich rehabilitiert.

Der Fall vermittelt auch einen Eindruck von der Berufspraxis eines frühneuzeitlichen Mediziners. Das grundsätzliche Problem des Wundarztes Schäfer war die diagnostische Unsicherheit. Die Unkenntnis der tatsächlichen Krankheitsursache[n] beschränkte ihn in seinen therapeutischen Möglichkeiten. Vermutlich assoziierte er die von der bettlägerigen Frau geschilderten Beschwerden mit einem Ungleichgewicht ihrer Körpersäfte. In der Verordnung eines Brechmittels sah er eine geeignete Methode, den Körper im Sinne einer innerlichen Reinigung von den schädlichen Säften zu befreien. Denn unabhängig von der zu behandelnden Krankheit orientierten sich sowohl Laienbehandler als auch die professionellen Mediziner vorrangig an den Symptomen und bemühten sich, die mutmaßlich krankheitsverursachenden Stoffe auszutreiben. Schweißtreibende und purgierende Mittel wurden bisweilen gleichzeitig verordnet, was für den Organismus eine erhebliche Belastung bedeuten konnte.⁸¹⁸

⁸¹⁸ Vgl. NORDEN (1984), S. 155.

Beurteilt man die Behandlung aus einer modernen Sichtweise heraus, so stand das Heilpersonal „den meisten Krankheiten hilflos gegenüber.“⁸¹⁹ Insofern erachtet die medizingeschichtliche Forschung den therapeutischen Erfolg vor dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts im Allgemeinen als eher gering.⁸²⁰ Insbesondere wird davon ausgegangen, dass in Hinblick auf das Ergebnis kein fundamentaler Unterschied zwischen einer ärztlich verordneten Therapie und den Verfahren der Laienheiler bestand.⁸²¹ „Daß vielmehr (...) die wichtigste Funktion des akademischen Medizinstudiums die war, den Schlüssel zur Welt der Gebildeten zu liefern, seine Absolventen als Angehörige der gelehrten Stände auszuweisen.“⁸²²

Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten waren bis in die Neuzeit hinein äußerst beschränkt. Vor der Integration der Chirurgie in den medizinischen Fächerkanon bestand die ärztliche Tätigkeit vornehmlich in der Verordnung von Aderlässen, der Rezeptierung von Medikamenten wie Brech- und Abführmitteln, der Gabe von Mohnsaft bzw. Opium oder einfach der Mitteilung allgemeiner Verhaltensmaßnahmen.⁸²³ Viele der verwendeten Medikamente setzten sich aus Bestandteilen zusammen, die auch in moderner Zeit noch Verwendung finden. Andere Heilmittel bezogen ihre Wirksamkeit bestenfalls aus der Einbildungskraft von Arzt und Patienten. So gebrauchte man in England für die Entfernung eines muskatnussgroßen Steines, der sich unter der Zunge gebildet hatte, „nichts weiter als einen gemeinen Brey von Milch und Weisbrod.“⁸²⁴ Bis weit in das 18. Jahrhundert blieben die Zutaten der sogenannten Dreckapotheke im Gebrauch.⁸²⁵ Als „bewährtes Mittel wider die fallende Sucht“ empfahl man in den Hannoverischen Beyträgen noch 1760:

„Von einer Hirnschädel eines Todtenkopfs, der an der Luft vertrocknet ist, 1. Quintl. abgefeilet. (...) Alsdenn nimmt man von 2. gesunden Frauens, (wenn es seyn kann, von solchen, welche die ersten Kinder gebähren,) von welchen die

⁸¹⁹ BARTHEL (1989), S. 50.

⁸²⁰ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 95 f. u. 312.

⁸²¹ Vgl. EBD., S. 132; BARTHEL (1989), S. 50.

⁸²² HUERKAMP (1985a), S. 32; vgl. hierzu die gegensätzliche Einschätzung von PETER (1978), S. 325 f.

⁸²³ Vgl. KOELBING (1985), S. 122. Auf Opium wurde bisweilen zurückgegriffen, wenn kein anderes Mittel mehr half; vgl. GUERSENT/BLACHE (1837), S. 327 f.

⁸²⁴ HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1751, S. 745 f.

⁸²⁵ Vgl. HOFF (1980), S. 76-83.

eine einen Sohn, die andere eine Tochter gebohren hat, die Nachgeburten, säubert solche samt der Nabelschnur mit Salz, leget jede in einen neuen irdenen Topf, bindet solche wohl zu, setzet sie auf Kohlen, und lässet sie wohl braten, alsdenn nimt man sie heraus, schneidet sie in Scheiben, leget dieselben auf Papier in einen Ofen, bis sie so trocken, dass man sie zu Pulver stoßen kann.“ (S. 975)

Nicht zuletzt pflegten die frühneuzeitlichen Mediziner ein hochproblematisches Verhältnis zu giftigen Stoffen. Man empfahl, hohle Zähne mit weichem Blei auszufüllen.⁸²⁶ Quecksilber wurde sowohl im Haushalt im Rahmen der Ungeziefervernichtung⁸²⁷ als auch zur Heilung von Syphilis⁸²⁸ oder Tollwut⁸²⁹ eingesetzt.⁸³⁰ Das in der Schwarzen Tollkirsche enthaltene Nervengift galt unter dem Namen Belladonna aufgrund seiner entspannenden und krampflösenden Wirkung als Wundermittel.

Ein tragendes Element im Behandlungsspektrum der frühneuzeitlichen Medizin war der Aderlass, der bei den unterschiedlichsten Krankheitsbildern zur Anwendung kommen konnte. Vergleichbar mit der heutigen Verschreibung von Antibiotika nahm diese Praxis überhand. Ein anonymes Mediziner leitet seine Gedanken zum Aderlassen im Jahre 1755 mit den folgenden Worten ein: „Als ich neulich einen Barbierer fragte, ob er wol wüste, warum er die Leute zur Ader liesse? So antwortete er mir: Weil sie es haben wollen. Bald darauf fragte er mich, warum ich vielen Leuten den Rath gäbe, zur Ader zu lassen? und ich schämte mich ein wenig, als ich mich genöthiget sah, ihm eben dieselbe Antwort zu geben.“⁸³¹ Zwischen dem frühneuzeitlichen Aderlass und einer modernen Fastenkur bestehen in der Regelmäßigkeit ihrer Anwendung sowie deren Zielsetzungen durchaus Parallelen. Ist es heute die vorgebliche „Entschlackung“ des Körpers, war es damals die Reinigung des Blutes von schädlichen Substanzen, die unter Beachtung bestimmter günstiger Termine vorgenommen wurde. Da man sich die

⁸²⁶ Vgl. NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1756, S. 687.

⁸²⁷ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1754, S. 1222.

⁸²⁸ Vgl. NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1755, S. 1494.

⁸²⁹ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1754, S. 1405 f.

⁸³⁰ Darüber hinaus fand Quecksilber als Bestandteil des Minerals Kalomel (Quecksilber(I)-chlorid) u. a. bei der Heilung von Hautkrankheiten oder als Abführmittel Anwendung; vgl. KOELBING (1985), S. 86 f.

⁸³¹ NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1755, S. 497. Der Verfasser lehnt den Aderlass jedoch nicht vollständig ab, sondern setzt sich lediglich mit dem Sinn und Zweck des Aderlassens bei Gesunden auseinander. Über das „zur Mode gewordene Aderlassen“ vgl. auch NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1756, S. 433-448.

Bewegung des Blutes im Körper als sehr langsam vorstellte, sollten durch den Aderlass insbesondere Blutansammlungen im Bereich von Krankheitsherden abgezogen werden.⁸³² Doch ging es beim Aderlass nicht nur darum, dem Kranken Erleichterung zu verschaffen, indem man dem Körper ein Zuviel an Blut entzog.⁸³³ Der Aderlass war ebenso wie die Bestimmung des Blutbilds ein Diagnosemittel. Aus dem Aussehen, dem Geruch, dem Geschmack und der Konsistenz des Blutes sowie möglicher Eigenheiten beim Verlassen des Blutes aus dem Körper zogen die Mediziner Rückschlüsse auf die Beschaffenheit der Körpersäfte, denen man Einflüsse auf Verdauungsvorgänge etc. zuschrieb.⁸³⁴

Bisweilen hat sich der Aderlass schädlich ausgewirkt. Naegele weist in seinem 1845 erschienenen Lehrbuch darauf hin, dass nach einer Kaiserschnittoperation „fast alle Frauen, die mit starken Aderlässen behandelt wurden, starben.“⁸³⁵ Auch wurde beobachtet, dass die Mortalitätsrate im Jahre 1849 unter Wiener Patienten, die an einer Lungenentzündung litten und mit Aderlässen oder Brechweinstein behandelt wurden, mit 20 % fast 3-mal so hoch war wie die derjenigen, die lediglich eine Diät verordnet bekommen haben.⁸³⁶ Ähnliches gilt für Aderlässe bei Cholerainfektionen, von denen man sich eine Verdünnung des Blutes versprach, um die Wasserverluste, die man auf verdicktes Blut zurückführte, zu verringern.⁸³⁷ Die geeignete Therapie wäre im Fall der Cholera gerade die vermehrte Zufuhr von Flüssigkeit gewesen. Mit der Entdeckung des Blutkreislaufs durch William Harvey im Jahre 1628 war eigentlich der Praxis des Aderlassens ihre Grundlage entzogen, „aber zur Ader gelassen wurde weiterhin – das Verfahren galt ja als durch eine mehr als tausendjährige Erfahrung aufs beste erprobt, und eine annehmbare theoretische Begründung dafür ließ sich immer finden.“⁸³⁸ Erst die mit der Einrichtung von Krankenhäusern einhergehende Möglichkeit, die Wirksamkeit von Therapien bei einer größeren Anzahl an Patienten zu kontrollieren und miteinander zu vergleichen, führte seit etwa 1830 zur zunehmenden Ablehnung und schließlich zum Verzicht auf den Aderlass.⁸³⁹

⁸³²Vgl. ACKERKNECHT (1977), S. 100-103; KOELBING (1985), S. 71 f.; BARTHEL (1989), S. 155.

⁸³³ Eine zeitgenössische Erläuterung durch den Göttinger Arzt und Professor Georg Matthiae zur Praxis des Aderlass findet sich in NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1755, S. 353-368.

⁸³⁴ Vgl. HANNOVERISCHES MAGAZIN 1775, S. 625-633.

⁸³⁵ NAEGELE (1845), S. 130

⁸³⁶ Vgl. HUERKAMP (1985a), S. 95.

⁸³⁷ Vgl. EBD., S. 132 f.

⁸³⁸ Vgl. KOELBING (1985), S. 72.

⁸³⁹ Vgl. EBD., S. 116-120.

Wenngleich Maßnahmen wie der Aderlass oder die Gabe von Purgantien in der Regel keine objektivierbare physiologische Wirkung ausgelöst haben dürften, sollte ein positiver Einfluss des Kontaktes zwischen Arzt und Patient auf die Aktivierung der Selbstheilungskräfte – erinnert sei an die Wirkung von Placebos – nicht ausgeschlossen werden.⁸⁴⁰ Auch heute noch gilt die persönliche Ausstrahlung eines Arztes als ein Bestandteil seines therapeutischen Erfolgs. Die Bedeutung der psychologischen Dimension war bereits im 18. Jahrhundert bekannt. In den Nützlichen Samlungen (1775) wird festgestellt:

„Die Hand eines Königs oder eines Todten heilet die Kröpfe, nicht durch das Berühren derselben, sondern durch den Schauer, den diese Berührung in den Gemüthern niedriger und furchtsamer Personen hervorbringt. Der lebhafteste Abscheu vor einer Kröte oder Spinne, welche man als ein Amulett tragen muss, vertreibt die hartnäckigsten Krankheiten, die sonst keiner Arznei weichen, und überhaupt wirken die allermeisten sympathetischen Curen mittelst der Gemüthsbewegungen.“ (S. 636 f.)

Im Zusammenhang mit der Gabe von Mitteln, die in der Sphäre des Magischen anzusiedeln sind, wurden immer wieder mal (vermeintliche) Heilungserfolge beobachtet. Etwa, wenn nach dem Biss durch einen tollwütigen Hund die zu einem Pulver verarbeitete Leber mit einigen seiner Haare auf die Wunde gelegt wurde.⁸⁴¹ Erinnert sei an Praktiken wie dem Magnetismus, der in seiner besonderen Ausprägung als animalischer Magnetismus bzw. Mesmerismus vorübergehend eine naturwissenschaftliche Legitimation erwerben konnte.⁸⁴² Amulette wurden noch im 19. Jahrhundert von Ärzten als „wirksame Träger des magnetischen Fluidums (...) gegen Neurosen, namentlich gegen Epilepsie, Hysterie, chronische Rheumatismen, Kinderkrämpfe u. s. w.“⁸⁴³ erachtet. Zeitgenössische Untersuchungen hatten ergeben, dass entsprechende Praktiken noch am Ende des 19. Jahrhunderts im Bereich der Volksmedizin verbreitet waren und

⁸⁴⁰ Vgl. PETER (1978), S. 326.

⁸⁴¹ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1751, S. 487.

⁸⁴² Vgl. BRUCHHAUSEN/SCHOTT (2008), S. 81-83; hierzu auch allg. GRAVERT (1994).

⁸⁴³ MOST (1842), S. 79.

besonders bei Kinderkrankheiten zur Anwendung kamen.⁸⁴⁴ Da das bereits in vorchristlicher Zeit praktizierte Besprechen von Warzen zumindest bei Kindern durchaus Erfolge zeitigen kann, wird bisweilen in der Schulmedizin der Gegenwart auf diese Praktik zurückgegriffen. Und noch in moderner Zeit suchen viele Menschen Hilfe bei „Heilern“. Geweke (2002) überliefert:

„Mein Bruder Fritz litt in seiner frühesten Kindheit an Krämpfen. Starr lag er am Boden, meine Eltern standen hilflos davor, und auch unser Orts-Arzt, Sanitätsrat Dr. Grevemeyer, wusste keinen Rat. Da hörte meine Mutter von einem Mann in der Nähe von Hameln, der durch Beten und Fernwirkung Kranke heilte. Sie fuhr ein paar Mal hin, und Fritz wurde gesund. Ich kann nicht beurteilen, ob er es auch von selbst geworden wäre.“ (S. 112)

Konkrete Aussagen zu Umfang, Methodik und Wirksamkeit laienmedizinischer Behandlungen sind naturgemäß nicht möglich. Die Herausbildung einer Vielzahl unterschiedlichster Heilmethoden auf informeller Ebene ist aber nicht zu bezweifeln. Dass die Laienbehandler zunehmend mit staatlichen Eingriffen zu rechnen hatten, war nicht unbedingt Folge der mangelnden Qualität der von ihnen angebotenen Dienstleistungen.⁸⁴⁵ Schlussendlich war es die fehlende Legitimation, die sie angreifbar machte. Treibendes Element hinter den Reglementierungen war vornehmlich die Konkurrenz in Gestalt der staatlich legitimierten Heilkundigen.⁸⁴⁶ Die im Rahmen der Reformierung des Medizinalwesens erfolgte Zurückdrängung der Laienbehandler haben zunächst keine nennenswerten Verbesserungen für die Bevölkerung ergeben.⁸⁴⁷

Wissenschaftliche Erkenntnisse benötigten bisweilen eine lange Zeit bis zu ihrer Durchsetzung und Verbreitung. Der schottische Marine-Arzt James Lind publizierte zwar schon 1753 seine Beobachtung, dass der Konsum frischer Pflanzenkost den unter den Seefahrern gefürchteten Skorbut, die Folge eines Vitamin-C-Mangels, verhinderte. Linds Empfehlung, den Seeleuten ein Konzentrat aus Zitronen- oder Orangensaft als Nahrungsergänzung zu reichen, setzte sich jedoch erst 1795 in Großbritannien

⁸⁴⁴ Vgl. allg. SCHUBERT/WIEGELMANN (1994), S. 171-253; siehe auch HUERKAMP (1985a), S. 36; SANDER (1998), S. 109 f.

⁸⁴⁵ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 90.

⁸⁴⁶ Vgl. SANDER (1998), S. 49.

⁸⁴⁷ Vgl. GROSS (1999), S. 29.

durch.⁸⁴⁸ Im 19. Jahrhundert beschränkte sich die Anwendung neuer Erkenntnisse im Allgemeinen zunächst auf die Kliniken. Die Übernahme durch die praktischen Ärzte erfolgte nicht selten recht spät.⁸⁴⁹ Überlegungen, die Medizin in einzelne Fachgebiete zu unterteilen, blieben ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung speziellen Wissens lange umstritten.⁸⁵⁰ Die labormedizinischen Fortschritte der 1870er Jahre scheinen erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung Bestandteil des allgemeinen Behandlungsspektrums geworden zu sein.⁸⁵¹ Zugleich konnten therapeutische Fortschritte wie die Punktion Lungenkranker mit neuen Gesundheitsgefährdungen einhergehen. Dieses im 19. Jahrhundert aufkommende Verfahren, bei der Wasseransammlungen aus dem Bereich des Brustfells abgezogen wurden, war infektionsträchtig.⁸⁵²

Obwohl seit dem 18. Jahrhundert die Arztdichte in den deutschen Territorien stetig anstieg, sind – sieht man von einer möglichen Förderung der Selbstheilungskräfte aufgrund der ärztlichen Autorität ab – messbare Effekte auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zunächst ausgeblieben. Die Ärzte waren sich darüber bewusst, dass ihre Verordnungen zumindest bei einem Teil ihrer Patientenschaft nur unzureichend befolgt wurden.⁸⁵³ Matthäi (1797) beklagt:

„Man suche dem Landmann so viel, wie möglich die Arzneien in einen kleinen Raum zu bringen; man gebe sie ihm nie in Pulver; der Bauer weiß sie nicht einzunehmen; er macht einen dicken, kaum gedämpften Brei davon, nimmt sie wohl auch trocken in den Mund; sie bleiben ihm im Halse stecken. Die zweite Dosis wirft er sicher zum Fenster hinaus, und läßt sich Tropfen von des Scharfrichters Frau Gemahlin holen.“ (S. 16)

Überdies standen die Vorstellungen der Ärzte von einer gesunden Lebensführung nicht im Einklang mit den Gepflogenheiten bzw. Bedürfnissen großer Teile der Bevölkerung. Kritisiert wurde die Gewohnheit, Krankheiten durch Wärme vorzubeugen

⁸⁴⁸ Vgl. KOELBING (1985), S. 105.

⁸⁴⁹ Vgl. HEISCHKEL-ARTELT (1967), S. 11; GROSS (1999), S. 34; hierzu auch HUERKAMP (1985a), S. 95.

⁸⁵⁰ Vgl. PORTER (2000), S. 385 f. u. 391 f.

⁸⁵¹ Unter anderem die Analyse des Blutes oder Ermittlung des Anteils an Eiweiß oder Zucker im Urin; vgl. HUERKAMP (1985a), S. 133.

⁸⁵² Vgl. KOELBING (1985), S. 127 f.

⁸⁵³ Vgl. auch ZSCHUNKE (1984), S. 181 f.

oder zu kurieren. Sowohl das Tragen einengender Kleidung, gerne in mehreren Schichten übereinander, als auch die mangelnde Durchlüftung der Wohn- bzw. Schlafräume waren ihnen – vor dem Hintergrund der Miasmentheorie⁸⁵⁴ – ein Dorn im Auge. Das übermäßige Schwitzen im Krankheitsfall lehnten die Ärzte ebenfalls ab, da sie glaubten, dieses leiste der Entstehung von Fieber sowie Pneumonien Vorschub.⁸⁵⁵ Die medizinischen Schriften belegen, dass die frühneuzeitlichen Ärzte wenig Zweifel am Erfolg ihrer Bemühungen hegten. Dennoch mussten sie sich selbst in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld oft genug geschlagen geben, was sicherlich auch in der Bevölkerung registriert wurde. Ein Vergleich von 13 Trierer Ärztesfamilien mit der übrigen Einwohnerschaft hat für den Zeitraum 1770–1800 ergeben, dass die Kindersterblichkeit in beiden Gruppen nahezu identisch war.⁸⁵⁶ 40 % verstarben vor der Vollendung des 21. Lebensjahres, allerdings wurden die Kinder der Ärzte mit 3,9 Jahren durchschnittlich etwas älter als die verstorbenen Kinder aus der Trierer Ober- und Unterschicht (2,5 bzw. 2,3 Jahre). Die Lebenserwartung der Ehefrauen wurde nicht positiv durch die Heirat mit einem Arzt beeinflusst; diese verstarben vor Erreichen des 50. Lebensjahres.

Mit der Weiterentwicklung der medizinischen Grundlagenforschung bildete sich das moderne Verständnis von Krankheitsursachen und deren Wirkungen aus. Der sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts abzeichnende medizinische Fortschritt verschaffte den Ärzten einen zukunftsweisenden Vorteil gegenüber Wundärzten und Laienbehandlern. Im Übergang zum 20. Jahrhundert profitierte ein großer Teil der Bevölkerung von den neuen medizinischen Erkenntnissen und Therapieansätzen. Das Ansehen der Ärzte erhöhte sich, ihre Autorität leitete sich nicht mehr vornehmlich aus ihrem akademischen Status und ihrer starken Position auf der Ebene des staatlichen Gesundheitswesens ab. Wäre den ärztlichen Bemühungen weiterhin Erfolglosigkeit beschieden, hätte sich dies auf das Verhalten der Patienten ausgewirkt. Die Frequentierung der akademischen Ärzteschaft auch durch Angehörige der unteren Bevölkerungsschichten nahm jedoch stetig zu. Das wachsende Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten erweiterte den Zu-

⁸⁵⁴ Die Miasmentheorie fußt auf der Vorstellung, dass in der Luft winzige giftige Partikel enthalten sind, die in größerer Konzentration die Gesundheit schädigen; vgl. auch Kap. 2.2.5.

⁸⁵⁵ Vgl. BARTHEL (1989), S. 154 f.

⁸⁵⁶ Vgl. KOHL (1985), S. 135-137.

gang zur Bevölkerung. Die Ärzte konnten ihren Einfluss auf die Patientenschaft außerhalb der Krankenhäuser verstärken, die Akzeptanz für unpopuläre Therapien erhöhen und auf Verhaltensänderungen hinwirken. Diese Entwicklung erwies sich gerade in Hinblick auf die Durchsetzung des präventiven Gedankens von Vorteil.

2.2.5 Prävention und Hygiene

Als im Jahre 1680 in Kassel die „sichere Nachricht eingelanget“ war, dass in Österreich, Ungarn und Böhmen allein 16.000 Juden der Pest zum Opfer gefallen sind, reagierte der hessische Landgraf Carl umgehend.⁸⁵⁷ Per Edikt verbot er seinen Untertanen, sich zu den gefährdeten Orten zu begeben. Gleichzeitig hatten sie darauf zu achten, dass keine verdächtigen Personen nach Hessen einreisten. Als die Pest im Kurfürstentum Sachsen aufgetreten war, erließ er ein Edikt mit weiterführenden Anweisungen.⁸⁵⁸ Das Auftreten der Pest im Eichsfeld im Jahre 1682 veranlasste ihn schließlich zu einem vorübergehenden Handelsverbot mit der betroffenen Region.⁸⁵⁹ Zwischen 1707 und 1715 wurden anlässlich einer von Polen und Schlesien ausgehenden Pestepidemie erneut fürstliche Ausschreiben veröffentlicht.⁸⁶⁰ Die Pest-Edikte wurden mehrfach erneuert.⁸⁶¹

Am Beispiel der Landgrafschaft Hessen-Kassel zeigt sich, dass man in der Frühen Neuzeit durchaus Maßnahmen ergriffen hat, um die Ausbreitung epidemischer Krankheiten zu verhindern. Namentlich die Pest wurde nicht mehr als gottgegebene Strafe für die Sünden der Menschen hingenommen, sondern man vertraute darauf, das eigene Territorium effizient schützen zu können. Die Städte hatten bereits im Spätmittelalter auf die neuartige Bedrohung reagiert.⁸⁶² Die Landesherrschaften orientierten sich an dem Beispiel und zogen nach weitgehender Konsolidierung ihrer Territorien nach.

Die erste nachweisbare seuchenpräventive Maßnahme in der Grafschaft Schaumburg vor der Teilung ist die Pestordnung aus dem Jahre 1598. Sie beinhaltet u. a. Bestimmungen zur Quarantäne infizierter Personen sowie zur Reinhaltung von Kleidern und Straßen.⁸⁶³ Fraglich ist, ob diese Maßnahmen von der Bevölkerung eingehalten wurden und damit Wirksamkeit entfalten konnten. Zwar belegen beispielsweise die Klappern, mit denen Aussätzige auf ihr Erscheinen aufmerksam machen mussten, dass man bereits im Mittelalter um die Gefahr wusste, die der Kontakt zu einem Erkrankten barg.

⁸⁵⁷ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 3, S. 137.

⁸⁵⁸ Vgl. EBD., S. 137-140.

⁸⁵⁹ Vgl. EBD., S. 211 f.

⁸⁶⁰ Vgl. EBD., S. 587, 600 f., 611 f., 669, 683 f., 730-732, 770 f.

⁸⁶¹ Zuletzt 1786; vgl. SAMMLUNG HESSLO 7, S. 175.

⁸⁶² Vgl. STURM (2014), S. 137 f.; hierzu auch DINGES (2005), S. 23-26; KELLNER (2005), S. 141-145.

⁸⁶³ Vgl. SOMMER (1979), S. 40 f. u. 83.

Die Seuche selbst wurde auf giftige, aus dem Erdinneren strömende Dämpfe zurückgeführt. Als vorrangige Schutzmaßnahme bot sich also eine Flucht aus dem risikoreichen Gebiet an. Brach die Pest aus, riet man, sich schnell in Sicherheit zu bringen und vorerst fernzubleiben („Cito, longe fugas et tarde redeas!“). Und wohl man schon frühzeitig die Gefährdung erkannte, die von der Kleidung Pestkranker oder –toter ausging, wurden Verordnungen, die die Vernichtung der Textilien vorschrieben, üblicherweise unterwandert. Kleidung stellte nicht nur für die mittellosen Schichten einen besonderen Wert dar und wurde nach dem Pesttod der Besitzer nicht selten weiterhin getragen oder verkauft.⁸⁶⁴

Die genauen Ursachen für das Eindämmen der Pest sind bislang nicht geklärt. Einigkeit besteht darüber, dass diese Krankheit in den Jahrzehnten nach dem Dreißigjährigen Krieg bisweilen äußerst heftig, aber zunehmend seltener aufgetreten ist.⁸⁶⁵ In der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts verschwand sie zumindest weitgehend aus dem Reichsgebiet. Abgesehen von den Pestverordnungen wurden seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert in den deutschen Territorien immer mehr Verordnungen zur Vermeidung von Epidemien, die Menschen oder Tiere gefährdeten, erlassen.⁸⁶⁶ Im Militärwesen begann man, die Verwundeten von denjenigen, die an einer Infektionskrankheit litten, zu separieren.⁸⁶⁷ In der Landgrafschaft Hessen-Kassel war seit der Mitte des 18. Jahrhunderts im Falle schwerer Erkrankungen epidemischen Ursprungs ein Arzt hinzuzuziehen.⁸⁶⁸ Als 1745 das Dorf Nehren (Landkreis Tübingen) von einer verheerenden Viehseuche heimgesucht wurde, reagierte einer der ansässigen Bauern darauf, indem er sein Vieh 4 Wochen lang nicht aus dem Stall herausließ.⁸⁶⁹ Zudem hatten die Dorfbewohner registriert, dass die Seuche erstmals im Stall eines Bauern aufgetreten war, der nach Ableistung eines militärischen Spanndienstes das dabei verwendete Zuggeschirr darin aufbewahrt hatte.

Dieser teils freiwillige, teils verordnete Verhaltenswandel dürfte nicht unwesentlich zur erfolgreichen Bekämpfung der Pest beigetragen haben. Insbesondere dann, wenn

⁸⁶⁴ Vgl. SEELBACH (2007), S. 419-422.

⁸⁶⁵ Vgl. allg. VASOLD (1999), S. 162-173.

⁸⁶⁶ Vgl. SANDER (1998), S. 27.

⁸⁶⁷ Vgl. HOFF (1980), S. 57.

⁸⁶⁸ Vgl. EBD., S. 133.

⁸⁶⁹ Vgl. KASCHUBA (1988), S. 300.

sich auch die jeweiligen Anrainerstaaten beteiligten. In der Grafschaft Schaumburg-Lippe wurde eine im Jahre 1680 erlassene Pestordnung Grundlage für die nachfolgende Seuchengesetzgebung.⁸⁷⁰ Knapp 100 Jahre später bemühte man sich dort um die Gewährleistung einer hinlänglichen Versorgung der Landbevölkerung insbesondere für den Seuchenfall, indem man den schauburg-lippischen Schulmeistern medizinische Kenntnisse vermittelte.⁸⁷¹ Da Bedenken wegen deren allgemein geringem Bildungsgrad bestanden, dehnte man diese Bestimmung auf die Pfarrer aus. 1774 wurde eine entsprechende Landesverordnung erlassen.

Die Durchsetzung einer effektiven Seuchenprävention stieß nicht selten auf Widerstand. Konkurrierende Meinungen negierten die Möglichkeit einer Infektionsgefahr durch andere Menschen schlichtweg. Beispielsweise galt ein Befall mit Ungeziefer nicht zwangsläufig als Zeichen körperlicher Unsauberkeit, sondern wurde auf einen Überschuss an Körpersäften oder die schlechte Milch der Amme zurückgeführt.⁸⁷² Das größte Hemmnis für die Durchsetzung der Kontagienlehre bildeten jedoch die beharrlichen Anhänger der Miasmentheorie. Deren Vertreter glaubten, ungesunde Ausdünstungen aus dem Boden erfüllten die Luft und das Wasser mit pathogenen Erregern. Allerdings galt der Atem von Mensch und Tier als einer der gefährlichsten Träger von Miasmen.⁸⁷³

Die Schließung der Badehäuser seit dem ausgehenden Spätmittelalter als Reaktion auf die Pestepidemien und die Verbreitung der Syphilis durch spanische Konquistadoren erfolgte aus der Annahme heraus, dass Wasser den Körper aufweiche, durchdringe, die Poren öffne und empfänglich mache für ungesunde Luftschwaden.⁸⁷⁴ Ihren sichtbaren Ausdruck fand diese Vorstellung in der zeitgenössischen Mode. Zunächst rückte die Kleidung in den Vordergrund. Um giftigen Dämpfen das Eindringen zu erschweren, wurden feste, enganliegende Stoffe bevorzugt. An den exponierten Stellen wurde die Haut durch Schminke, Puder und Perücken geschützt, was den zusätzlichen Effekt

⁸⁷⁰ Vgl. SOMMER (1979), S. 133.

⁸⁷¹ Vgl. EBD., S. 175 f.

⁸⁷² Vgl. VIGARELLO (1988), S. 55.

⁸⁷³ Vgl. CORBIN (1984), S. 68.

⁸⁷⁴ Vgl. VIGARELLO (1988), S. 11 u. 16-18.

hatte, dass man Maken⁸⁷⁵ verbergen und sich äußerlich von der arbeitenden Bevölkerung abgrenzen konnte. Um den Körper nicht zu schwächen, ging man zumindest in den gehobenen Schichten dazu über, ihn nur noch trocken abzureiben. Körpergerüche wurden mit Parfüm überdeckt.⁸⁷⁶ Anstelle der Körperwäsche galt nun das Wechseln der Kleidung, insbesondere der Leibwäsche, als individuelles Merkmal von Sauberkeit.⁸⁷⁷ Um sich von den allgegenwärtigen Ektoparasiten wie Läusen, Flöhen oder Wanzen zu befreien, reinigte man die Kleidung.⁸⁷⁸

Das Modepostulat des französischen Adels fand schnell Eingang in die gehobenen gesellschaftlichen Schichten der anderen europäischen Staaten. In welchem Umfang es von den Angehörigen der körperlich arbeitenden Schichten internalisiert wurde und ob es tatsächlich eine allgemein um sich greifende Wasserscheu gab, ist unklar. In den schauburgischen Kirchenbüchern finden sich immer wieder Hinweise auf Badeunfälle. So zum Beispiel im Juni 1668, als der 17-jährige Johann Hermann Kerkmann, Sohn eines Kleinköthners aus Grove, *Welcher (...) in der Auen bey der MaschMühlen baden wollte, und er Ersoffen* ist. Zu diesem Zeitpunkt war die Wasserscheu in den Kreisen des französischen Hochadels nachweislich sehr ausgeprägt. Denkbar sind Mentalitätsunterschiede zwischen den Einwohnern einer Stadt wie Paris, die ihr benötigtes Wasser von Händlern kaufen mussten, und den Bewohnern ländlicher Regionen, die entweder ständigen Zugriff auf halbwegs sauberes Wasser hatten oder sich an dessen Verunreinigung nicht störten. Kaschuba (1988) verdeutlicht dies:

„Christian Fürchtegott Gellert beschreibt 1751 in seiner ‚Fahrt auf der Landkutsche‘ den Halt an einer ländlichen Poststation: ‚Ich wünschte mir nichts als gutes Wasser. Man brachte mir ein Glas, und in dem Glase zugleich alle Gattungen von Gewürm, die in dieser Gegend sein mochten.‘ (...) Gellert sieht das Gewürm, weil er weiß, dass es im Wasser ist, weil das hygienische Wissen seine Seh- und Geschmacksnerven sensibilisiert hat.“ (S. 311)

⁸⁷⁵ Die Narben einer überlebten Pockeninfektion sowie die Folgen der weitverbreiteten Syphilis samt der üblichen Quecksilbertherapien galt es oftmals zu überdecken.

⁸⁷⁶ Vgl. VIGARELLO (1988), S. 26-29 u. 102 f. Wohlgerüche galten überdies als Schutz vor Krankheiten; vgl. EBD., S. 109 f.

⁸⁷⁷ Vgl. EBD., S. 53 f. u. 74. Im regelmäßigen Kleidungswechsel manifestiert sich durchaus ein Reinlichkeitsempfinden; vgl. EBD., S. 95.

⁸⁷⁸ Vgl. EBD., S. 55.

Im Laufe des 18. Jahrhunderts schwand die Furcht vor einer Schwächung des Körpers durch Wasser zunehmend. Aufzeichnungen von und über Johann Wolfgang von Goethe belegen, dass Angehörige der Oberschicht über einen großen Vorrat an Leibwäsche und Oberbekleidung verfügten, der im Rahmen großangelegter Waschtage sehr gründlich gereinigt wurde. Zudem praktizierte er in seiner Sturm-und-Drang-Zeit nachweislich das Nacktbaden in der freien Natur.⁸⁷⁹ Nunmehr vertrat man die Ansicht, dass ein heißes Vollbad die Körpersäfte zirkulieren lasse und Stauungen auflöse.⁸⁸⁰ Auch kaltem Wasser wurde ein positiver Effekt auf die Gesundheit zugesprochen. Man glaubte, es löse Erschütterungen im Körper aus, verflüssige das Blut, entsackle die Drüsen, reinige die Gefäßwände und verleihe dem Körper Spannkraft durch die Verdichtung fester Stoffe.⁸⁸¹ Mit Hilfe der Klistierspritze fand Wasser bei der inneren Reinigung des Körpers Anwendung.⁸⁸² Daneben begannen die Mediziner nun auch Wasser als profanes Mittel zur Reinigung der Körperoberfläche zu schätzen.⁸⁸³ Man nahm an, dass ein sauberer Körper die Transpiration erleichterte und damit die Bildung von Geschwulsten verhinderte. Schmutz dagegen würde die Poren verstopfen.

In der Einstellung gegenüber Gerüchen dürften ausgeprägtere schichtenspezifische Unterschiede bestanden haben als beim Wasser. Da man an eine krankmachende Wirkung unangenehmer Gerüche glaubte, galt in den gehobenen gesellschaftlichen Schichten das Parfümieren als aktiver Schutz der Gesundheit.⁸⁸⁴ Trotz der fortschreitenden Verwissenschaftlichung auf medizinischem Gebiet wurde noch im ausgehenden 18. Jahrhundert einem Bericht Glauben geschenkt, wonach aus Gräbern aufsteigender ungesunder Verwesungsgeruch auf einen Schlag an die 200 Kirchenbesucher getötet hatte.⁸⁸⁵ Bestätigt sahen sich die Zeitgenossen in ihrer Furcht vor gefährlichen Gerüchen durch Geschichten wie die eines französischen Bauern, in dessen Keller infolge einer nahegelegenen Mistgrube Jauche zusammenfloss.⁸⁸⁶ Durch die sich darin

⁸⁷⁹ Vgl. GOETHE (1995), S. 766.

⁸⁸⁰ Vgl. VIGARELLO (1988), S. 128 f.

⁸⁸¹ Vgl. EBD., S. 137-142.

⁸⁸² Vgl. EBD., S. 194 f.

⁸⁸³ Vgl. CORBIN (1984), S. 101 f.; VIGARELLO (1988), S. 170 f. u. 202 f.

⁸⁸⁴ Vgl. CORBIN (1984), S. 89-94; hierzu auch HÖSEL (1987), S. 64 u. 66 f.

⁸⁸⁵ Vgl. VIGARELLO (1988), S. 174 f.; hierzu auch die Geschichten über Todesfälle aufgrund von tödlichen Dämpfen bei CORBIN (1984), S. 46, 49, 72 f. u. 220 sowie allg. MESMER (1982), 478 f.; ZWINGELBERG (2013), S. 188-193.

⁸⁸⁶ Vgl. NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1757, S. 191 f. Berichte wie dieser sind weniger abwegig, da es sich durchaus um eine Kohlenmonoxidvergiftung gehandelt haben könnte.

entwickelten Gase sollen sowohl der Bauer als auch mehrere Menschen, die sich um dessen Rettung bemühten, umgekommen sein.

Den unteren gesellschaftlichen Schichten scheinen diese Vorstellungen zwar nicht gänzlich fremd gewesen zu sein.⁸⁸⁷ Dennoch gab es eine Diskrepanz zwischen der Meinung der Wissenschaftler⁸⁸⁸ und der Ansicht der breiten Bevölkerung⁸⁸⁹. Bei einem mit der Miasmentheorie vertrauten gelehrten Stadtbewohner dürfte der Geruch der allgegenwärtigen Fäkalien, zum Teil von Lasttieren und Nutzvieh stammend, zum Teil achtlos auf die Straßen gekippt,⁸⁹⁰ Assoziationen an giftige Dämpfe hervorgerufen haben. Ein Bauer jedoch benötigte gerade diese Fäkalien, um seine Felder zu düngen und damit sein Überleben zu sichern. Ein großer Misthaufen konnte auf dem Lande ebenso als Zeichen von Wohlstand gelten wie eine prachtvolle Allongeperücke an einem Fürstenhof.⁸⁹¹

Die Erfordernisse der Landwirtschaft brachten es mit sich, dass Misthaufen und Jauchepfützen nicht nur in dörflichen Siedlungen zum alltäglichen Bild gehörten. Verbote, Misthaufen am Rande der Straße anzulegen, wurden zwar immer wieder erlassen, ihre Einhaltung aber nicht konsequent überwacht.⁸⁹² In den Städten scheiterte die Durchführbarkeit vielfach schon aus räumlichen Gründen. Im norddeutschen Lüneburg, wo die Pflicht zur Straßenreinigung im Jahre 1722 Bestandteil des Stadtrechts wurde, sollte der Abfall bis zur Ankunft der Dreckkarren in den Häusern behalten werden. Mangels Aufbewahrungsmöglichkeiten bzw. Raummangels kam es jedoch immer wieder zu Verstößen gegen diese Verordnung.⁸⁹³ Dennoch ist die Vorstellung, dass

⁸⁸⁷ Man denke an die Praxis des Ausräucherns der Behausungen mit duftintensiven Hölzern; vgl. auch REUTER (1997), S. 75 f.

⁸⁸⁸ Es gab auch einige gegenteilige Meinungen sowie Empfehlungen, Fäkalstoffe im Rahmen einer therapeutischen Behandlung u. a. bei rheumatischen Erkrankungen einzusetzen; vgl. CORBIN (1984), S. 280; HÖSEL (1987), S. 64.

⁸⁸⁹ Abdecker oder Kloakenentleerer waren überzeugt von der gesundheitsfördernden Wirkung der Gerüche, mit denen sie bei ihrer täglichen Arbeit konfrontiert wurden; vgl. CORBIN (1984), S. 280 u. 282 f.

⁸⁹⁰ Vgl. HÖSEL (1987), S. 50-52, 64 f. u. 71; hierzu auch STURM (2014), S. 124 f.

⁸⁹¹ In Frankreich wehrten sich Bauern im 19. Jahrhundert gegen das behördliche Verbot, die Misthaufen von ihrem Platz neben den Haustüren zu entfernen, mit dem Hinweis, dass es besser wäre, an der Cholera zu sterben als zu verhungern; vgl. CORBIN (1984), S. 281.

⁸⁹² Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 67 u. 71; hierzu auch ZSCHUNKE (1984), S. 32 f.; SCHMIDT, HEINRICH (1987), S. 188-191.

⁸⁹³ Vgl. HINZ (1965), S. 79 f.

sich insbesondere in den schauburgischen Ackerbürgerstädten und Dörfern der Unrat auf den Straßen türmte, unrealistisch.⁸⁹⁴ Fäkalien wurden in bestimmten Phasen im Rahmen der Bodenbestellung zum Düngen auf die Felder verbracht. Eheprotokolle, in denen die Verwendung von „Geil und Gare“ detailliert geregelt wurde, zeugen von einem bewussten Umgang damit.

Die zeitgenössischen Mediziner beklagten immer wieder die schlechten Gerüche in unzureichend gelüfteten Behausungen. Die Abneigung der Bewohner gegen das Lüften resultierte indes aus einer hohen Wertschätzung von Wärme. Denn ein großer Teil der Bevölkerung war mehrere Monate im Jahr einer bisweilen äußerst bitteren Kälte ausgesetzt. Da die Häuser im Allgemeinen zugig waren, bemühte man sich, zumindest kleinere Wohnbereiche abzudichten, um sich vor einem Wärmeverlust zu schützen. Gleichwohl war das Verhalten der Menschen in Bezug auf die Verbreitung epidemischer oder endemischer Krankheiten hochproblematisch. Die Wohnverhältnisse und das Zusammenrücken der Menschen vor der wärmenden Feuerstelle im Laufe der Wintermonate haben Infektionen zweifellos Vorschub geleistet. Hinzu kam die Gewohnheit, sich ein Bett mit anderen – auf Reisen auch fremden – Individuen zu teilen.

Der Mobilitätsgrad in der Vergangenheit war höher als weithin angenommen wird. Vielfältige Kontakte auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene begünstigten natürlich die Verbreitung ansteckender Krankheiten. Die meisten Einwohner der Dörfer eines Kirchspiels begegneten sich zumindest 1-mal wöchentlich in der Kirche, ihre Kinder darüber hinaus noch in der Schule. Die landwirtschaftlichen Hilfskräfte bzw. Tagelöhner – männlich und weiblich – beschränkten sich nicht auf ihr Heimatdorf, sondern halfen auch in den benachbarten Siedlungen bei Bedarf aus. Ein Übriges taten Märkte und Kleinhandel. Neben Personen aus der näheren Umgebung, die spezielle Produkte anboten („Steinhuder Fischweiber“⁸⁹⁵), besuchten reisende Händler, Gaukler wie Musikanten oder Tanzbärenführer sowie Bettler selbst die abgelegeneren Orte.⁸⁹⁶

Im Rahmen der landesherrlichen Bemühungen um die Hebung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung erhielt die Prävention einen zentralen Platz. Obwohl man noch

⁸⁹⁴ Vgl. auch ZWINGELBERG (2013), S. 29 f.

⁸⁹⁵ Vgl. GEWEKE (2002), S. 110; siehe auch EBD., S. 146.

⁸⁹⁶ Vgl. EBD., S. 107-111.

längst keinerlei Vorstellung von den tatsächlichen Faktoren der Krankheitsentstehung und -verbreitung hatte, war empirisches Wissen bei der Suche nach geeigneten Maßnahmen zur Verhütung oder Eindämmung insbesondere der Infektionskrankheiten dienlich. Im Jahre 1758 ist in der Zeitschrift *Nützliche Samlungen* ein Artikel mit dem Titel „Vom Verhalten zu Kriegszeiten, in Absicht auf die Gesundheit“ erschienen. Darin empfiehlt der Verfasser unter anderem: „Man siehet auch, dass es zu der gegenwärtigen Absicht gut ist, die Lager und Quartiere, so viel möglich, weit aus einander zu breiten, damit nicht viele dicht beysammen wohnen: lieber viele Hospitäler anzulegen, worin wenigere Kranken geräumig liegen, als die Lazarethe so voll zu pflöpfen.“⁸⁹⁷ Außerdem: „Es kömt oft dazu, dass die Kleider der Kranken oder Verstorbenen, die Betten, worauf sie gelegen, die Tücher und andere von ihnen gebrauchte Sachen, ohne vorhergehende und genugsame Reinigung von den Gesunden wieder gebraucht, und dadurch das Böse diesen mitgetheilet wird.“⁸⁹⁸

Die bereits im Spätmittelalter verbreiteten Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Kleidung erkrankter Personen und einer erhöhten Infektionsgefahr übertrug man zunehmend auf Krankheiten wie Tuberkulose, Ruhr, Faulfieber, Pocken oder die Krätze.⁸⁹⁹ Im 18. Jahrhundert begegnete man diesen Gefahren erneut durch Regulierungen des Altkleiderhandels. Entsprechende Polizeiverordnungen regelten auch den Umgang mit der Kleidung Verstorbener in Kranken- und Zuchthäusern.⁹⁰⁰ Der praktische Erfolg dieser Maßnahmen sei dahingestellt. Gesunde teilten sich mit Kranken nicht selten vollkommen unbefangen ein Bett. Hinsichtlich deren Kleidung dürfte ebenfalls kein ausgeprägtes Risikobewusstsein bestanden haben.

Im ausgehenden 18. Jahrhundert erregte schließlich der Umgang mit den Leichen der Verstorbenen die Aufmerksamkeit staatlicher Stellen.⁹⁰¹ In Schaumburg erfolgten die Bestattungen ausweislich der Eintragungen in den Kirchenbüchern gelegentlich bis zu

⁸⁹⁷ NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1758, S. 541.

⁸⁹⁸ EBD., S. 531.

⁸⁹⁹ Vgl. ARTELT (1969), S. 122.

⁹⁰⁰ Vgl. EBD., S. 122.

⁹⁰¹ Vgl. auch ZSCHUNKE (1984), S. 189.

5, zumeist⁹⁰² aber schon 2–3 Tage nach dem Ableben. Dies gilt aufgrund des beschleunigten Zersetzungsprozesses insbesondere für die wärmeren Monate.⁹⁰³ Im Falle von Seuchen verkürzten sich die Zeiten, wobei man mindestens 1 Tag abwartete. Die im Vergleich zur Moderne reduzierten zeitlichen Abstände zwischen Tod und Bestattung eines Individuums ergaben sich aus den herabgesetzten organisatorischen Notwendigkeiten. Die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit machten den Tod zu etwas Alltäglichem, der vor den Anforderungen des Arbeitslebens zurücktreten musste. Dennoch hatten sich Traditionen herausgebildet, die mittlerweile als problematisch erachtet wurden.

Nachdem in Kassel die Pocken grassierten, wurde im Jahre 1787 unter Androhung einer Strafe in Höhe von 10 Rtl. „die Ausstellung der an den Blättern verstorbenen Kinder verboten“.⁹⁰⁴ Man berief sich auf das „gegründete Urteil der besten Aerzte, wodurch die Ansteckung auf eine höchstgefährliche Art gar sehr befördert und verbreitet werde.“ Etwas später wurden die Schreiner angewiesen, „die Fugen und Ritze der Särge wohl zu verpichen“⁹⁰⁵. Acht Jahre später wurde das Verbot der Zurschaustellung auf alle Toten ausgedehnt. Für die Pockentoten erneuerte man die Verfügung über die Abdichtung der Särge, „damit das Blattergift durch die Unterlassung dieser Vorsicht nicht noch mehr verbreitet werde.“⁹⁰⁶

Seit dem 16. Jahrhundert vertraten Mediziner nachweislich die Ansicht, die Friedhöfe würden durch ausweichende Verwesungsdämpfe einer Vergiftung der Luft Vorschub leisten. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts intensivierte sich die Diskussion über die Frage nach der Schädlichkeit von Friedhöfen in allzu enger Nachbarschaft zu den lebenden Menschen.⁹⁰⁷ Visuell erfahrbar sind diese Befürchtungen in Form der architektonischen Anlage einschließlich der Bepflanzung der Friedhöfe. So spiegelt beispielsweise die Reihung der Gräber nicht nur die zeitliche Ordnung der Bestattungen wider, sondern sie ist mehr noch Ausdruck des Bemühens, ein unabsichtliches

⁹⁰² Eine feste Regel ist nicht ersichtlich.

⁹⁰³ In den Rintelner Sterberegistern wird im Mai 1789 darauf hingewiesen, dass ein Bürger *nicht öffentlich, sondern früh um 1/2 4 in der Stille begraben worden, weil der Leichnam geplatzt war.*

⁹⁰⁴ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 7, S. 216.

⁹⁰⁵ EBD., S. 344 f.

⁹⁰⁶ EBD., S. 693; vgl. auch SAMMLUNG HESSLO 8, S. 245.

⁹⁰⁷ Vgl. allgemein HAPPE (1988), S. 206-217.

Freisetzen schädlicher Verwesungsdünste zu vermeiden.⁹⁰⁸ Doch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam man zu dem Schluss, dass es für eine Gefährdung von Menschen durch Friedhöfe keinerlei Anhaltspunkte gebe. Im Falle der Cholera, die seit den 1830er Jahren die europäische Bevölkerung in Angst und Schrecken versetzte, habe die Verwesung sogar einen positiven Effekt, weil der „Cholerakeim“ durch Fäulnis zerstört werden könne.⁹⁰⁹

Im Gegensatz zu der im Kern unbegründeten Furcht vor Verwesungsdämpfen ist von gesundheitlichen Gefährdungen durch keimbelastetes Wasser auszugehen. Sieht man von den Zuständen in Städten wie London oder Paris ab, so war die Verunreinigung größerer fließender Gewässer durch eingeleitete Fäkalien aber verhältnismäßig gering.⁹¹⁰ Problematischer waren Verunreinigungen des Grund- bzw. Brunnenwassers. Und wengleich in größeren Städten viele Menschen auf engem Raum zusammenlebten, bedeutete dies nicht, dass die hygienischen Zustände dort per se schlimmer waren als in Klein- oder Mittelstädten. Insbesondere in Städten ackerbürgerlicher Prägung belasteten Viehhaltung und der zeittypisch unbefangene Umgang mit Fäkalien das Grundwasser zusätzlich.⁹¹¹ Darüber hinaus waren die allgegenwärtigen Jauchegruben, Mistpfützen, Tümpel und stehenden Gewässer potentielle Brutstätten von Fliegen, die als Überträger von Krankheitserregern für die Verbreitung von Seuchen wie der Ruhr in Frage kommen.

Zumindest die Städte veränderten im Laufe der Frühen Neuzeit ihr Aussehen. Stein begann, Holz und Lehm als wichtigstes Material im Rahmen des Hausbaues abzulösen.⁹¹² Immer mehr Straßen erhielten ein Steinpflaster, was nicht nur deren Passierbarkeit zugute kam.⁹¹³ Die Pflasterung, die als Isolierung gegen aufsteigende gesundheitsschädliche Dämpfe galt, erleichterte die Beseitigung des Schmutzes.⁹¹⁴ Für die größeren hessischen Städte wurden in den 1760er und 1770er Jahren Polizeiordnungen

⁹⁰⁸ Vgl. HAPPE (1988), S. 215-225.

⁹⁰⁹ Dass man an der Bestattung der Toten zumindest außerhalb der städtischen Siedlungen festhält, geht auf „die bauliche Entwicklung der Städte und ihre verkehrstechnische Situation wie auch eine Abneigung gegenüber einem an den Tod erinnernden Ort“ zurück; HAPPE (1988), S. 214.

⁹¹⁰ Vgl. RATH (1969), S. 72.

⁹¹¹ Vgl. EBD., S. 72 f.

⁹¹² Vgl. BEHRINGER, (2007), S. 227.

⁹¹³ Vgl. FRANCOIS (1982), S. 37; ZSCHUNKE (1984), S. 31-34; WISCHHÖFER (1991), S. 291 u. 298-300.

⁹¹⁴ Vgl. CORBIN (1984), S. 122.

erlassen, die u. a. auch Verfügungen über die Straßenreinigung enthielten.⁹¹⁵ Im ausgehenden 18. Jahrhundert war die Obrigkeit in Kassel dann nicht mehr bereit, das nächtliche Ausschütten der Urintöpfe aus dem Fenster hinzunehmen. Da man diese Gewohnheit bereits zu früher Abendzeit praktizierte, wurde im April 1791 das Ausschütten sowohl bei Tag als auch bei Nacht untersagt. Zudem erging das Verbot, weiterhin „Gefäße voll Unflath in die Drusel“ zu tragen.⁹¹⁶ Im Mai 1791 wurde darüber hinaus untersagt, Unkraut und Unrat aus den Gärten in der Umgebung Kassels auf die Wege zu werfen.⁹¹⁷

Bereits im 18. Jahrhundert konkretisierte sich die Vorstellung von dem, was später als Hygiene verstanden wurde.⁹¹⁸ So sprachen sich Mediziner in ihren Dissertationen für das regelmäßige Waschen von Händen und Füßen aus.⁹¹⁹ An der Wende zum 19. Jahrhundert verstärkte sich zudem die Kritik an dem von der Galanterie hervorgebrachten Modeideal, das vermeintlich gesundheitliche Nachteile hervorrief.⁹²⁰ Im Rahmen der Aufklärung war die Forderung nach Natürlichkeit formuliert worden. Dieses Postulat führte zur Ablehnung von Schminke, Puder und Perücken, da diese Hilfsmittel lediglich der Konstruktion eines trügerischen äußeren Scheins dienten. Kleidung an sich – und damit deren Schnitt, Material und „Menge“ – wurde Gegenstand medizinischer Betrachtungen. Ausgehend von den gebildeten Schichten setzte in den kommenden Jahrzehnten in den Beziehungen der Menschen untereinander ein weiterer Wandel ein. Keimzelle war weniger eine fortschrittliche Auffassung von Hygiene, sondern „vor allem ein neues Wahrnehmungsmuster und eine neuartige Besetzung des Körpers mit Scham“.⁹²¹ Mit dem Wunsch nach Intimität wuchs das Bedürfnis nach körperlicher Distanz zu Fremden. Dieser Prozess trug wesentlich dazu bei, dass Krankheiten, die durch Ektoparasiten übertragen wurden, im europäischen Raum auf lange Sicht zurückgingen.

Hygiene verstanden als präventive Maßnahme zum Schutz des Organismus vor Krankheiten ist keine Erfindung des 19. Jahrhunderts. Denn trotz ihrer Unkenntnis über die

⁹¹⁵ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, S. 233-238, 250-256, 378-380, 743.

⁹¹⁶ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 7, S. 450.

⁹¹⁷ Vgl. EBD., S. 454.

⁹¹⁸ Vgl. MESMER (1982), S. 472 f.; KELLNER (2005), S. 30-46.

⁹¹⁹ Vgl. OEHME (1986), S. 49.

⁹²⁰ Vgl. allg. ARTELT (1969).

⁹²¹ Vgl. HAUSER (1992), S. 302 f. u. 305.

tatsächlichen Ursachen für die Verbreitung von Infektionskrankheiten hatten Mediziner auf der Grundlage von Beobachtungen durchaus sinnvolle Verhaltensmaßnahmen entwickelt. Der Schaumburg-Lippische Kalender für das Jahr 1780 führt unter den Empfehlungen zur Bekämpfung der Ruhr u. a. die Trennung der Gesunden von den Kranken sowie die möglichst rasche Entfernung der Ausscheidungen auf (allerdings nicht an erster Stelle). Insbesondere sollten die Ausscheidungen vergraben und nicht – wie auf dem Land üblich – zur Düngung auf den Misthaufen geschüttet werden.

Indes spiegelt sich in Verordnungen wie dieser zunächst nur der Wille des Staatsapparats, der Verbreitung von Epidemien vorzubeugen, über den Erfolg ist damit noch nichts gesagt. Zu beachten ist, dass die landesherrlichen Verordnungen in einem zeitlichen Abstand von etlichen Jahren oder Jahrzehnten erlassen worden sind. Das Leben in der Frühen Neuzeit war zwar nicht von durchgehender Freizügigkeit geprägt, aber auch nicht obrigkeitlich durchreglementiert. Inwiefern sich mit staatlichen Vorgaben das Verhalten der Bevölkerung beeinflussen oder gar steuern ließ, ist schwer zu ermessen. Die Wirksamkeit obrigkeitlicher Verordnungen hing nicht zuletzt davon ab, wie effektiv der frühmoderne Staat deren Einhaltung zu kontrollieren vermochte. Bedeutsam war überdies der Gegenstand der Regelung. Einen unmittelbaren Einfluss auf das Leben der Bevölkerung übten beispielsweise die Grund- und Gerichtsherren aus, wenn Vereinbarungen in den Eheverschreibungen eine zu hohe Belastung für die bäuerliche Hofstelle mit sich bringen konnte. Im Mittelpunkt der Einsprüche standen zu meist die Mitgiften der weichenden Erben und die Abfindungen an die Leibzüchter.⁹²² Die Eingriffsmöglichkeit ergab sich aus dem Umstand, dass die Abreden zu ihrer Gültigkeit schriftlicher Fixierung benötigten und damit kontrolliert werden konnten. Die obrigkeitlichen Eingriffe bedeuteten zwar eine Disziplinierung, gleichwohl erfolgten sie in beiderseitigem Interesse, da sie die wirtschaftliche Existenz der bäuerlichen Familie sicherten. Zumindest von den begünstigten Brautleuten war in dieser Angelegenheit Zustimmung zu erwarten. Im Unterschied dazu blieben die Präventions- bzw. Hygienevorschriften für den allergrößten Teil der Bevölkerung lange abstrakt, weil sie außerhalb des persönlichen Erfahrungshorizonts standen. Einsicht in ihre Notwendigkeit bestand nicht, die Ahndung von Verstößen war mangels Kontrollmöglichkeiten zunächst kaum zu befürchten.

⁹²² Vgl. BEGEMANN (1990), S. 14 f.

Die historische Forschung ist in ihrer Einschätzung der Bedeutung von Hygiene als Mortalitätsdeterminante in der Vergangenheit unentschieden.⁹²³ Der Erfolgsnachweis lässt sich nur bedingt führen. Die Eindämmung von Ruhr und Kindbettfieber sowie potentieller Infektionsquellen für Säuglinge werden als Folge der konsequenten Umsetzung des Hygienegedankens angesehen. Die Internalisierung dieses Gedankens war ein langwieriger Prozess, der von der zunehmenden Erkenntnis getragen wurde, dass Infektionskrankheiten keine unabwendbaren göttlichen Strafen, sondern unter bestimmten Umständen vermeidbar oder doch zumindest beherrschbar sind. Die Begriffe Hygiene⁹²⁴ und Sauberkeit näherten sich einander an und wurden zu Beginn des 19. Jahrhunderts in identischer Verwendung gebraucht.⁹²⁵ Die Etablierung der Hygiene in der Wissenschaft erfolgte allerdings erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.⁹²⁶ Denn vorerst bestand Unklarheit über den inhaltlichen Kern des Begriffs Hygiene. Richtungsweisende Erkenntnisse auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Grundlagenforschung förderten schließlich die Zusammenführung von Hygiene mit der Bakteriologie, dem noch jungen Teilgebiet der Mikrobiologie.⁹²⁷

Zu diesem Zeitpunkt hatte bereits eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Probleme, die Bevölkerungswachstum und Industrialisierung mit sich brachten, eingesetzt. Nun änderte sich auch in den unteren gesellschaftlichen Schichten die Einstellung gegenüber Fäkalien: „(...) um 1860 erscheinen sie als das reine Gift.“⁹²⁸ Die Forderung nach Beachtung hygienischer Grundsätze erlebte eine Popularisierung, auch weil die Cholera auf den Plan getreten war. Wenngleich die Cholera in unterschiedlicher Intensität, zudem nicht überall grassierte,⁹²⁹ beschleunigte die Furcht vor ihr den allgemei-

⁹²³ Vgl. BURRI (1975), S. 153 f. u. 159; FRANCOIS (1982), S. 37; GEHRMANN (1984), S. 124 u. 170 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 30-34.

⁹²⁴ Hygiene (grch. *hygeinos*; dt. das, was gesund ist) „bezeichnet alle Mittel und Kenntnisse, die zur Erhaltung der Gesundheit dienen. Der Begriff ‚Hygiene‘ steht nun für einen Teilbereich der Medizin, womit ein neues Wissensgebiet erschlossen ist.“; VIGARELLO (1988), S. 200.

⁹²⁵ Vgl. EBD., S. 160 f.

⁹²⁶ Vgl. EULNER (1969), S. 17-19; MESMER (1982), S. 470; MATHIEU (1993), S. 101.

⁹²⁷ Vgl. EULNER (1969), S. 22-25.

⁹²⁸ HAUSER (1992), S. 305; vgl. auch MESMER (1982), S. 473, die zur „Hygienerevolution“ vermerkt: „Was den Sozialhistoriker, der daran gewohnt ist, Veränderungen im menschlichen Alltagsverhalten als langfristige Abläufe zu betrachten, vor allem beeindruckt, ist die Schnelligkeit, mit der diese Ziele durchgesetzt wurden.“

⁹²⁹ Vgl. VASOLD (1999), S. 232.

nen Medikalisierungsprozess, indem sie ein Bewusstsein für die Zusammenhänge zwischen Hygiene und Seuchenanfälligkeit schuf.⁹³⁰ In vielen europäischen Großstädten gab sie den entscheidenden Anstoß zur Anlage von Kanalsystemen.⁹³¹

Die Phase der Medikalisierung, die im ausgehenden 18. Jahrhundert an Dynamik gewann, ist Ausdruck der Bemühungen um die Schaffung moderner Staatswesen. Der Umfang und die Geschwindigkeit hingen ab vom landesherrlichen Willen und der Leistungsfähigkeit seiner Administration, die Basis bildeten territorienübergreifend die Aufklärungsbewegung und der wissenschaftliche Fortschritt. Um den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu verbessern und das erreichte Niveau zu halten, bedarf es eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Nicht weniger bedeutsam – und das gilt sowohl für die Agrargesellschaften der Vergangenheit als auch die modernen Industriegesellschaften – ist die Hebung sozialer Standards. Eine Schlüsselrolle kommt dabei den Wohn- und Arbeitsverhältnissen zu. Das Zusammensein vieler Menschen auf engem Raum unter unzureichenden hygienischen Bedingungen ist höchst problematisch, weil Erreger von Infektionskrankheiten dort einen idealen Nährboden finden. Im Laufe des 19. Jahrhunderts haben vorrangig Ärzte auf die gesundheitlichen Probleme, die mit Verstädterung und Massenverelendung als Folge des Bevölkerungswachstums einhergingen, aufmerksam gemacht. Sie erkannten das quartier- und mili-euübergreifende Gefährdungspotential, aus dem sie dringenden Handlungsbedarf ableiteten. Letzten Endes war es die soziale Frage, die die Suche nach Lösungen beschleunigte und damit sowohl zur Ursachenforschung anregte als auch dem alten Präventionsgedanken neuen Auftrieb gab.

⁹³⁰ Vgl. HÖSEL (1987), S. 131.

⁹³¹ Vgl. VIGARELLO (1988), S. 213-217.

2.3 Historisch-demographische Grundlagen

2.3.1 Quellen und Methodik

Wer dem enzyklopädischen Internetportal Wikipedia vertraut, könnte aufgrund der Kürze des Artikels zum Thema Bevölkerungsgeschichte [Stand: 09/2021] den Eindruck gewinnen, dass diese zu den wissenschaftlichen Disziplinen zu zählen ist, die außerhalb eines kleinen Kreises von Fachleuten kaum wahrgenommen werden. Tatsächlich aber tragen die Erkenntnisse der Bevölkerungsgeschichte wesentlich dazu bei, Bewertungen und Einschätzungen zur gegenwärtigen und künftigen Bevölkerungsentwicklung treffen zu können. Darüber hinaus enthält der Wikipedia-Artikel eine Ungenauigkeit, da er Bevölkerungsgeschichte mit Historischer Demographie gleichsetzt. Denn trotz einer grundsätzlichen Übereinstimmung im Allgemeinen gilt es, im Besonderen zu unterscheiden. So haben zwei maßgebliche Protagonisten dieser beiden Konzepte in der Bundesrepublik Deutschland – Wolfgang Köllmann für die Bevölkerungsgeschichte und Arthur E. Imhof für die Historische Demographie – klargestellt, dass sie sich verschiedenen wissenschaftlichen Traditionen verbunden fühlen.⁹³² Die Bevölkerungsgeschichte steht in enger Verbindung mit der Einführung amtlicher Statistiken und wurzelt damit bis in das 19. Jahrhundert hinein. Aus der wissenschaftlichen Analyse vitalstatistischer Daten versprach man sich Erkenntnisse über wirtschaftliche Veränderungen, die wiederum Einfluss auf die Entwicklung der Bevölkerung innerhalb eines größeren Staatsgebildes haben. Die eigentlichen Anfänge der Bevölkerungsgeschichte fallen in die 1930er Jahre, als man sich dem Gegenstand unter erweiterter Fragestellung näherte. Allerdings blieb die Forschung nicht frei von nationalsozialistischem Gedankengut. Die damit einhergehende Diskreditierung warf die Bevölkerungsgeschichte auf lange Sicht zurück, da die Arbeiten nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges zunächst kaum rezipiert worden sind.⁹³³ Erst seit den 1960er Jahren nahm die Bevölkerungsgeschichte wieder etwas breiteren Raum innerhalb der Geschichtswissenschaft ein. Köllmann (1986) definiert Bevölkerungsgeschichte wie folgt:

⁹³² Beide haben 1986 in demselben Sammelband ihre Methoden vorgestellt; vgl. KÖLLMANN (1986); IMHOF (1986a).

⁹³³ Vgl. EHMER (2013), S. 57-59; PFISTER (1994), S. 59-61.

„Sie untersucht demographische Strukturen und strukturwandelnde Prozesse raumgebundener sozialer Kollektive – der Gesamtheit der Menschen eines Raumes oder bestimmter Gruppen innerhalb dieser Gesamtheit – in ihren Bezügen zu den ideologischen (weltanschaulichen), kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Bedingtheiten ihrer geschichtlichen Zeit.“ (S. 18)

Typisch für die Bevölkerungsgeschichte sind ein verengtes nationalstaatliches Verständnis und – daraus hervorgehend – eine makrohistorische Ausrichtung. Prägend war die Tatsache, dass die deutschen Territorien erst 1871, also relativ spät, zu einem einheitlichen Staatsgebiet mit einer zentral gelenkten Verwaltungsstruktur zusammengeschlossen worden sind. Dagegen hatte Frankreich, das als Ursprungsland der Historischen Demographie gelten kann, bereits frühzeitig den Weg in den Nationalstaat gefunden. Staatliche Grenzen spielten in der Forschung von Beginn an eine geringere Rolle als regionale Unterschiede. Kennzeichnend für die Historische Demographie wurden daher Mikrostudien, Untersuchungsgegenstand waren bevorzugt Kirchspiele oder ähnlich kleine Verwaltungseinheiten.

Orientiert man sich an Untersuchungen, deren Methodik mit denen der Historischen Demographie vergleichbar ist, müsste man die Ursprünge dieser wissenschaftlichen Disziplin im 17. Jahrhundert verorten.⁹³⁴ Denn bereits zu diesem frühen Zeitpunkt begann man, statistische Daten zu erheben und sich auf diesem Wege beispielsweise zur wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Lage von Bevölkerungsteilen zu informieren. Einer der bekanntesten Vertreter aus der frühen Phase ist der Engländer Thomas Robert Malthus, der an der Wende zum 19. Jahrhundert in Anbetracht zunehmender pauperistischer Tendenzen Überlegungen zur Ernährung der Angehörigen gesellschaftlicher Unterschichten anstellte. Als initiales Ereignis gilt jedoch die Veröffentlichung eines Artikels des Wirtschaftshistorikers Jean Meuvret in der Zeitschrift „Population“ im Jahre 1946, in dem er eine Korrelation zwischen Weizenpreisen und Sterblichkeit in einer französischen Region beschreibt. Seine Arbeit regte zahlreiche Untersuchungen mit ähnlicher Ausrichtung an. Von besonderer Bedeutung ist der zunehmende Rückgriff der historischen Forschung auf statistische Methoden, die in der Folge stetig

⁹³⁴ Das Folgende allgemein nach IMHOF (1977), S. 13-35.

weiterentwickelt wurden. Exemplarisch für diese Phase in Frankreich steht die Herausbildung der Familienrekonstitutionsmethode (*méthode de la reconstitution des familles*). Gleichwohl war die Auswertung von Kirchenbüchern und anderen registerförmigen Quellen in großem Umfang zur Erstellung von Familienstammbäumen nicht neu. Seit den 1920er Jahren hatte die „Ahnenforschung“ in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen, der bereits vorhandene „rassenbiologische“ Ansatz stand ab 1933 im Vordergrund. Die Instrumentalisierung der historischen Forschung im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie bedeutete eine schwere Hypothek. Denn obwohl nicht zuletzt die sogenannten Ortssippenbüchern, die während der Nazi-Herrschaft angelegt worden sind, eine gerade für diesen Forschungszweig sehr gute Quellenbasis bilden, verbreitete sich die Historische Demographie erst mit einiger Verzögerung in der Bundesrepublik Deutschland. Bezeichnenderweise waren es mit Arthur E. Imhof und John Knodel ein Schweizer und ein US-Amerikaner, die für die deutsche Forschung Gebiet Pionierarbeit geleistet haben.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen die Sterberegister der Grafschaft Schaumburg, da Todesursachen einzig darin verzeichnet worden sind. Um die unterschiedlichen Aspekte von Sterblichkeit im Übergang zur Neuzeit bewerten zu können, wurden zusätzlich Geburts-, Heirats- und Konfirmationsregister ausgewählter Kirchspiele herangezogen. Kirchenbücher sind eine wichtige sozialgeschichtliche Quelle. Auf ihrer Grundlage ist es möglich, Lebensläufe von Menschen zu rekonstruieren, die ansonsten in keiner anderen Quelle erscheinen.⁹³⁵ Zugleich können Kirchenbücher andere Quellen ergänzen, da sie neben den vitalstatistischen Eckdaten in der Regel weitere Informationen (Verwandtschaftsbeziehungen, Wohnort, Beruf o. ä.) enthalten. Darüber hinaus finden sich in Kirchenbüchern gelegentlich Eintragungen, die strenggenommen nicht hineingehören, aber von historischem Wert sind. Beispielsweise Schilderungen von kriegerischen Ereignissen, Mordfällen, Wetteranomalien oder auch Hinweise auf Getreidepreisentwicklungen. Leider sahen sich Pastoren, die sich auch als Chronisten allzu säkularer Ereignisse verstanden, bisweilen von der Konsistorialbehörde gemaßregelt.

⁹³⁵ Vgl. exemplarisch CORBIN (1999).

Die Einführung der Kirchenbücher fällt in eine Zeit, in der sich gesellschaftliche Spannungen in den Auseinandersetzungen um Glaubensfragen entluden. Im Zuge der Reformation wurden entsprechende Kirchenordnungen erlassen. Die verbindliche Führung von Kirchenbüchern in katholischen Territorien geht zurück auf ein Dekret des Konzils von Trient 1563.⁹³⁶ Sie sind Ausdruck der Bemühungen von Kirche und Landesherrschaft, sich einen Überblick über die religiöse Ausrichtung der Bevölkerung ihres Territoriums zu verschaffen. Neben der politischen dienten die Kirchenbücher auch der sozialen Kontrolle. Illegitimität wurde über die Taufregister erfasst, die Eheregister enthalten bisweilen Anmerkungen zu vorehelichen sexuellen Beziehungen zwischen den Brautleuten. Mit der Registrierung sollte zudem der Verheiratung zwischen Personen, die in einem engeren verwandtschaftlichen Verhältnis zueinander stehen, entgegengewirkt werden. Später gewannen säkulare Fragen an Gewicht. Gegenüberstellungen von Geburten und Todesfällen am Jahresende sind Ausdruck landesherrlicher Peuplierungsbestrebungen und der damit verbundenen Bemühungen um die statistische Erfassung der Bevölkerung. Kirchenbücher sind jedoch kein Ersatz für Volkszählungen. Auch im Falle einer vollständigen Auswertung aller Kirchenbücher würde es nicht gelingen, die Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitraum zu erfassen: Menschen, die längere Zeit in dem betreffenden Territorium lebten, dort jedoch weder geboren wurden noch geheiratet haben oder verstorben sind, haben in aller Regel keinen Eingang in die Kirchenbücher gefunden. Daneben sind gelegentlich Menschen verzeichnet, die sich auf der Durchreise befanden oder Verwandte besuchten. Anlass der Registrierung war manchmal eine Kindstaufe, zumeist aber ein Sterbefall infolge von Unfall, Krankheit o. ä. Aufgrund der Kürze ihres Aufenthalts zählen diese Personen nicht zur ständigen Wohnbevölkerung. Anders verhält es sich mit Menschen, die aus ihrem Territorium dauerhaft fortgezogen sind. Der Zeitpunkt ihrer Abwanderung ließe sich mit etwas Aufwand bisweilen annähernd sicher schätzen,⁹³⁷ doch nur selten genau bestimmen. Eine weitere Einschränkung stellen konfessionelle Unterschiede dar. So enthalten die Register der evangelisch-lutherischen Kirchspiele Schaumburgs keine Informationen über die Angehörigen der reformierten Gemeinde in Rinteln, der jüdischen Gemeinden in Rinteln, Obernkirchen und Rodenberg sowie Personen katholischer Konfession. Allerdings war der Anteil dieser Gruppen an der

⁹³⁶ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 5; KOHL (1985), S. 34 f.

⁹³⁷ Mit Hilfe der Geburten- und Konfirmationsregister ist dies zumindest bei Kernfamilien mit mehreren (überlebenden) Kindern relativ gut möglich.

schaumburgischen Bevölkerung marginal. So gab es beispielsweise in der Stadt Hessisch Oldendorf im Jahre 1861 neben 1.277 evangelisch-lutherischen Personen nur 16 Reformierte und einen Katholiken.⁹³⁸ Der Anteil der Angehörigen jüdischen Glaubens überschritt in Rinteln nie 2 %, in Rodenberg und Hessisch Oldendorf lag er etwas darüber.⁹³⁹ Die höchste Zahl erreichte die jüdische Bevölkerung im Untersuchungszeitraum in der Mitte des 19. Jahrhunderts mit etwa 400 Personen, was einem Anteil von rund 1 % an der Gesamtbevölkerung entsprach.

Die Grenzen einiger Kirchspiele decken sich nicht mit den Landesgrenzen. Dadurch sind einzelne schaumburgische Orte (Ahe, Goldbeck, Reinsen, Heidbrink, Pohle) in Nachbarterritorien eingepfarrt, während in den schaumburgischen Kirchenbüchern Dörfer aus den Grafschaften Schaumburg-Lippe und Lippe sowie Kurhannover erscheinen. Die sozialen Kontakte zwischen den Angehörigen desselben Kirchspiels waren intensiver, da man sich regelmäßig in der gemeinsamen Kirche traf. Die Daten der entsprechenden Gemeinden aus Nachbarterritorien wurden daher zusammen mit denen aus den schaumburgischen Kirchspielgemeinden ausgewertet. Schaumburgische Dörfer, die in Kirchspielen der Nachbarterritorien eingepfarrt waren, blieben im Rahmen dieser Untersuchung unberücksichtigt.

Die Einführung der Kirchenbücher in der Grafschaft Schaumburg war im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts abgeschlossen. Sie sind fast ausnahmslos erhalten. Wenn gleich ihr Informationsgehalt tendenziell zunahm, gibt es qualitative Unterschiede. Im 17. und in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts stößt man immer wieder auf Überlieferungslücken von einzelnen Jahren bis hin zu mehreren Jahrzehnten. Neben Verlusten aufgrund von Diebstahl o. ä. sind personell bedingte Störungen in der Überlieferung zu beobachten. So zeugt eine Reihe kleinerer Zettel davon, dass die Daten des Kirchspiels Grove (Rbg) der 1720er Jahre nachträglich erhoben wurden, nachdem der *Schulmeister* angewiesen worden war, die vitalen Ereignisse der jüngeren Zeit individuell abzufragen. Der damalige Pastor litt unter einer zunehmenden geistigen Beeinträchtigung und war schließlich nicht mehr in der Lage, sein Amt auszuüben. Darüber hinaus sind Ermahnungen, die Vorgaben zur Führung der Kirchenbücher gewissenhafter zu

⁹³⁸ Vgl. KEYSER (1952), S. 194.

⁹³⁹ Vgl. KLAUS (1993), S. 197-199.

befolgen, nicht nur in Schaumburg immer wieder ins Leere gelaufen.⁹⁴⁰ Dies änderte sich erst seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert im Zuge einer engmaschigeren Kontrolle durch die Konsistorialbehörde bzw. die Superintendentur.⁹⁴¹

Die Eintragungen wurden in der Regel durch die Pastoren selbst vorgenommen. Amtswechsel lassen sich an der äußeren Form der Kirchenbucheintragungen ablesen. Gelegentlich zeugt ein zunehmend zittrigeres Schriftbild, das schließlich von einer oder mehreren anderen Handschriften abgelöst wird, von einer dem Tod vorangehenden körperlichen Beeinträchtigung des Amtsinhabers. Diese Phasen sind jedoch nur kurz, freigewordene Stellen wurden schnell wiederbesetzt. Sofern sie eine einkömmliche Pfarre zugewiesen bekommen hatten, blieben die meisten Amtsinhaber bis zu ihrem Lebensende in derselben Kirchengemeinde. Bis zur Einführung von Tabellen spiegeln die Eintragungen in den Registern oft jahrzehntelang ihren individuellen Stil wider. Alternierende Handschriften über einen längeren Zeitraum kommen nur selten vor. Ausnahmen bilden Rinteln und Hessisch Oldendorf. Aufgrund ihrer Größe wurden diese Kirchengemeinden von zwei Pastoren betreut.

Im Umgang mit Kirchenbüchern ist generell Vorsicht geboten. Beispielsweise scheinen zumindest in den älteren Phasen insbesondere Dienstboten und Kinder (vgl. auch Kap. 3.2) tendenziell unterregistriert worden zu sein.⁹⁴² Einträge wie *Balckes Kind* sind nicht weit über den Moment hinaus verständlich, ihr Informationsgehalt äußerst gering. Im Fall der vorliegenden Untersuchung stellt sich die Frage, wie die Angaben der Todesursachen zu bewerten sind. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird ihr Informationsgehalt aufgrund der mangelnden medizinischen Kenntnisse von Seiten der Forschung nicht sonderlich hoch eingeschätzt. Gleichwohl bieten sie die einzige Möglichkeit einer quantifizierenden Analyse des Krankheitsgeschehens in norddeutschen Territorien wie der Grafschaft Schaumburg, für die keine medizinischen Topographien angefertigt wurden. In den schauburgischen Kirchspielen begann sich die regelmäßige Überlieferung der Todesursachen seit der Mitte des 18. Jahrhunderts

⁹⁴⁰ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 13.

⁹⁴¹ Das Konsistorium in Rinteln verfügte über das Vorschlagsrecht im Falle der Wiederbesetzung einer Pfarrei. Die geistliche Aufsicht über die schauburgischen Pastoren lutherischer Konfession unterlag jedoch der ebenfalls in Rinteln ansässigen Superintendentur. Die Kirchenvisitationen wurden durch den jeweiligen Superintendenten durchgeführt. U. a. kontrollierte er die Führung der Kirchenbücher; vgl. LEDDERHOSE (1780), S. 421-423.

⁹⁴² Vgl. BURRI (1975), S. 9; KOHL (1985), S. 9.

durchzusetzen.⁹⁴³ Im 19. Jahrhundert kamen viele neue Begriffe hinzu. Die neuen wissenschaftlich-exakteren Umschreibungen indizieren, dass sich immer mehr Verstorbene in ärztlicher Behandlung befunden haben. Doch nur, wenn das Mitwirken eines Arztes ausdrücklich vermerkt worden ist, ist auszuschließen, dass die Diagnosen lediglich auf Äußerungen der Erkrankten oder Beobachtungen aus deren sozialem Umfeld beruhen. Handelte es sich um auffällige oder langfristige Leiden, ist davon auszugehen, dass den Pastoren weiterführende Informationen zum Gesundheitszustand vorlagen. Denn in Ermangelung akademischer Ärzte waren sie als Angehörige des Gelehrtenstandes auch Ansprechpartner in gesundheitlichen Fragen.⁹⁴⁴ Aufgrund regionaler Herkunft und persönlicher Präferenzen erweiterten sie zudem das Spektrum der Todesursachen. Im Rahmen der Analyse ist daher zu beachten, dass dasselbe zum Tode führende Leiden mit ganz unterschiedlichen Begriffen bezeichnet worden sein kann.

Die Aufnahme der Daten aus den Sterberegistern beschränkt sich in der Regel auf die Todesursache, den Todeszeitpunkt, das Alter und Geschlecht sowie den Wohnort der verstorbenen Person. Da die regelmäßige Registrierung der Todesursachen in der Regel erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts einsetzte, umfasst der Untersuchungszeitraum im engeren Sinn die Jahre von 1770–1875. Im nordschaumburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) wurden jedoch bereits mit Einführung der Sterberegister im Jahre 1665 Todesursachen überliefert. Die Analyse der ersten 100 Jahre des erweiterten Zeitraums fußt im Wesentlichen auf den Grover Daten (siehe unten). Überdies wurden auf der Grundlage der nominellen Auswertung der weiteren Register Rekonstitutionen aller Familien aus dem Kirchspiel Grove (Rbg) durchgeführt. Die Ergebnisse finden insbesondere im Rahmen der Analyse der demographischen Grundlagen Berücksichtigung. Darüber hinaus wurden zu Vergleichszwecken gelegentlich vitalstatistische Daten insbesondere aus dem südschaumburgischen Raum herangezogen. Um weiterführende Informationen über die epidemische Verbreitung von Infektionskrankheiten zu erhalten, wurden stichpunktartig Daten aus den Sterberegistern der Nachbarterritorien Grafschaft Schaumburg-Lippe, Grafschaft Lippe sowie dem nahegelegenen Weseranrainer Fürstentum Minden(-Ravensberg) erhoben.⁹⁴⁵

⁹⁴³ Vgl. auch SCHLÖDER (2014), S. 15.

⁹⁴⁴ Vgl. IMHOF/LARSEN (1976), S. 142 f.

⁹⁴⁵ Die Auswahlkriterien werden in Kap. 2.1.6 dargelegt.

Gänzlich unberücksichtigt blieben die Kirchspiele Obernkirchen, Apelern und Kloster Möllenbeck, da eine Registrierung der Todesursachen gar nicht oder nur äußerst sporadisch erfolgte. Gerade Obernkirchen am Westhang des Bückebergs bietet sich als weitere städtische Siedlung für eine Analyse der Todesursachen an, doch ist das Quellenmaterial mangelhaft.⁹⁴⁶

Zur Ermittlung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der schaumburgischen Landesteile sowie des Bevölkerungswachstums vor Einführung der statistischen Erhebungen wurden weitere registerförmige Quellen herangezogen. Dabei handelt es sich um Verzeichnisse, die in fiskalischer Zielsetzung 1680/90⁹⁴⁷, 1732/33⁹⁴⁸ sowie um 1780⁹⁴⁹ erstellt worden sind (vgl. Kap. 2.1.2). Aufgrund einer umfangreichen *Vorbeschreibung* zu jeder der schaumburgischen Siedlungen stellen allein schon die Lager-, Stück- und Steuerbücher aus den 1780er Jahren eine äußerst wertvolle Quelle dar. Die Auswertung der Steuerregister erfolgte im Rahmen einer eigenständigen Untersuchung,⁹⁵⁰ auf deren Ergebnisse im Rahmen dieser Arbeit mehrfach zurückgegriffen wird.

Im Mittelpunkt steht die Auswertung der Todesursachen, die mit einer grundsätzlichen Schwierigkeit einhergeht. Bielke (1986) beschreibt diese wie folgt:

„Die Zuordnung der angegebenen Todesursachen zu heutigen Krankheitsbildern gestaltet sich ausgesprochen problematisch. Im 18. Jahrhundert wurde eine Krankheit beziehungsweise Todesursache danach bezeichnet, wie sie sich auswirkte oder wie sie aussah: nosologisch. Heute hingegen werden Krankheiten nach ihrer Ursache benannt: ätiologisch. Dies ergibt in der Tat Übersetzungsschwierigkeiten. Denn was heißt zum Beispiel Brustkrankheit, Auszehrung oder hitziges Fieber?“ (S. 173)

⁹⁴⁶ 1782 wurde die lückenhafte Führung der Kirchenbücher vom damaligen Superintendenten harsch getadelt.

⁹⁴⁷ Zwischen 1680 und 1690 wurden für die schaumburgischen Städte und Dörfer Steuerkataster erstellt, auf deren Grundlage die Kontributionszahlungen erhoben wurden; vgl. STAB H 3, Nr. 2.

⁹⁴⁸ Im Rahmen der Verbesserung der Kataster wurde die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auch der dörflichen Siedlungen in Schaumburg im sogenannten *Dorfbuch* – STAB H 3, Nr. 14 – erfasst; vgl. ECKHARDT (1965), S. 167 f.

⁹⁴⁹ Vgl. STAB H 3, Nr. 1.

⁹⁵⁰ Vgl. SAUER, PETER (1996).

Ungeachtet der grundsätzlichen Schwierigkeiten werden im Rahmen ortsgeschichtlicher Darstellungen die Todesursachen gerne „übersetzt“, ohne sie in ihrer Gesamtheit zuvor einer Analyse zu unterziehen. Bisweilen werden sie nach Häufigkeit ihrer Registrierung aufgelistet. Dabei fallen viele unter den Tisch, weil sie selten sind und/oder sich der Zuordnung zu einer modernen Krankheit sperren. Ohnehin ist diese Art von Ranking nicht unproblematisch, da suggeriert wird, dass sich aus dem rein quantitativen Vergleich Informationen zu Lebensbedingungen und Gesundheitszustand einer Bevölkerung ableiten lassen.

Auch das Spektrum der Todesursachen in den schauburgischen Sterberegistern ist vielschichtig. Ein kleiner Teil zählt auch im modernen Sinne zu den Krankheiten. Diese nosologischen Entitäten lassen sich bereits bei vordergründiger Betrachtung einer bestimmten Krankheit zuordnen. Vor allem gilt dies für die epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten Pocken, Masern und Ruhr, die auch in der Gegenwart nosologische Entitäten darstellen. Lautet die Todesursache *Kindbett*, ist die betreffende Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit infolge der Geburtsumstände verstorben. Ob der Tod beispielsweise aufgrund schwerer Blutungen nach Komplikationen oder einer Sepsis nach einer bakteriellen Infektion hervorgerufen worden ist, muss ohne weitere Informationen offen bleiben. Sehr allgemein gehalten ist die Todesursache *Alterschwäche*. Die Vermutung liegt nahe, dass die Verstorbenen vor ihrem Tod nicht an einer symptomatisch auffälligen Krankheit gelitten haben. Todesursachen wie *Brustkrankheit* enthalten zwar einen Hinweis auf das erkrankte Organ, lassen sich aber dennoch nicht einer bestimmten Krankheit zuordnen. Die Verstorbenen litten unter einer Beeinträchtigung des Respirationstrakts, wofür verschiedene Ursachen in Frage kommen. Andere Todesursachen sind nur scheinbar exakt im modernen Sinne. So etwa die Todesursache *Fleckfieber*, hinter der sich neben einer Rickettsieninfektion auch der Typhus abdominalis verbergen könnte. Überdies ist anzunehmen, dass entsprechende tödlich verlaufene Infektionen vornehmlich als *Nervenfieber* in den Sterberegistern registriert worden sind. Dieser Begriff ist längst aus der medizinischen Terminologie verschwunden und sperrt sich schon aus diesem Grund einer eindeutigen Zuordnung.

Um auf der Grundlage vitalstatistischer Daten Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Entwicklungsprozess einer frühmodernen Bevölkerung ziehen zu können, bedarf es

eingehender Analysen. Hilfreich sind die seit dem 18. Jahrhundert einsetzenden staatlichen Bemühungen, die vitalen Äußerungen der Bevölkerung zu erfassen, um Faktoren, die deren Wachstum entgegenstanden, bestimmen zu können.⁹⁵¹ In diesen Kontext fallen die zunehmend umfangreicheren konsistorialen Vorgaben zur Führung der Kirchenbücher, deren Einhaltung mithin strenger überwacht wurde. Erschwert wird die Analyse, wenn eine Unterteilung der Todesursachen in bestimmte Rubriken vorgeschrieben wurde. Dies konnte den diagnostischen Spielraum verengen und dazu verleiten, einen Sachverhalt aus einem allzu schematischen Blickwinkel zu betrachten. Eine unklare Symptomlage zum Zeitpunkt des Ablebens motivierte sicherlich die Zuordnung in eine generalisierende Rubrik. Ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Analyse ist die Einstellung der Pastoren gegenüber der Pflicht, Kirchenbücher zu führen. Die Register waren nicht zuletzt persönliche Rechenschaftsberichte. Denn die registrierten vitalen Äußerungen der Gemeindeglieder waren an eine kirchliche Handlung gekoppelt und gingen mit der Erhebung von Gebühren einher. Die Dokumentation der Todesursache war dabei nicht relevant. Phasen, in denen das Spektrum der Todesursache nur eine geringe Variabilität aufweist, lassen auf wenig Interesse an einer gewissenhaften Dokumentation schließen. Ging es Pastoren also vornehmlich um die Entledigung einer lästigen Pflicht, wirkte sich dies auf den Informationsgehalt der Quellen aus.

Eine weitere Schwierigkeit kann sich aus der regionalen Herkunft der Pastoren ergeben. Stammten diese aus einem anderen Sprachgebiet oder waren dort längere Zeit tätig, brachten sie neue Begriffe mit, die nach Beendigung ihrer Amtszeit in der Regel wieder aus den Sterberegistern verdrängt wurden. Auch ein Wechsel zwischen Hoch- und Nieder- bzw. Plattdeutsch kann die Quellenarbeit erschweren. So sind die Todesursachen *Scheuerchen*, *Schürken*, *Zahnen* und *Krämpfe* unterschiedliche Bezeichnungen für dieselbe Erscheinung (vgl. Kap. 3.3). Eine Analyse der Todesursachen bedarf einer eingehenden Klärung der Begrifflichkeiten, da terminologische Ähnlichkeiten – auch mit modernen Krankheiten – leicht zu Verwechslungen führen können.⁹⁵² Die im Internet bereitgestellten Listen der Todesursachen mit kurzen Erklärungen, wie sie insbesondere von Seiten der Ahnenforschung als Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wer-

⁹⁵¹ Vgl. IMHOF/LARSEN (1976), S. 140 f. u. 155.

⁹⁵² Vgl. auch IMHOF (1975), S. 217; PETER (1978), S. 292 f.

den, sind nicht empfehlenswert. Doch selbst Angaben in der wissenschaftlichen Fachliteratur sind oft unzuverlässig. So wurde beispielsweise vermutet, dass es sich bei der Todesursache *Schürken* um die Infektionskrankheit Scharlach handelt.⁹⁵³ Problematisch ist auch die Aussage, „dass die ‚Brustkrankheiten‘ im weitesten Sinne, als deren Hauptursache Tuberkulose angenommen werden darf, zwischen 1836 und 1869 bei rund einem Drittel der innerhalb des Kirchspiels Gestorbenen den Tod herbeiführten.“⁹⁵⁴ Hinter der Todesursache *Brustkrankheit* können sich verschiedene Beeinträchtigungen der Atemwege verbergen, wobei die Wahrscheinlichkeit gegen die Tuberkulose, die im schauburgischen Raum vornehmlich als *Schwindsucht* bezeichnet wurde, spricht.

Zur Bestimmung der Todesursachen können Lexikonartikel, wie sie seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erscheinen, eine erste Orientierung bieten. Allerdings fällt in diesen Zeitraum unter anderem die Abwendung von der Humoral- hin zur Zellulopathologie, wodurch sich die Medizin der modernen Erkenntnislage stärker angenähert hatte als dies in den vorangegangenen Jahrtausenden geschehen ist. Das Krankheitsverständnis eines Mediziners um 1880 ist nicht mehr mit dem zu vergleichen, was wenige Jahrzehnte zuvor als Konsens galt. Für die Analyse der Todesursachen wurde daher sehr viel medizinische Fachliteratur aus der Vergangenheit herangezogen, um sich der zeitgenössischen Sichtweise anzunähern. Zugleich enthalten die Abhandlungen oftmals Hinweise auf Alter und Geschlecht der Verstorbenen sowie saisonale Besonderheiten. Um jedoch überhaupt ein Verständnis für die im Untersuchungszeitraum in Frage kommenden potentiell tödlichen Krankheiten einschließlich der verursachenden pathologischen Prozesse entwickeln zu können, bedarf es zwingend einer Einbeziehung moderner Fachliteratur. Die modernen medizinischen Erkenntnisse bilden zusammen mit den zeitgenössischen Informationen gleichsam das Gerüst für die Bewertung der Ergebnisse aus der jeweils nachfolgenden Analyse der Daten aus den schauburgischen Sterberegistern.

Die Auswertung der Daten erfolgt überwiegend nach einem bestimmten Schema. Zunächst wird allgemein auf die Todesursache eingegangen. Beschrieben werden unter anderem erst- bzw. letztmaliges Erscheinen, Häufigkeit und begriffliche bzw. dialektal

⁹⁵³ Vgl. HINZ (1965), S. 81 f.

⁹⁵⁴ ROTHE (1998), S. 135.

geprägte Varianten. Vorgestellt werden weiterführende Informationen zu spezifischen Ausprägungen oder die zeitliche Dauer der Erkrankungsphase bis zum Eintreten des Todes der Betroffenen. Im Anschluss erfolgt die Analyse der quantifizierbaren Daten.

Nicht selten beschränken sich die Angaben in den Sterberegistern nicht auf eine einzelne Todesursache, sondern führen weitere auf. In diesen Fällen wurde jede Todesursache, hinter der sich eine konkrete Krankheit verbergen könnte,⁹⁵⁵ einbezogen. Auch werden zunächst alle aufgenommenen Daten aus den schauburgischen Kirchspielen unabhängig von der Qualität ausgewertet. Nach Abschluss der Analyse werden Obergruppen gebildet, denen die einzelnen Todesursachen zugeordnet werden (vgl. Kap. 4.1). Dabei wird jede verstorbene Person nur 1-mal registriert, wobei bei Kombinationen nur die wahrscheinlichere Todesursache berücksichtigt wird. In diesem Arbeitsgang sollen mögliche Entwicklungen herausgearbeitet werden. Um Ungleichgewichte, die sich aus einer unterschiedlichen Überlieferungsdichte ergeben, möglichst zu vermeiden, werden nur die Daten aus ausgewählten Kirchspielen herangezogen.

Die Auswertung der quantifizierbaren Daten erfolgt in der Regel nach einem bestimmten Muster, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Zunächst werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede herausgearbeitet. In historisch-demographischen Untersuchungen werden diese mal in Form prozentualer Anteile, mal als Sexualproportion, bei der der Anteil der weiblichen Individuen stets 100 beträgt, dargestellt. Zur besseren Vergleichbarkeit werden im Rahmen dieser Arbeit die Ergebnisse in beiden Formen präsentiert.

Danach wird der Frage nachgegangen, wie sich Sterblichkeit auf die verschiedenen Altersgruppen verteilt. Laux/Busch empfehlen für agrarische Gesellschaften eine Einteilung in drei Altersklassen (bis 15, 15 bis 50 und über 50 Jahre.⁹⁵⁶ Gleichwohl finden sich in historisch-demographischen sowie bevölkerungsgeschichtlichen Untersuchungen zumeist Abweichungen, so dass eine Vergleichbarkeit kaum gegeben ist. Unter Beachtung des interdisziplinären Ansatzes erfolgt in der vorliegenden Untersuchung

⁹⁵⁵ Todesursachen wie *Schwachheit*, *Entkräftung* o. ä. bezeichnen eher den Zustand der verstorbenen Person. Sie werden nur herangezogen, wenn sie als einzige Todesursache aufgeführt sind.

⁹⁵⁶ Vgl. LAUX/BUSCH (1989), S. 14.

die Orientierung an den Kriterien der World Health Organisation (WHO) zur Unterscheidung von Säuglingen, Kindern und Adoleszenten. Als Säuglinge werden üblicherweise Kinder im 1. Lebensjahr bezeichnet. Abweichungen treten bei der Unterscheidung von Kindern und Adoleszenten bzw. Heranwachsenden auf. Die WHO versteht unter Adoleszenten Personen in einem Alter von 10–19 Jahren.⁹⁵⁷ Im Rahmen der historisch-demographischen Untersuchung werden daher Personen, die im 11.–20. Lebensjahr verstorben sind, als Adoleszenten verstanden. Die Verstorbenen im Alter bis zum 11. Lebensjahr umfassen die Gruppe der Säuglinge und Kinder. Eine weitere Gruppe bilden die Erwachsenen vom 21.–50. Lebensjahr, da dieser Zeitraum in agrarischen Gesellschaften als Phase gesteigerter Aktivität gelten kann. Die älteste Gruppe umfasst Menschen, die zum Zeitpunkt des Todes mindestens das 50. Lebensjahr vollendet hatten. Für die Analyse der Säuglings- und Kindersterblichkeit werden die Altersgruppen weiter aufgeschlüsselt. Wo dies sinnvoll ist, werden die Grenzen bei Lebenswochen und -monaten gesetzt.

Abschließend erfolgt die Ermittlung der saisonalen Verteilung. Die enge Bindung an die Jahreszeiten ist fester Bestandteil der Lebens- und Arbeitsweise in einer agrarisch orientierten Gesellschaft. Die seasonspezifische Untersuchung der vitalen Ereignisse ist daher ein unabdingbarer Punkt im Rahmen einer historisch-demographischen Untersuchung. Zur Ermittlung möglicher saisonaler Besonderheiten wurden die monatlichen prozentualen Anteile der einzelnen Todesursachen berechnet. Die unterschiedliche Länge der Monate würde jedoch die Ergebnisse verzerren.⁹⁵⁸ Die Anteile der einzelnen Monate wurden unter Berücksichtigung der jeweiligen Anzahl an Tagen einander angeglichen bzw. auf gleiche Monatslängen standardisiert.

Topographie und Siedlungsstrukturen können Ausbruch und Verbreitung von Infektionskrankheiten wesentlich beeinflussen. Im Grundlagenkapitel werden daher die einzelnen schauburgischen Kirchspiele kurz vorgestellt (siehe Kap. 2.1.5). Unter anderem wird auf die Anbindung an den Handelsverkehr, die Höhenlage etc. eingegangen.

⁹⁵⁷ Hierzu vgl. den Internetauftritt der WHO: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health#:~:text=WHO%20defines%20'Adolescents'%20as%20individuals,age%20range%2010%2D24%20years> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

⁹⁵⁸ Vgl. auch GEHRMANN (1984), S. 149 f.

Im Rahmen der Analyse der Todesursachen wird darüber hinaus besonderes Augenmerk auf Grove (Rbg) gerichtet. Kennzeichnend für dieses Kirchspiel ist dessen außergewöhnliche Struktur. Während die schauburgischen Städte jeweils ein eigenes Kirchspiel bilden, ist die Amtsstadt Rodenberg mit den beiden vorstädtischen Gemeinden Rodenberger Tor und Mühlenstraße sowie einem herrschaftlichen Vorwerk in den Kirchspielort Grove eingepfarrt. Rodenberg und Grove, das zu den größten Dörfern in der Grafschaft Schaumburg zählt, liegen räumlich sehr dicht zusammen. Die weitere Mitgliedsgemeinde Algesdorf, ein Dorf mittlerer Größe, liegt etwas entfernt auf einer Anhöhe.⁹⁵⁹ Damit finden sich auf kleinem Raum sehr unterschiedliche Siedlungstypen.

Die Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Grove (Rbg) werden hinsichtlich der Häufigkeit einzelner Todesursachen miteinander verglichen, um mögliche Zusammenhänge zwischen Siedlungsstrukturen und dem Auftreten von Krankheiten zu ermitteln. Die Zahl an Datensätzen ist natürlich im Fall eines einzelnen Kirchspiels beschränkt. Zur Wahrung der Aussagekraft werden nur Todesursachen einbezogen, die in ausreichender Menge registriert worden sind. Die Einwohnerzahlen des Kirchspiels Grove (Rbg) sind getrennt nach Mitgliedsgemeinden sowie Bewohnern von Conduktion, Saline und Gesundbrunnen erstmals für das ausgehende 18. Jahrhundert überliefert. Im Folgenden wird daher überprüft, ob es möglich ist, bei der Ermittlung der prozentualen Anteile für Vergleichszwecke den Gesamtzeitraum ab 1665 zugrunde zu legen. Der Vorteil wäre, dass sich damit die Aussagekraft in Hinblick auf die Todesursachen erhöht, weil jeweils eine größere Anzahl an Datensätzen vorliegt. Voraussetzung ist, dass die Bevölkerungsanteile der einzelnen Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Grove (Rbg) weitgehend unverändert geblieben sind.

Zur Berechnung wurden neben den überlieferten Einwohnerzahlen die Steuererhebungsunterlagen herangezogen. Letztere dienten als Grundlage zur Ermittlung möglicher Veränderungen im Zeitraum von 1680–1780. In Ermangelung der Einwohnerzahlen wurden die Angaben zu den Häusern bzw. Hofstellen miteinander verglichen (**Tab. 1**). Demnach fällt der Anstieg sehr moderat aus. Lediglich 23 Häuser bzw. Hofstellen

⁹⁵⁹ Die fußläufige Entfernung von der Ortsmitte von Algesdorf bis zur Kirche Sankt Jakobi in Grove beträgt 2,3 Kilometer.

sind innerhalb von 100 Jahren hinzugekommen, wobei sich dieser Zuwachs gleichmäßig auf alle fünf Gemeinden verteilt. Da die Veränderungen an der prozentualen Verteilung minimal sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerungsverteilung im ausgehenden 17. Jahrhundert der im ausgehenden 18. Jahrhundert entsprach.

Tabelle 1

Bevölkerungsverteilung im Kirchspiel Grove (Rbg): Häuser/Stellen 1680 und 1780

	Rodenberg	Grove	Algesdorf	Rodenberger Tor	Mühlenstraße	Insgesamt
Häuser / Stellen um 1680	63	83	35	19	12	212
Anteil in %	29,7	39,2	16,5	9,0	5,7	100,0
Häuser / Stellen um 1780	70	90	39	22	14	235
Anteil in %	29,8	38,3	16,6	9,4	6,0	100,0

Zu diesem Zeitpunkt wurden erstmals auch Einwohnerzahlen erhoben. Die prozentualen Anteile, die auf der Grundlage der Einwohnerzahlen ermittelt worden sind, unterscheiden sich in unterschiedlichem Maße von denen, die auf der Häuser- bzw. Stellenzählung fußen (**Tab. 2**). Algesdorf und Mühlenstraße sowie Grove weichen etwas mehr, Rodenberg und Rodenberger Tor etwas weniger ab. Betrachtet man die Veränderungen zwischen 1780 und 1840⁹⁶⁰, erkennt man leichte Schwankungen. Ob diese durch Natalität, Mortalität, Zu- bzw. Abwanderung oder auf unterschiedliche Zählweisen hinsichtlich der Einwohner der Conduktion, des Gesundbrunnens und der Saline (Masch)⁹⁶¹ verursacht worden sind, sei dahingestellt. Anhaltspunkte, die ein anhaltendes Wachstum oder Schrumpfen der Bevölkerung einzelner Siedlungen belegen, finden sich nicht. Eine Ausnahme bildet lediglich Grove mit einem kontinuierlichen Anstieg um 4,3 % zwischen 1780 und 1840. Allerdings könnte die Einwohnerzahl von Grove im Verhältnis zu den anderen Siedlungen zwischen 1680 und 1780 etwas gesunken sein. Die Abweichungen zwischen den verschiedenen Zeiträumen sind im All-

⁹⁶⁰ Die Jahre nach 1840 können nicht berücksichtigt werden, da nach dem Zusammenschluss der Vorstädte Rodenberger Tor und Mühlenstraße mit der Stadt Rodenberg die Einwohnerzahlen nicht mehr einzeln erhoben worden sind.

⁹⁶¹ Zumindest die Saline (Masch) wird 1814 und 1830 mit jeweils zwei Stellen zu 10 bzw. 13 Einwohnern aufgeführt.

gemeinen jedoch gering. Dadurch ist es möglich, repräsentative statistische Mittelwerte zu bilden, die für den Siedlungsvergleiche im Rahmen der Analyse der Todesursachen herangezogen werden können (**Abb. 7**).

Tabelle 2

Bevölkerungsverteilung im Kirchspiel Grove (Rbg): Einwohnerzahlen 1780–1840

	Rodenberg	Grove	Algesdorf	Rodenberger Tor	Mühlenstraße	Insgesamt
Einwohnerzahl um 1780	372	473	252	110	102	1309
Anteil in %	28,4	36,1	19,3	8,4	7,8	100,0
Einwohnerzahl 1814	461	605	215	181	119	1581
Anteil in %	29,2	38,3	13,6	11,4	7,5	100,0
Einwohnerzahl um 1830	502	731	304	207	119	1863
Anteil in %	26,9	39,2	16,3	11,1	6,4	100,0
Einwohnerzahl um 1840	558	847	322	224	143	2094
Anteil in %	26,6	40,4	15,4	10,7	6,8	100,0

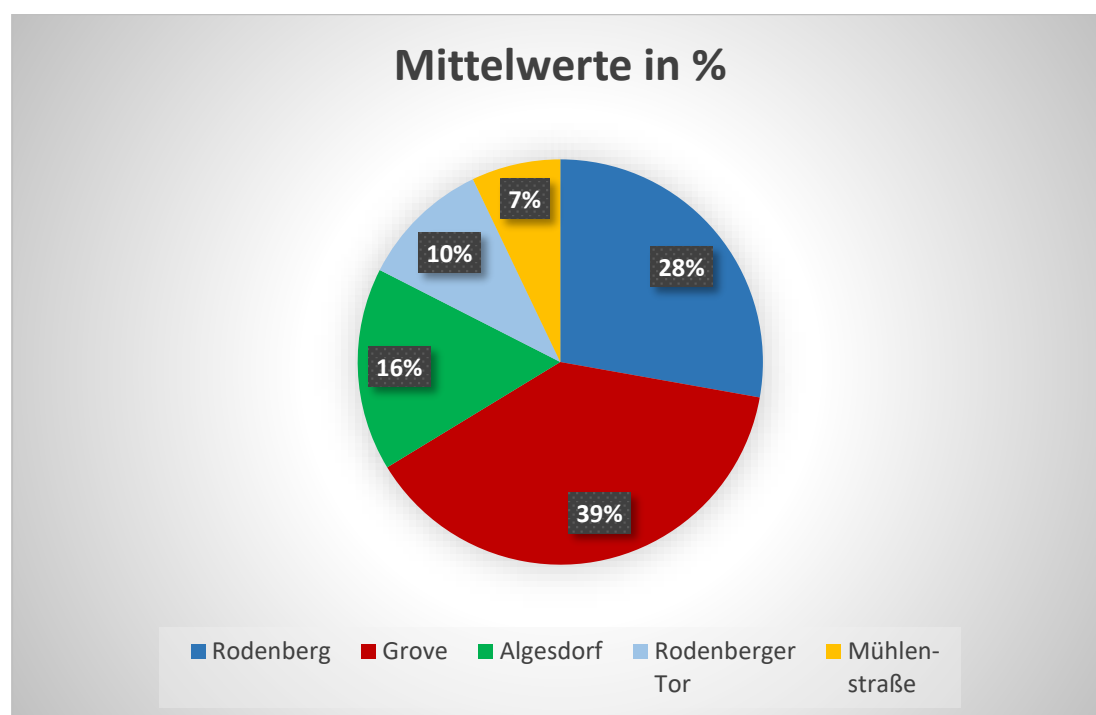


Abb. 7: Durchschnittliche prozentuale Anteile der Mitgliedsgemeinden an der Gesamtbevölkerung des Kirchspiels Grove (Rbg) (17./19. Jahrhundert)

Abschließend noch ein Hinweis zu der im Rahmen der Arbeit erstellten großen Zahl an Grafiken: Bildliche Darstellungen erleichtern insbesondere im Rahmen von Vergleichen eine schnellere Erfassung proportionaler Verschiebungen, Übereinstimmungen etc. Die Ergebnisse aus der quantitativen Untersuchung erscheinen daher bevorzugt als Grafiken, seltener in Form von Tabellen. Die Grafiken wurden nach Möglichkeit einfach gehalten. Stets wiederkehrende Arbeitsgänge sind insbesondere daran zu erkennen, dass jeweils einheitliche Grafiktypen sowie Farben gewählt wurden.

2.3.2 Alters- und schichtenspezifische Sterblichkeit

Als im März 2020 in den USA die möglichen wirtschaftlichen Auswirkungen geplanter Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie diskutiert wurden, erregte der texanische Vizegouverneur Dan Patrick mit einer provokanten Aussage weltweit mediale Aufmerksamkeit. Man müsse darüber diskutieren, ob es sinnvoll sei, die Wirtschaft zu opfern, um die ältere Bevölkerungsgruppe zu schützen. Patrick, mit 69 Jahren selbst Angehöriger einer Risikogruppe, begründete seine These damit, dass andernfalls die Zukunft der Enkelgeneration gefährdet werde. Er selbst sei bereit, sein Leben für das seiner Enkel zu geben. In der Bundesrepublik Deutschland, wo frühzeitig umfassende Maßnahmen gegen die Verbreitung von COVID-19 umgesetzt worden sind, machte rund 4 Wochen später der Tübinger Oberbürgermeister Boris Palmer mit einer ähnlichen Aussage von sich reden: „Wir retten in Deutschland möglicherweise Menschen, die in einem halben Jahr sowieso tot wären – aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen.“ Palmer, Mitglied der Grünen, wurde für diese Aussage scharf kritisiert, selbst die Forderung nach einem Parteiausschluss wurde erhoben. Doch erntete er auch Zuspruch. Der baden-württembergische Landesverband der FDP bot ihm eine Aufnahme in die Partei an. Trotz öffentlicher Empörung war das, was Patrick und Palmer angesprochen haben, zum damaligen Zeitpunkt im medizinischen Alltag in einigen Ländern bereits Realität. In Italien und im französischen Elsass wurden über 80-Jährige zum Teil nicht mehr intensivmedizinisch behandelt.

In der Vergangenheit glaubte man in einem hohen Alter den Ausdruck göttlicher Gnade zu erkennen. Bekanntestes Beispiel ist Methusalem, der nach der biblischen Überlieferung 969 Jahre alt wurde. Eine schriftarme Zeit leistete dem Hang zur Übertreibung Vorschub. Selbst in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) finden sich noch auffallend viele Hochbetagte, darunter Personen, die ein Alter von mehr als 100 Jahren erreicht haben sollen. Allerdings wurden nach 1740 keine 100-Jährigen mehr verzeichnet und auch der Anteil der über 90-Jährigen verringerte sich im Laufe des 18. Jahrhunderts. Nachdem im Jahre 1665 in diesem Kirchspiel Geburtsregister eingeführt worden sind, ließen sich die Altersangaben überprüfen. Die Tendenz, das Lebensalter höher anzusetzen, spricht nicht für dessen Geringschätzung. Ungeachtet der damit einhergehenden zunehmenden Gebrechlichkeit galt ein hohes Alter als ein Wert an sich. Man hatte es zu ehren. Zudem wurde es gleichgesetzt mit Weisheit. Die

Äußerungen der beiden Politiker indizieren, dass sich in jüngerer Zeit ein Wechsel in der gesellschaftlichen Einstellung zum Alter vollzogen hat. Die Künstler des Barock wurden durch das Motiv des mythologischen Aeneas, der seinen greisen und blinden Vater Anchises selbstlos aus dem brennenden Troja trägt, noch inspiriert. Heute wird eine steigende Lebenserwartung eher mit Demenzerkrankungen und Pflegeheimen assoziiert. Als Folge kreist die aktuelle Diskussion um die Frage nach der Finanzierung von Rentenkassen und Gesundheitssystem, wodurch die Gruppe der Kinder in den Vordergrund gerückt ist. Denn seit jeher sind es die nachwachsenden Generationen, die wesentlich für die Altersversorgung von Eltern und Großeltern aufkommen. Es mag auf den ersten Blick befremdlich erscheinen, dass ausgerechnet in einer Zeit, in der der materielle Wohlstand in den westlichen Industrienationen auf ein nie zuvor erreichtes Niveau gestiegen ist, die Belastungen aus dem sogenannten Generationenvertrag so stark problematisiert werden. Doch liegt dies in der Natur einer Gesellschaft, die durch das Streben nach einem permanenten Wirtschaftswachstum geprägt ist. Hauptgrund ist die Befürchtung, dass kommende Generationen den gegenwärtigen Lebensstandard nicht halten können, weil ihnen zu schwere Hypotheken aufgebürdet werden. Hinzu kommt, dass sich die Auffassung von den Rechten und Pflichten von Kindern und Jugendlichen seit den 1960er Jahren stark verändert hat. Die Volljährigkeitsgrenze wurde herabgesetzt, der Umfang ihrer Selbstbestimmung erweitert. Äußern sie sich zu ihren individuellen Bedürfnissen oder streben sogar danach, sich politisch einzubringen, werden sie ernstgenommen und erleben Akzeptanz bis hin zur Bekräftigung. Für diese Entwicklung gibt es ein ganzes Bündel an Ursachen. Ein wesentlicher ist die Umkehrung eines demographischen Trends.

Der Tod eines Kindes, heute eine familiäre Tragödie, war in der Vergangenheit keine Ausnahme, sondern bittere Normalität. Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts gelang es, die durchgehend hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit in vielen Ländern auf ein außerordentlich niedriges Niveau zu drücken. Während bis dahin durchschnittlich jedes vierte Kind in Mitteleuropa bereits im 1. Lebensjahr verstarb, ist die Säuglingssterblichkeit beispielsweise in der Bundesrepublik Deutschland mittlerweile auf 0,3 % gesunken.⁹⁶² Die Überlebensfähigkeit Neugeborener wird schon lange nicht mehr auf die Probe gestellt. In ihrer Radikalität verdeutlichen die beiden Politiker-Statements

⁹⁶² Vgl. RKI (2015), S. 27.

die daraus resultierende Aufwertung kindlichen Lebens, das als wertvoller – und damit erhaltenswerter – dargestellt wird als das Leben der Älteren.

Die von den beiden Politikern getroffene Zuspitzung auf die Altersfrage greift im Fall von COVID-19 zu kurz. Gerade in den USA wurde offenkundig, dass die Überlebenschance einer infizierten Person beim Auftreten von Komplikationen auch vom sozioökonomischen Status abhängt. Besonders betroffen sind Menschen afroamerikanischer Herkunft. Gemessen an der Gesamtzahl der Todesopfer war der Anteil der schwarzen Bevölkerung in vielen Städten überdurchschnittlich hoch. Die Gründe sind zum einen beruflicher Natur. Sehr viele schwarze Amerikaner sind im Dienstleistungssektor beschäftigt. Dort üben sie Tätigkeiten aus, die einem konsequenten Social Distancing, wie es beispielsweise die Telearbeit bietet, entgegenstehen. Zum andern leiden viele Schwarze in den USA bereits in jungen Jahren an Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder Herzinsuffizienz. Die Letalität von COVID-19 wird durch Vorerkrankungen erheblich gesteigert. Äußerst problematisch wirkt sich schließlich der für diese Bevölkerungsgruppe erschwerte Zugang zum Gesundheitssystem aus. Fehlender Versicherungsschutz, eine defizitäre Grundversorgung in den schwarzen Wohngebieten sowie Diagnose- und Therapiemängel als Folge von Rassendiskriminierung sind die für die schichtenspezifisch erhöhte Sterblichkeit begünstigenden Faktoren. Die Korrelation zwischen Wohlstand und Gesundheit in den USA wird durch den Vergleich der mittleren Lebenserwartungen⁹⁶³ offenkundig: Schwarze männliche US-Amerikaner sterben durchschnittlich 4 Jahre früher als weiße.⁹⁶⁴ Angehörige der (weißen) Oberschicht, zu denen auch der texanische Vizegouverneur zählt, werden mit den vorgenannten Problemen im Allgemeinen nicht konfrontiert. Wenngleich für Patrick aufgrund seines Alters eine erhöhte Vulnerabilität für COVID-19 besteht, trägt er ein geringeres Risiko, sich zu infizieren und gegebenenfalls daran zu sterben.

⁹⁶³ Die mittlere Lebenserwartung „bezeichnet die Zahl der Lebensjahre, die ein Neugeborenes unter den Sterblichkeitsverhältnissen des jeweiligen Jahres durchschnittlich leben wird. Zusätzlich kann eine fernere Lebenserwartung für ein bestimmtes Alter (z. B. für das Alter von 65 Jahren) berechnet werden. Sie gibt die Zahl der durchschnittlich noch zu erwartenden Lebensjahre für einen Menschen dieses Alters (z. B. im Alter von 65 Jahren) an.“ NOWOSSADEK (2019), S. 1 f.

⁹⁶⁴ Vgl. ÄRZTEBLATT, 03.05.2017 [<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74498/Afroamerikaner-sterben-im-Schnitt-vier-Jahre-frueher-als-weiße-US-Buerger>] – letzter Zugriff: 2023-11-12].

Das Handeln der Menschen wird durch die jeweils gültigen, von der Lebensrealität geformten Wertvorstellungen maßgeblich geprägt. Nähert man sich den Ursachen und Wirkungen von Mortalität in historischer Perspektive, sind neben den zeitübergreifenden auch die zeitgebundenen Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Ein Beispiel bildet der Wechsel in der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber dem Alter, die nicht zuletzt im Umgang mit Krankheit und Tod zum Ausdruck kommt. Parallel dazu hat sich ein Wandel in den Lebensbedingungen vollzogen. Zumindest in den Industriegesellschaften ist Ernährung nicht mehr potentiell durch Mangel geprägt. Auch die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ist weitgehend gewährleistet. Zugleich führen die Abweichungen in der mittleren Lebenserwartung zwischen den Angehörigen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in den USA vor Augen, dass selbst in einer modernen Wohlstandsgesellschaft ein hoher Grad an Heterogenität in Bezug auf die gesundheitliche Lage bestehen kann. In der Vergangenheit waren die sozialen Unterschiede noch ausgeprägter, eine Egalisierung der Lebensbedingungen in einem materiellen Sinne setzte erst mit der Industrialisierung ein. Dennoch waren in der Frühen Neuzeit physische Gesundheit und Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht nicht zwingend miteinander verkoppelt. Wohlstand war relativ und hier nur ein Faktor unter mehreren. Dies gilt insbesondere für die Bewohnerinnen und Bewohner der Dörfer, also den größten Bevölkerungsteil. Die Angehörigen landbesitzender Schichten lebten im Allgemeinen nicht anders als die Landlosen. In den Städten war der Wohlstand zwar durchschnittlich etwas höher als in den Dörfern, doch senkte dies nicht per se die Mortalität. Um ihren Bevölkerungsstand zu halten, waren die Städte in der Regel auf Zuzug vom Land angewiesen. Der Grad an Wohlstand, durch den sich die gesellschaftliche Oberschicht in der Frühen Neuzeit deutlich nach unten hin abgrenzte, bot nur bedingt Schutz gegen gesundheitliche Risiken. Wenngleich Adlige und Angehörige des gehobenen Bürgertums im Allgemeinen komfortabler wohnten und im Krankheitsfall besser gepflegt wurden, waren sie den Folgen der meisten Krankheiten mangels wirksamer Therapien kaum weniger machtlos ausgeliefert als andere Bevölkerungsgruppen. Für weitergehende Erkenntnisse zu möglichen Wechselwirkungen zwischen Sterblichkeit und sozioökonomischem Status bedarf es einer umfassenden datenbasierten Analyse der Todesursachen. Überlegungen zur Schichtenzugehörigkeit sowie zu siedlungsgeographischen Besonderheiten können in Kombination mit Informationen über altersbedingte Vulnerabilitäten die Erkenntnisse über die gesundheitlichen Einflussfaktoren in der Frühen Neuzeit erweitern.

Altersspezifische Sterblichkeit im Übergang zur Neuzeit

Die außerordentlich hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit bis weit in die Neuzeit hinein senkte nicht nur die durchschnittliche bzw. mittlere Lebenserwartung, sondern gilt auch als der ausschlaggebende Faktor, durch den bis in die Neuzeit hinein das Bevölkerungswachstum begrenzt worden war. Der prozentuale Anteil der verstorbenen Kinder unter allen Todesfällen innerhalb der Gesamtbevölkerung konnte regional und zeitlich stark schwanken, doch blieb er bis weit in die Neuzeit hinein stets sehr hoch.⁹⁶⁵ Vielerorts lag ihr Anteil bei mehr als 50 %, bisweilen überstieg er 60 %. Ein gesteigertes Sterberisiko bestand unmittelbar nach der Geburt, doch blieb die Gefahr innerhalb des 1. Lebensjahres durchgehend hoch.⁹⁶⁶ Beobachtet wurde, dass ungeachtet des medizinischen Fortschritts die Säuglingssterblichkeit im 19. Jahrhundert höher als im 18. Jahrhundert war oder zumindest nicht dem allgemeinen Rückgang der Sterbeziffer folgte.⁹⁶⁷

Die grafische Gegenüberstellung⁹⁶⁸ der jeweiligen Absolutzahlen der Verstorbenen in der Grafschaft Schaumburg nach Altersgruppen und Geschlecht gibt die typische Mortalitätsverteilung im Übergang zur Neuzeit einprägsam wieder (**Abb. 8**).⁹⁶⁹ Die Zahl der Säuglinge bzw. der in ihrem 1. Lebensjahr verstorbenen Kinder entspricht annähernd dem aller Kleinkinder (2.–6. Lebensjahr). Auffallend ist zudem, dass der Anteil männlicher Säuglinge den der weiblichen deutlich übersteigt (vgl. auch Kap. 2.3.3). Die höchste Gefährdung bestand im 1. Lebensjahr, in den kommenden Jahren blieb

⁹⁶⁵ Vgl. BURRI (1975), S. 147 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 162; GEHRMANN (1984), S. 88-96; NORDEN (1984), S. 58 f.; KOHL (1985), S. 128 u. 135-140; RÖDEL (1985), S. 203-205; BEGEMANN, (1990), S. 90; MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 84; WITZEL (1994), S. 31 f.; RETTINGER (2002), S. 209 f. u. 280 f.; WENDLER (2008), S. 197-199 u. 224 f.; SCHLÖDER (2014), S. 166 f.

⁹⁶⁶ Vgl. BURRI (1975), S. 49 u. 140; IMHOF (1975a), S. 212; NORDEN (1984), S. 64 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 162; KOHL (1985), S. 128; BIELKE (1986), S. 173; ROTHE (1998), S. 141; VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 82.

⁹⁶⁷ Vgl. WRIGLEY (1969), S. 169; BURRI (1975), S. 138; GEHRMANN (1984), S. 131; NORDEN (1984), S. 64 f.; RETTINGER (1989), S. 210; BEGEMANN, (1990), S. 91; LINZBACH, (1996), S. 202; MEDICK (1997), S. 356-358.

⁹⁶⁸ Eine grafische Darstellung des Altersaufbaus der schaumburgischen Bevölkerung für einzelne Jahre ist in Ermangelung statistischen Materials nicht möglich. Voraussetzung wäre eine Aufstellung aller zu einem bestimmten Zeitpunkt lebender Personen mit Angabe des individuellen Lebensalters; vgl. auch RETTINGER (2003), S. 277; WENDLER (2008), S. 198 u. 225.

⁹⁶⁹ Einige Kirchspiele fanden im Rahmen dieser Untersuchung keine Berücksichtigung, da die Todesursachen in den Sterberegistern nicht oder nur selten überliefert worden sind. Die Grafik beinhaltet daher nicht alle im Zeitraum 1750–1869 in der Grafschaft Schaumburg verstorbenen – und in den Kirchenbüchern erfassten – Personen. Unberücksichtigt blieben darüber hinaus die Fehl- und Totgeburten (vgl. Kap. 3.2).

das Sterberisiko weiterhin sehr hoch. Mit Beendigung der Kleinkindphase sinken die Werte zunächst. Vergleichbar gering war das Risiko für einen frühen Tod in den Gruppen der Jugendlichen sowie der Erwachsenen im 3. und 4. Lebensjahrzehnt. Mit zunehmendem Alter stieg das Risiko an. Im Gegensatz zu den Säuglingen und Kindern liegt der Anteil der Verstorbenen weiblichen Geschlechts im gehobenen und hohen Alter durchgehend über dem der Männer, was sich in der mittleren Lebenserwartung niederschlägt.

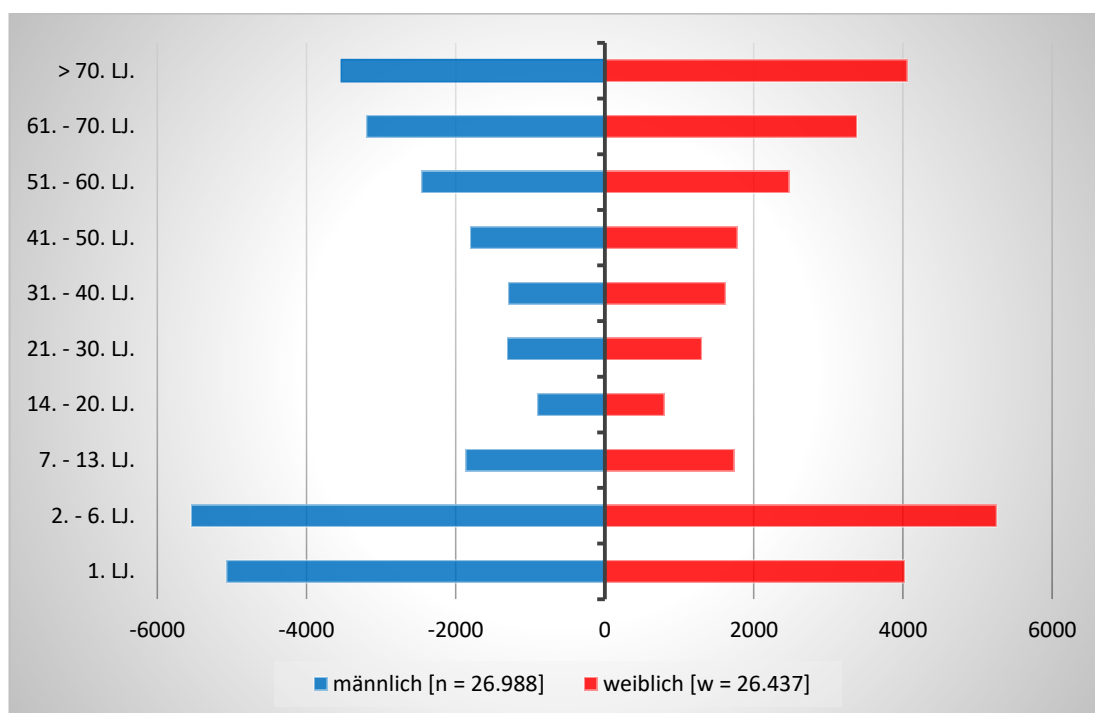


Abb. 8: Verteilung der Verstorbenen nach Altersgruppen und Geschlecht (Gft. SHG; 1750–1869) in Absolutzahlen

Im Kirchspiel Grove (Rbg) starben zwischen 1670 und 1869 die männlichen Individuen durchschnittlich mit 29,69 Jahren [n = 4.160], die weiblichen Individuen mit 33,37 Jahren [n = 3.983].⁹⁷⁰ Mit zunehmendem Alter glichen sich die Geschlechter in ihrer Lebenserwartung einander an.⁹⁷¹ Unter Berücksichtigung allein der Individuen,

⁹⁷⁰ Hochbetagte sind in den ältesten Kirchenbüchern überproportional stark vertreten. Die Angaben sind zu bezweifeln, zumal eine Überprüfung des Sterbealters mangels Aufzeichnungen für die kirchenbuchführende Person bis weit in das 18. Jahrhundert hinein nicht möglich war. So finden sich nur in den älteren Registern Verstorbene, deren Lebensalter mit > 100 Jahren angegeben wurde. Um statistische Verzerrungen zu vermeiden, wurde das Sterbealter in den Datensätzen im Rahmen der Auswertung bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts auf 85 Jahre begrenzt, höhere Angaben entsprechend reduziert.

⁹⁷¹ In der Bundesrepublik Deutschland lag die Lebenserwartung der Frauen durchgehend vor der der Männer. Der Abstand zwischen den Geschlechtern, der 1990 bei rund 7 Jahren lag, ist allerdings in

die das 14. Lebensjahr vollendet haben,⁹⁷² belief sich die fernere Lebenserwartung bei Männern auf 54,88 Jahren [n = 2.140] und bei Frauen auf 55,71 Jahren [n = 2.293]. Das Kirchspiel Grove (Rbg) bewegt sich damit im Rahmen dessen, was in anderen historisch-demographischen Untersuchungen ermittelt worden ist.⁹⁷³ Geschlechterübergreifend lag die mittlere Lebenserwartung zwischen 1670 und 1869 bei 31,34 Jahren. Unterteilt man den Gesamtzeitraum in drei Abschnitte, ergibt sich eine tendenziell steigende mittlere Lebenserwartung von 29,08 Jahren (1670–1749) über 31,77 Jahre (1750–1819) auf 33,31 Jahre (1820–69) (siehe hierzu unten).

Die einer Sanduhr ähnelnde Mortalitätsstruktur änderte sich bis in das 20. Jahrhundert hinein nicht. Erst der Rückgang der hohen Kindersterblichkeit bewirkte eine Verschiebung der Proportionen. Insbesondere in den westlichen Industrieländern ist seit Langem die Sterbewahrscheinlichkeit in den gehobenen Lebensaltersgruppen am höchsten. Das Bild entspricht mittlerweile einer umgekehrten Pyramide. Der eigentliche Wandel in der demographischen Entwicklung ist bereits in das 19. Jahrhundert zu datieren, als auch in der Grafschaft Schaumburg ein anhaltendes Bevölkerungswachstum einsetzte. Die zugrundeliegenden Veränderungen waren eher geringfügig, ihr Einfluss auf das Aussehen der Mortalitätsstruktur zunächst kaum wahrnehmbar. Maßgeblicher Faktor war der Rückgang der Kindersterblichkeit. Veranschaulichen lässt sich dies, wenn man die Gruppe der Säuglinge, Kinder und Jugendlichen (1.–20. Lebensjahr) mit der der Erwachsenen im reproduzierbaren Alter im engeren Sinn (21.–40. Lebensjahr) vergleicht (**Abb. 9**). Um quantitative Veränderungen nachvollziehen zu können, wurden die jeweiligen prozentualen Anteile am Sterbetotal im Zehn-Jahres-Schnitt ermittelt. Ergänzend zum schaumburgischen Gesamtwert wurde noch das Kirchspiel Grove (Rbg) berücksichtigt. Bereits die durchschnittlichen prozentualen Anteile bezogen auf den Gesamtzeitraum 1750–1869 liegen sehr dicht beieinander: In den schaumburgischen Kirchspielen entfallen 47,5 % auf die jüngste Altersgruppe, in Grove (Rbg)

jüngerer Zeit um 2 Jahre geschrumpft, weil die Lebenserwartung der Männer etwas stärker angestiegen ist; vgl. NOWOSSADEK (2019), S. 2.

⁹⁷² Zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Territorien wurde bei der Berechnung der durchschnittlichen Lebenserwartungen zusätzlich eine Trennung der Altersgruppe vorgenommen. Unberücksichtigt bleiben dabei die Säuglinge und Kinder, im Mittelpunkt steht die Erwachsenensterblichkeit. Die in historisch-demographischen Untersuchungen häufig gesetzte Altersgrenze bildet die Vollendung des 14. Lebensjahres; vgl. hierzu GEHRMANN (1984), S. 86 f.

⁹⁷³ Vgl. BURRI (1975), S. 150 f.; NORDEN (1984), S. 54–56; ZSCHUNKE (1984), S. 185 f.; KOHL (1985), S. 130; BEGEMANN (1990), S. 97; RETTINGER (2003), S. 290 f.

46,4 %. In ihrem 3. oder 4. Lebensjahrzehnt verstarben in Schaumburg in diesem Zeitraum 10,2 % aller Menschen, in Grove (Rbg) 9,7 %. Die Kurvenverläufe im Zehn-Jahres-Schnitt weichen mehrfach voneinander ab, in der Tendenz stimmen Schaumburg und das Kirchspiel Grove (Rbg) jedoch überein. Während der prozentuale Anteil der Erwachsenengruppe vom 18. zum 19. Jahrhundert zunimmt, sinkt der der Kinder. Das Bevölkerungswachstum des 19. Jahrhunderts war damit keine Folge verbesserter Überlebenschancen der Menschen im fortpflanzungsfähigen Alter. Die Angehörigen dieser Personengruppe waren in den 1860er Jahren stärker vom Tode bedroht als in den 1750er Jahren. Stattdessen erhöhten sich die Chancen für die Kinder. So waren in den 1760er Jahren 57,6 % aller Verstorbenen in Schaumburg jünger als 20, in den 1830er Jahren nur noch 42,5 %.

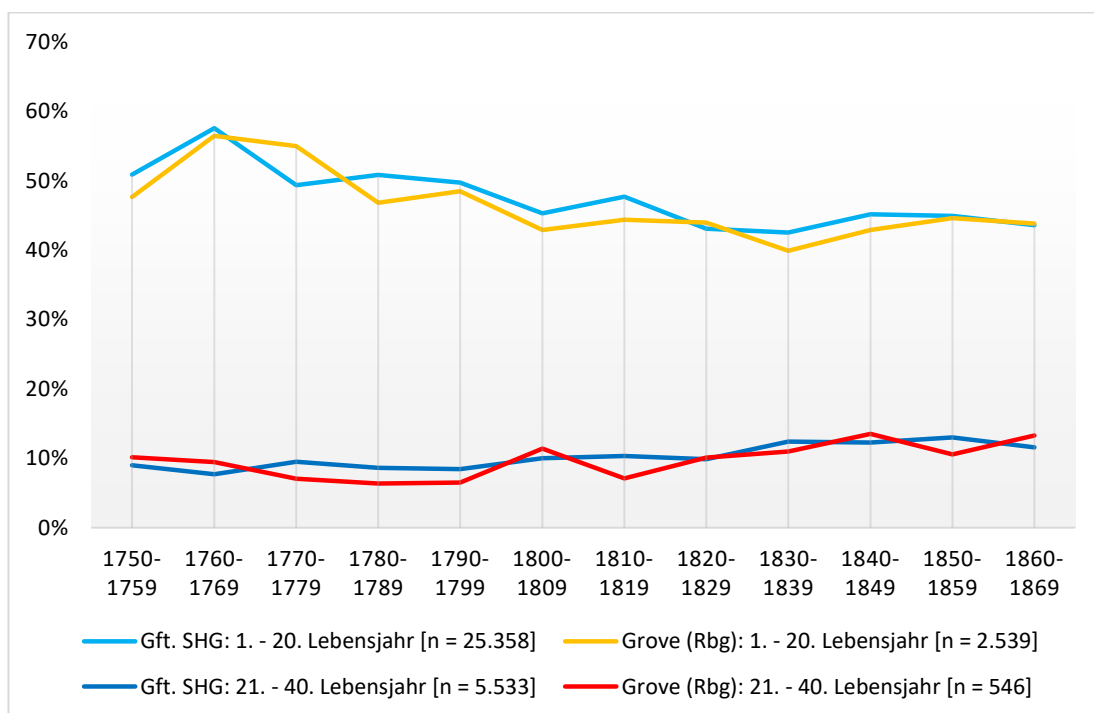


Abb. 9: Verteilung der Verstorbenen nach Altersgruppen im Zehn-Jahres-Schnitt im Vergleich (Gft. SHG - Kirchspiel Grove (Rbg); 1750–1869) in Prozent

In einem weiteren Schritt wurde die Einteilung der Altersgruppen verfeinert (**Abb. 10**): Die vier jüngsten Gruppen setzen sich aus verstorbenen Säuglingen (1. Lebensjahr), Kleinkindern (2.–6. Lebensjahr), Kindern (7.–13. Lebensjahr) und Jugendlichen (13.–20. Lebensjahr) zusammen. Die Gruppen der Erwachsenen wurden nach Lebensjahrzehnten differenziert. Darüber hinaus wurden die Zeiträume verkleinert und so zusammengefasst, dass sie politische und/oder soziale Entwicklungen abbilden, die sich

auch in Schaumburg auswirkten. 1750–79 beinhaltet die Phase des Siebenjährigen Krieges und die erntebedingte Teuerungswelle der 1770er Jahre. In den Zeitraum 1790–1819 fallen die Französische Revolution sowie die napoleonische Phase mit der Einrichtung des Königreichs Westphalen und den Befreiungskriegen. Im Laufe der Jahre 1820–49 beeinflussten weder Kriege noch die revolutionären Auseinandersetzungen insbesondere in den deutschen Territorien das Leben der schaumburgischen Bevölkerung unmittelbar. Dennoch gab es wirtschaftliche Probleme bis hin zur Pauperisierung breiter Bevölkerungsschichten, die die Phasen von Restauration und Vormärz prägten. Auch in Schaumburg nahm die Bedeutung der Saisonarbeit zu und es kam zu ersten Auswanderungen. In den letzten beiden Jahrzehnten des Untersuchungszeitraums, 1850–69, blieb die wirtschaftliche Lage weiter angespannt und mehr Menschen wanderten aus. Zugleich begann in der Mitte des 19. Jahrhunderts eine Phase, die durch Fortschritte auf dem Gebiet der Gesundheitsprävention geprägt ist.

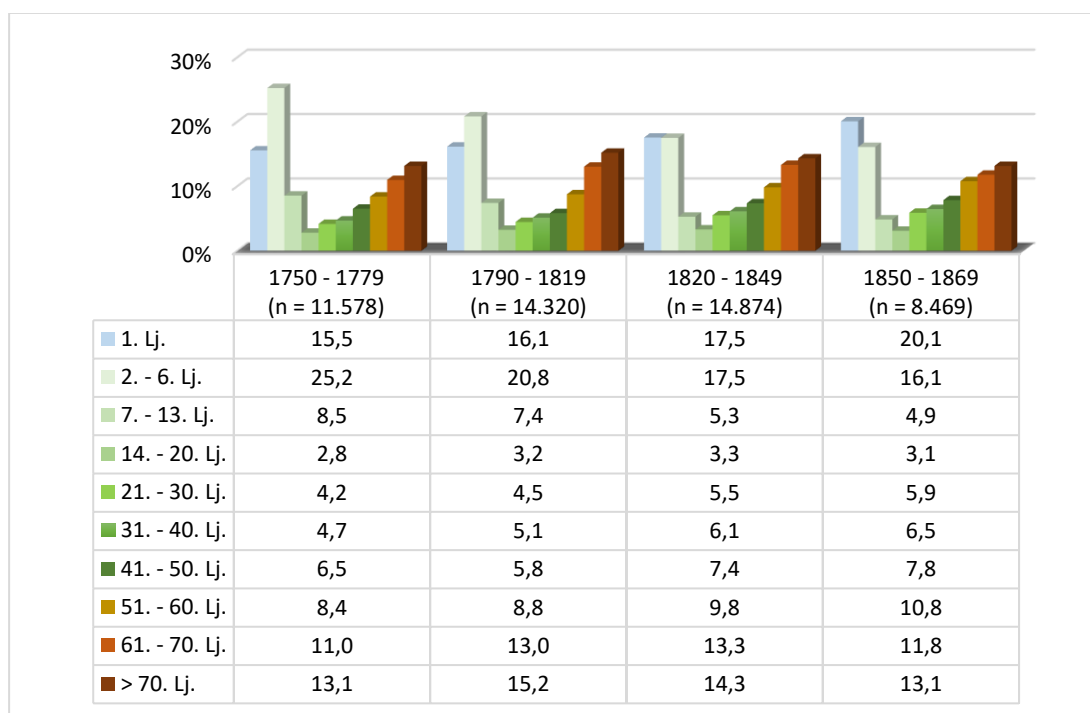


Abb. 10: Verteilung der Verstorbenen nach Altersgruppen im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Im Vergleich der vier Zeiträume fällt zunächst der signifikante Sterblichkeitsrückgang in der Gruppe der Kleinkinder von 25,2 auf 16,1 % auf. Zugleich hat der Anteil der verstorbenen Säuglinge in Schaumburg von der Mitte des 18. Jahrhunderts bis zum

Ende des Untersuchungszeitraums um rund 5 % zugenommen. Auch in anderen Altersgruppen gibt es Veränderungen, die wegen ihrer geringeren prozentualen Anteile jedoch weniger offenkundig sind. Eine rückläufige Tendenz ist in der Gruppe derjenigen, die in ihrem 7.–13. Lebensjahr verstorben sind, zu beobachten. Fast ausnahmslos kontinuierlich ansteigend ist der Anteil der Sterblichkeit der Erwachsenen im 4., 5., 6. und 7. Lebensjahrzehnt. Der Vergleich mit der Entwicklung in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) ergibt in den drei jüngsten Altersgruppen eindeutige Parallelen (**Tab. 3**).

Tabelle 3

Sterblichkeit nach Altersgruppen und Zeiträumen in der Grafschaft Schaumburg sowie den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg)

		1670 - 1699	1700 - 1729	1750 - 1779	1790 - 1819	1820 - 1849	1850 - 1869
1. Lebensjahr	Schaumburg			15,5	16,1	17,5	20,1
	Fischbeck	17,6	15,7	11,9	14,5	19,0	21,1
	Grove (Rbg)	21,1	17,4	14,5	13,3	16,0	17,8
2. - 6. Lebensjahr	Schaumburg			25,2	20,8	17,5	16,1
	Fischbeck	18,5	21,3	23,9	17,4	14,2	12,2
	Grove (Rbg)	19,3	21,0	28,2	22,6	17,4	16,9
7. - 13. Lebensjahr	Schaumburg			8,5	7,4	5,3	4,9
	Fischbeck	6,5	7,5	8,0	7,2	4,4	4,1
	Grove (Rbg)	9,2	7,0	8,4	6,1	5,5	4,5
14. - 20. Lebensjahr	Schaumburg			2,8	3,2	3,3	3,1
	Fischbeck	3,5	2,6	2,7	4,3	4,4	2,0
	Grove (Rbg)	3,9	2,6	1,6	3,2	3,1	3,8
21. - 30. Lebensjahr	Schaumburg			4,2	4,5	5,5	5,9
	Fischbeck	7,2	3,8	4,1	4,6	5,1	3,7
	Grove (Rbg)	5,0	4,7	3,7	4,0	5,2	6,2
31. - 40. Lebensjahr	Schaumburg			4,7	5,1	6,1	6,5
	Fischbeck	5,3	5,5	4,3	6,0	6,0	6,9
	Grove (Rbg)	5,3	6,7	5,4	4,4	6,7	6,1
41. - 50. Lebensjahr	Schaumburg			6,5	5,8	7,4	7,8
	Fischbeck	7,3	8,2	8,1	6,4	6,1	7,3
	Grove (Rbg)	6,3	7,6	6,4	5,6	8,2	9,0
51. - 60. Lebensjahr	Schaumburg			8,4	8,8	9,8	10,8
	Fischbeck	7,6	7,5	8,6	10,4	9,8	10,6
	Grove (Rbg)	7,8	9,5	9,4	9,4	9,7	10,5
61. - 70. Lebensjahr	Schaumburg			11,0	13,0	13,3	11,8
	Fischbeck	10,9	11,7	13,9	13,1	14,2	14,2
	Grove (Rbg)	9,2	10,1	10,8	14,3	14,9	13,2
70 Jahre und älter	Schaumburg			13,1	15,2	14,3	13,1
	Fischbeck	15,6	16,1	14,6	16,1	16,9	17,9
	Grove (Rbg)	12,9	13,5	11,6	17,1	13,5	12,2

Geht man zeitlich zurück und betrachtet jeweils einen Zeitraum von 30 Jahren vor und nach 1700 in diesen beiden Kirchspielen, zeichnen sich Trends ab: Die Anteile der

Säuglinge an der Gesamtsterblichkeit liegen in beiden Kirchspielen im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts deutlich hoher als im 18. Jahrhundert (**Abb. 11**). Im 19. Jahrhundert steigen die Werte an und entsprechen damit dem Befund fur das gesamte Untersuchungsgebiet. Daraus ist zu schließen, dass die Säuglingssterblichkeit in ganz Schaumburg im 18. Jahrhundert vorubergehend gesunken ist. Genau entgegengesetzt verlauft die Entwicklung in der Gruppe der Kleinkinder (**Abb. 12**). Hier steigt die Sterblichkeit bis in den Zeitraum 1750–79 signifikant an, danach geht der prozentuale Anteil der Kleinkinder sowohl in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) als auch Schaumburg kontinuierlich zuruck. Ahnlich verhalt es sich mit der Gruppe der Kinder, die in ihrem 7.–13. Lebensjahr verstorben sind (**Abb. 13**). Sehr hoch ist ihr Anteil lediglich im ausgehenden 17. Jahrhundert in Grove (Rbg).

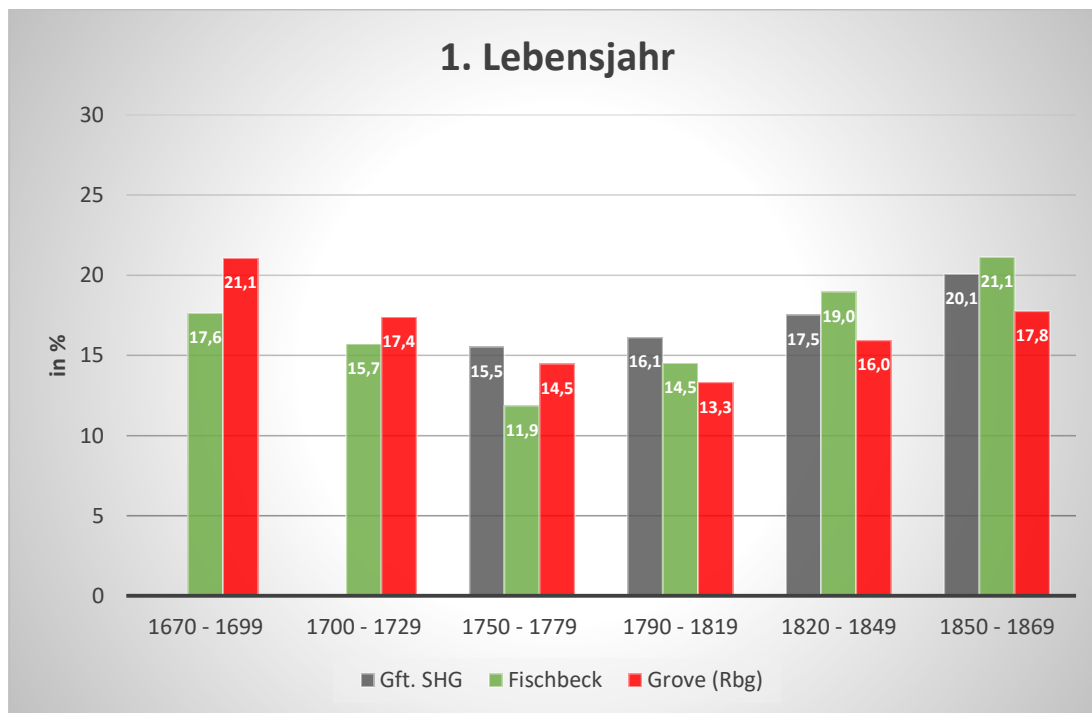


Abb. 11: Verteilung der Verstorbenen im 1. Lebensjahr im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG – Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg); 1670–1869) in Prozent

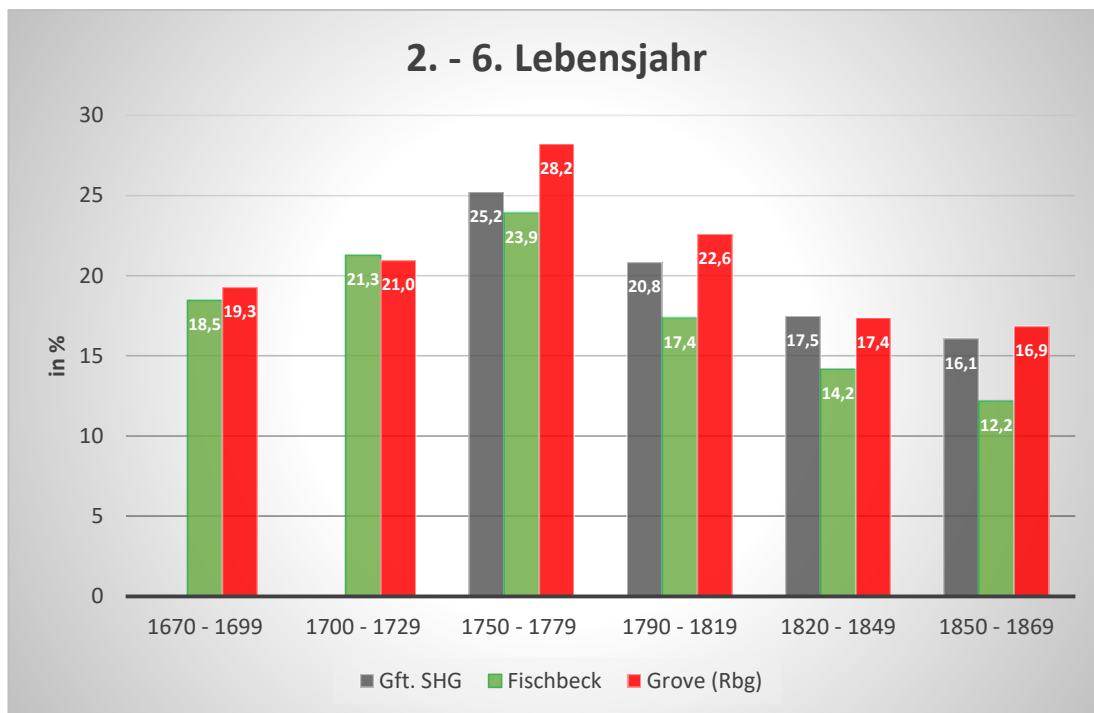


Abb. 12: Verteilung der Verstorbenen im 2.–6. Lebensjahr im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG – Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg); 1670–1869) in Prozent

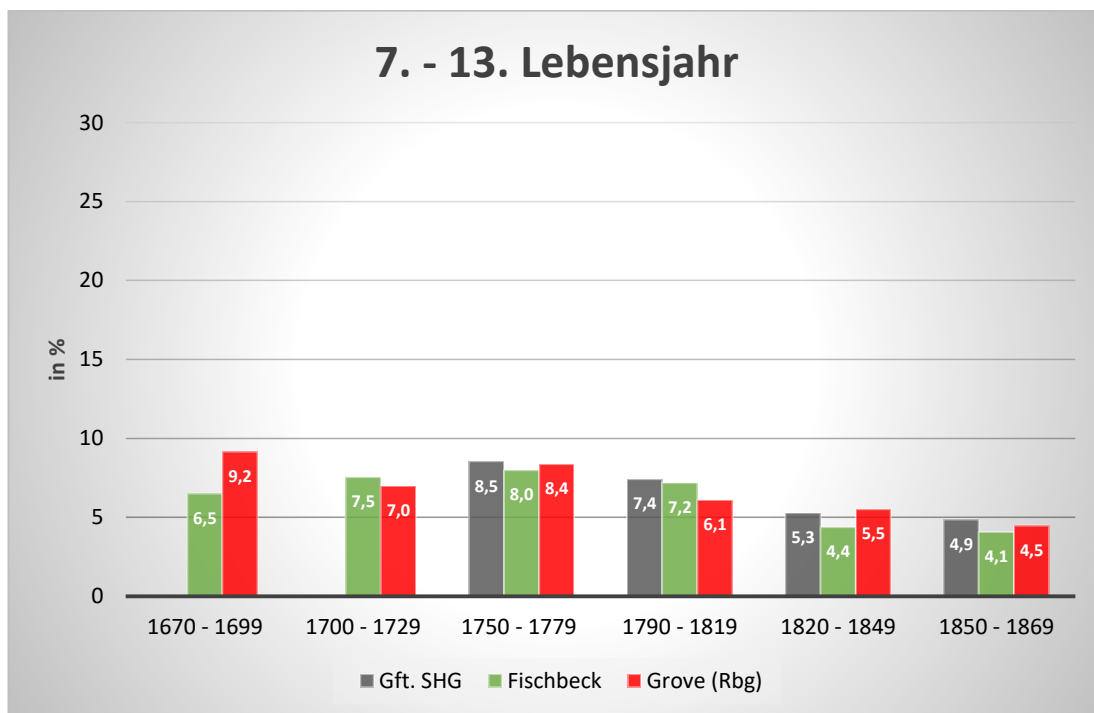


Abb. 13: Verteilung der Verstorbenen im 7.–13. Lebensjahr im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG – Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg); 1670–1869) in Prozent

Alles in allem lässt sich zur demographischen Entwicklung in Schaumburg als Ergebnis festhalten, dass die Säuglingssterblichkeit im 18. Jahrhundert zurückging, gleichzeitig die Sterblichkeit der (Klein-)Kinder anstieg. Im 19. Jahrhundert kehrten sich

diese Trends wieder um. Um die sich aufdrängende Frage nach einer möglichen Kausalität beantworten zu können, bedarf es einer eingehenden Analyse der Todesursachen. Zu identifizieren sind diejenigen Krankheiten, durch die eine erhöhte Sterblichkeit unter den Angehörigen bestimmter Altersgruppen hervorgerufen worden sind.

Schichtenspezifische Sterblichkeit – Berufe und Siedlungen

Der Frage nach dem Einfluss sozialer Unterschiede auf die Lebenserwartung wurde insbesondere im Rahmen historisch-demographischer Analysen städtischer Siedlungen nachgegangen. Mit Ausnahme der größeren Städte waren die Unterschiede eher gering.⁹⁷⁴ In seiner Untersuchung der Sozialstruktur der Stadt Trier kam Kohl zu dem Schluss, „dass die demographische Trennlinie weitaus deutlicher zwischen Jung und Alt und – etwas weniger pronouciert – zwischen Mann und Frau verlief als zwischen Ober- und Unterschicht.“⁹⁷⁵ In Trier wurden die männlichen Angehörigen der gesellschaftlichen Oberschicht durchschnittlich 65 Jahre alt und hatten die mit Abstand höchste Lebenserwartung.⁹⁷⁶ Die Frauen aus dieser Schicht wurden mit 57,3 Jahren ungefähr so alt wie die männlichen Angehörigen der Mittel- und Unterschicht (58,7 bzw. 58,2 Jahre). Die geringste Lebenserwartung hatten die Frauen aus der Unterschicht mit 55,1 Jahren. Auch Zschunke hat bei der Ermittlung der Lebenserwartung in der Stadt Oppenheim die höchsten Werte unter Angehörigen der Oberschicht wie Geistlichen, Beamten oder dem akademisch gebildeten medizinischen Personal ermittelt.⁹⁷⁷ Unter Kindern und Säuglingen kamen schichtenspezifische Unterschiede als Einflussfaktoren ebenfalls nur in (größeren) Städten zum Tragen, für den ländlichen Bereich ist eine Aussage zur Beziehung zwischen sozialer Herkunft und Lebenserwartung nicht eindeutig zu treffen. Schlumbohm hat im Kirchspiel Belm bei Osnabrück zwar geringfügige, aber günstigere Überlebenschancen unter Kindern aus der landlosen Schicht beobachtet.⁹⁷⁸ Begemann beschreibt für das Amt Blumenau den gegenteiligen Trend.⁹⁷⁹

⁹⁷⁴ Vgl. SCHLUMBOHM (1994), S. 157-159.

⁹⁷⁵ KOHL (1985), S. 145.

⁹⁷⁶ Vgl. EBD., S. 144.

⁹⁷⁷ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 185 f.

⁹⁷⁸ Vgl. SCHLUMBOHM (1994), S. 157.

⁹⁷⁹ Vgl. BEGEMANN (1990), S. 93.

Ein Vergleich durchschnittlicher Lebenserwartungen in unterschiedlichen Territorien auf der Grundlage historisch-demographischer Untersuchungen ist nicht unproblematisch. Das Analyseergebnis hängt von Art und Umfang des jeweils vorliegenden Quellenmaterials ab, was zu Verfälschungen führen kann. Beispielsweise hat Rödel auf Register einer bestimmten Mainzer Kirchengemeinde zurückgegriffen, weil diese eine vergleichsweise hohe Anzahl an Informationen enthalten.⁹⁸⁰ Neben großen Unterschieden zwischen Männern und Frauen hat er sehr hohe Werte bei der durchschnittlichen Lebenserwartung festgestellt, was auf eine Unterrepräsentanz von Kindern schließen lässt. Denn die Einwohnerstruktur wurde maßgeblich durch die Existenz eines verhältnismäßig großen Armenhauses mit Hospital bestimmt, das in dieser Kirchengemeinde eingerichtet worden war. Für eine schichtenspezifische Analyse bedarf es einer Quellenbasis, die insbesondere die Berufsstruktur einer Bevölkerung repräsentativ widerspiegelt. Sofern es sich nicht um Personen von höherem gesellschaftlichem Rang wie den Angehörigen des Adels handelte, erfolgte die Kategorisierung Verstorbener über Angaben zur beruflichen Tätigkeit. In Städten mögen entsprechende Informationen eher mitgeteilt worden sein. In der ländlich-agrarisch strukturierten Grafschaft Schaumburg, wo selbst das Handwerk überwiegend dörflich ausgerichtet war, sind Informationen zu den beruflichen Tätigkeiten der Verstorbenen vor dem 19. Jahrhundert in den Sterberegistern seltener. Um Aussagen zur sozialen Stellung treffen zu können, müssen weitere registerförmige Quellen ergänzend herangezogen werden. Im Rahmen der Familienrekonstitutionen im Kirchspiel Grove (Rbg) wurden deshalb neben den Kirchenbüchern auch Steuerkataster etc. ausgewertet, so dass die soziale Verortung der meisten Verstorbenen zumindest innerhalb des Berufsspektrums möglich ist. Damit kann der Frage nachgegangen werden, ob die berufliche Tätigkeit an sich oder die daraus resultierende Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht einen Effekt auf die Mortalität hatte.

Die Ermittlung der durchschnittlichen Lebenserwartung von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen fördert auf den ersten Blick ein widersprüchliches Ergebnis zutage (**Abb. 14**): In der Stadt Rodenberg erreichte die Gruppe der Bürger und Brauer den höchsten Wert, in den dörflichen Gemeinden waren es die Vollbauern. Die

⁹⁸⁰ Vgl. RÖDEL (1985), S. 206-212.

in der Landwirtschaft tätigen Personen arbeiteten quasi unter identischen Bedingungen. Als Erklärung für die rund 1,5 zusätzlichen Jahre, die die Meyer statistisch länger lebten als die Köthner, bietet sich ein etwas erhöhter materieller Wohlstand an. Folgerichtig erscheint dann die leicht herabgesetzte Lebenserwartung der Tagelöhner. Andere Untersuchungen haben dies bestätigt. Allerdings lässt sich daraus keine Regel ableiten. Ebenso wie im Fall der Kinder gibt es Untersuchungen dörflicher Siedlungen, in denen die durchschnittliche Lebenserwartung der Angehörigen der höchsten Bauernklasse unter der der landlosen Schicht lag.⁹⁸¹

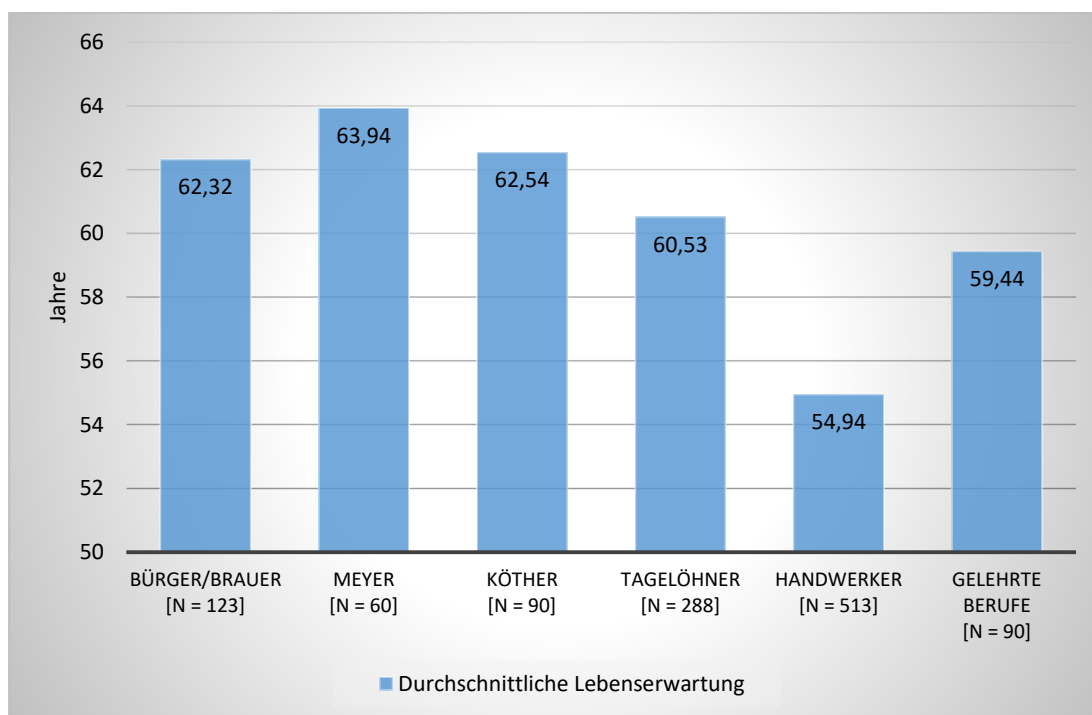


Abb. 14: Durchschnittliche Lebenserwartung unterschiedlicher Berufsgruppen im Kirchspiele Grove (Rbg) (1670–1869) in Jahren

Mit Abstand die geringste Lebenserwartung haben in dieser Aufstellung die Handwerker. Sie wurden im Schnitt nur knapp 55 Jahre alt, also 9 Jahre weniger als die Meyer. Die Ursache könnte wirtschaftliche Not sein. Denkbar ist auch ein berufsbedingter permanenter Umgang mit schädigenden Stoffen. Eindeutig nachweisbar ist letzteres nur im Fall der schauburgischen Steinhauer. Zwar erzielten sie hohe Einkommen und waren vergleichsweise gut gestellt, doch verringerte sich ihre Lebenserwartung mit Berufseintritt aufgrund der Arbeitsbedingungen außerordentlich (vgl. Kap. 3.6.3). Weil ihre Lebenserwartung so niedrig war, besteht kein Zweifel über die Kausalität

⁹⁸¹ Vgl. BEGEMANN (1990), S. 96 f.; NORDEN (1984), S. 70-73.

zur beruflichen Tätigkeit der Steinhauer. Um möglichen Auswirkungen berufsbedingter Gesundheitsschäden auf die Lebenserwartung nachgehen zu können, bedarf es im Allgemeinen einer soliden Datenbasis. Zwar ist das Handwerk im Kirchspiel Grove (Rbg) relativ stark vertreten, teilt sich aber in relativ viele Einzelberufe. Zudem lassen sich dörfliches und städtisches Handwerk nicht miteinander vergleichen, was die Datengrundlage weiter verringert. Über eine weitergehende Analyse der Berufe aus der Gruppe der Handwerker ließen sich keine belastbaren Erkenntnisse erzielen.

Die Gegenüberstellung der Berufsgruppen bietet lediglich eine grobe Orientierung. Für das Handwerk gilt dies aufgrund seiner Vielschichtigkeit um so mehr. Darüber hinaus ist zu beachten, dass es unter den erfassten Handwerkern verhältnismäßig viele Personen gibt, die bereits in jungen Jahren verstorben sind. Diese hatten einen Beruf ausgeübt, dessen exakte Bezeichnung in den Kirchenbüchern notiert worden ist, standen jedoch im Status eines Gesellen und waren zum Zeitpunkt ihres Todes ledig. Die Übernahme einer bäuerlichen Stelle war dagegen an eine Eheschließung geknüpft. Verstorbene, die als Meyer oder Köthner in den Registern verzeichnet wurden, waren verheiratet oder verwitwet, hatten also bereits ein bestimmtes Lebensalter erreicht. Der Abstand zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung von Handwerkern und Vollbauern im Kirchspiel Grove (Rbg) wäre bei Berücksichtigung der verstorbenen potentiellen Hoferben geringer.

Daraus erklärt sich auch der überraschende Befund, dass Tagelöhner statistisch immerhin ein Jahr länger lebten als diejenigen, die vor ihrem Tod einen gelehrten Beruf ausübten. Denn ebenso wie die Erben vollbäuerlicher Hofstellen wurden verstorbene Angehörige der unterbäuerlichen Schichten in der Regel erst nach Gründung eines Ehestandes mit Zugehörigkeit zu einer Bauernklasse gelistet. Vor einer Heirat verdingten sie sich zumeist im Gesindedienst eines vollbäuerlichen Haushalts. Mit den gelehrten Berufen verhält es sich in dieser Beziehung wie mit dem Handwerk. Unter den Angehörigen der gelehrten Berufe befinden sich nicht nur Familienväter, sondern auch unverheiratete junge Männer, die zum Zeitpunkt ihres Todes eine berufliche Tätigkeit beispielsweise als landesherrlicher Beamter oder Anwärter auf eine Pastorenstelle im Kirchspiel ausübten. Im direkten Vergleich zu Handwerkern lebten sie statistisch länger. Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein gehobener sozialer Status mit einer erhöhten Lebenserwartung einherging.

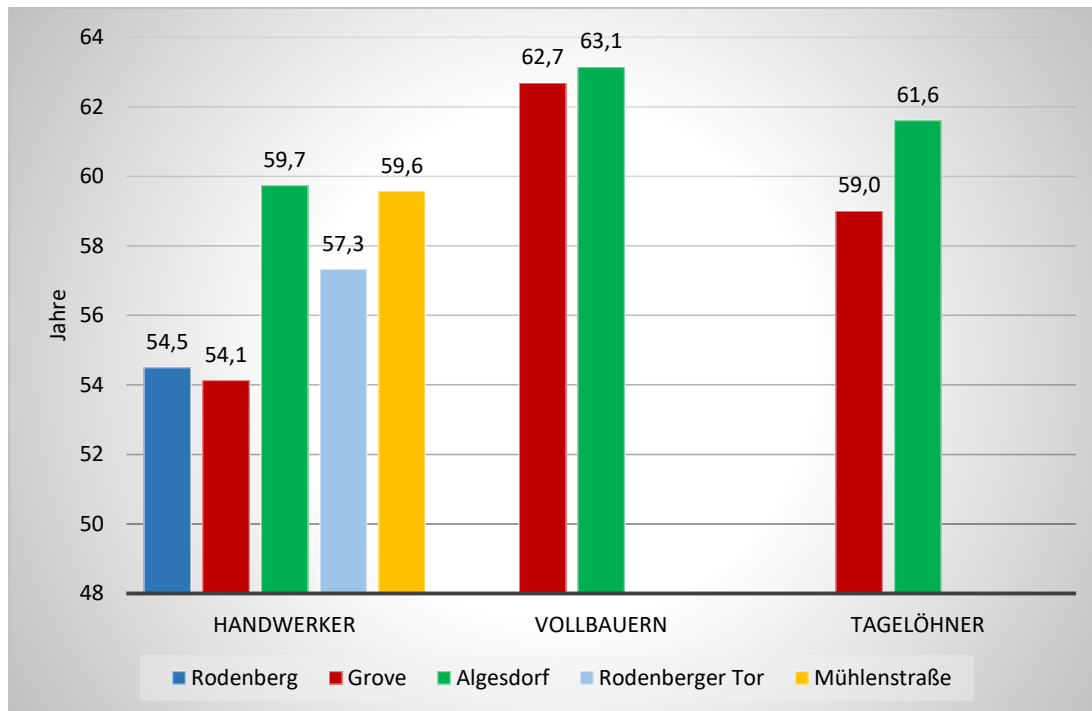


Abb. 15: Durchschnittliche Lebenserwartung unterschiedlicher Berufsgruppen im Vergleich der Mitgliedsgemeinden (Kirchspiel Grove (Rbg); 17.–19. Jahrhundert) in Jahren

Im Vergleich der Lebenserwartung einiger Berufsgruppen in den fünf Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Grove (Rbg) ergeben sich unter den Handwerkern signifikante Abweichungen (**Abb. 15**): Der höchste Wert entfällt auf die Dorfhandwerker aus Algedorf. Diese lebten statistisch gesehen mehr als 5 Jahre länger als die höherqualifizierten Stadthandwerker aus Rodenberg. Am niedrigsten allerdings ist der Wert der Grover Dorfhandwerker. Erklären lässt sich dies damit, dass die in Algedorf ansässigen Handwerker als Hofstelleninhaber mindestens das übliche Heiratsalter erreicht hatten. In Grove dürften auch unverheiratete Handwerker, die in einem Meisterbetrieb in der Nachbarstadt Rodenberg tätig waren, zur Miete gewohnt haben. Verstarb einer dieser jungen Einlieger, wurde er mit seiner Berufsbezeichnung im Kirchenbuch registriert. Die höchste Lebenserwartung im Kirchspiel Grove (Rbg) hatten die Vollbauern, was dafür spricht, dass sich gehobener sozialer Status lebensverlängernd ausgewirkt hat. Darüber hinaus ergibt der Vergleich, dass in allen drei Berufsgruppen jeweils die Verstorbenen aus Algedorf den höchsten Durchschnittswert erreichten. Materieller Wohlstand könnte eine Rolle gespielt haben. Wahrscheinlicher aber ist, dass Algedorf aufgrund der topographischen Lage und der individuellen Wohnverhältnisse im Zusammenhang mit der Verbreitung von Infektionskrankheiten bevorteilt war.

Die fünf Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Grove (Rbg) unterscheiden sich bei der mittleren Lebenserwartung, also unter Berücksichtigung auch der Säuglinge und Kinder, kaum voneinander (**Abb. 16**). Mit 31,94 Jahren war sie in Algesdorf am höchsten. Am unteren Ende stehen Rodenberg und Mühlenstraße, doch beträgt die Differenz lediglich 1 Jahr. Die fernere Lebenserwartung unter Berücksichtigung derjenigen Verstorbenen, die mindestens das 14. Lebensjahr vollendet haben, differiert etwas stärker. Mit 56,22 Jahren lag sie in der Vorstadt Rodenberger Tor mehr als 2 Jahre über Mühlenstraße, also der anderen vorstädtischen Siedlung im Kirchspiel. In der Stadt Rodenberg sowie den beiden Dörfern erreichten die Erwachsenen ein ähnlich hohes Alter wie die in Rodenberger Tor.

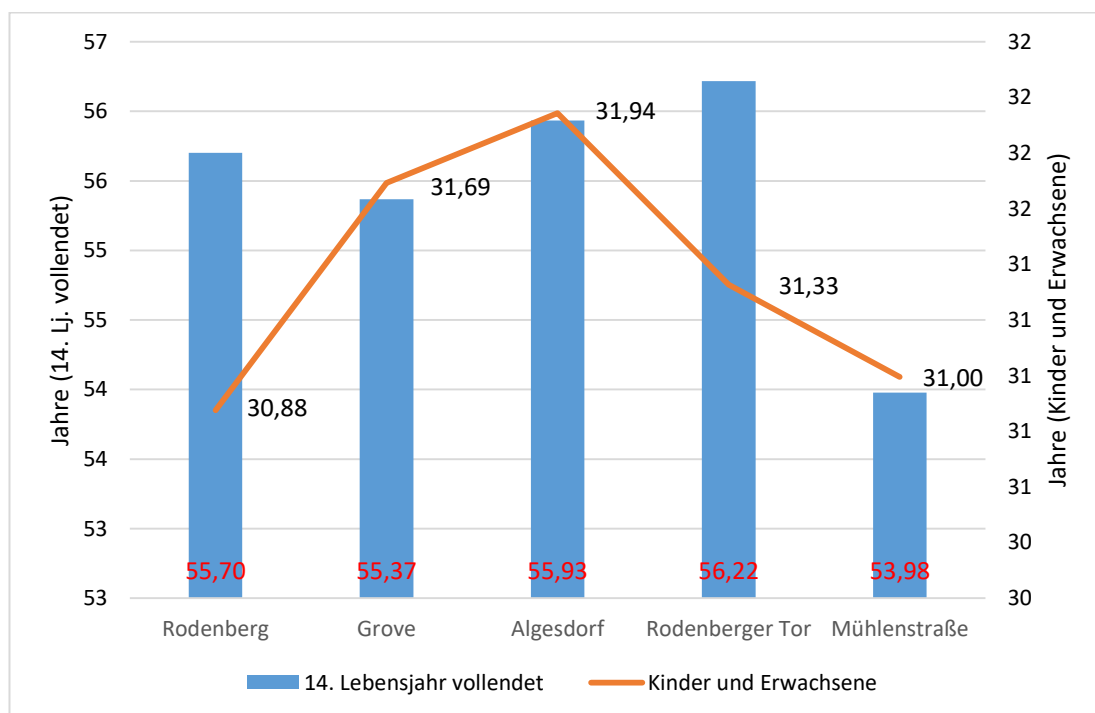


Abb. 16: Durchschnittliche und mittlere Lebenserwartung im Vergleich der Mitgliedsgemeinden (Kirchspiel Grove (Rbg); 17.–19. Jahrhundert) in Jahren

Größere Altersunterschiede ergeben sich, wenn man die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung sowohl siedlungs- als auch sozialgruppenübergreifend über einen längeren Zeitraum im Zehn-Jahres-Schnitt beobachtet (**Abb. 17**): Im ausgehenden 17. Jahrhundert lag die mittlere Lebenserwartung durchgehend unter 30 Jahren. Ein an der Wende zum 18. Jahrhundert einsetzender tendenzieller Anstieg wird zumindest 1-mal

unterbrochen.⁹⁸² In den 1760er Jahren sinkt sie in Grove (Rbg) auf unter 26 Jahre. Doch schon in den 1780er Jahren werden die Menschen in diesem Kirchspiel statistisch gesehen fast 8 Jahre älter. Bis zum Ende des Untersuchungszeitraums hält sich die mittlere Lebenserwartung mit Werten von mindestens 32 Jahren auf einem vergleichsweise hohen Stand.

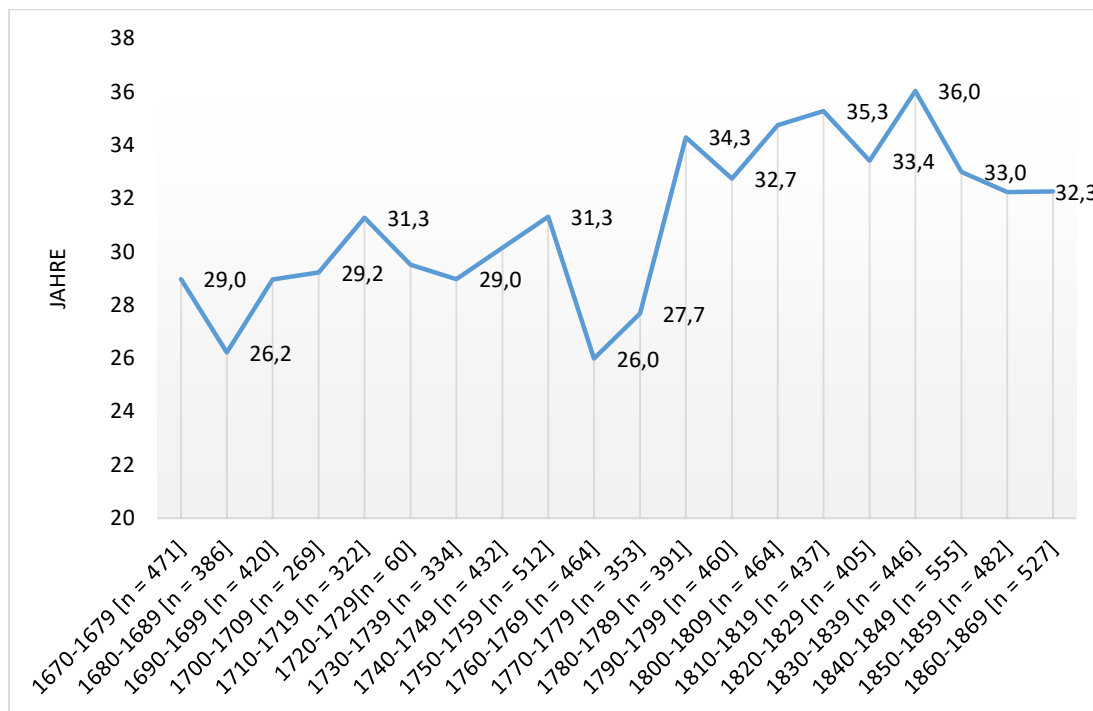


Abb. 17: Mittlere Lebenserwartung im Vergleich der Mitgliedsgemeinden im Zehn-Jahres-Schnitt (Kirchspiel Grove (Rbg); 1670–1869) in Jahren

Schichtenspezifische Sterblichkeit – Geburtenraten und Überlebenschancen

Zwischen der Lebenserwartung eines Neugeborenen und der eines Erwachsenen liegen im Kirchspiel Grove (Rbg) im Übergang zur Neuzeit rund 25 Jahre. Dies entspricht dem Zeitraum, der bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein rechnerisch eine Generation umfasste. Mittlerweile hat sich dieser Zeitraum um einige Jahre verschoben, da die Frauen aus den Industrienationen zum Zeitpunkt ihrer ersten Geburt älter sind als ihre Mütter bzw. Großmütter. Das für eine Reproduktion zur Verfügung stehende biologische Zeitfenster hat sich dadurch verengt. In der Vergangenheit

⁹⁸² Zu berücksichtigen ist eine unsichere Datenlage im ersten Drittel des 18. Jahrhunderts. In den 1710er und 1720er Jahren wurden die Kirchenbücher nur mangelhaft geführt. Zum einen ist die Datenbasis gering, da die Verstorbenen sehr häufig ohne Altersangabe registriert worden sind. Zum anderen ist davon auszugehen, dass bei dem Versuch der nachträglichen Rekonstruktion mehr verstorbene Kinder als Erwachsene vergessen worden sind.

hätte aufgrund der hohen Kindersterblichkeit eine entsprechende Verschiebung eine Verringerung der Geburtenrate nach sich gezogen. Um wenigstens den Bevölkerungsstand zu halten, musste auch in der Grafschaft Schaumburg die Geburtenrate auf einem gleichbleibend hohen Level gehalten werden. Der für das Kirchspiel Grove (Rbg) auf der Grundlage der Sterberegister von 1665–1875 ermittelte Durchschnittswert der registrierten Geburten pro Familie beträgt 5,28. Im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts lag die Geburtenzahl mit 5,49 etwas über dem Mittelwert, im 18. Jahrhundert⁹⁸³ sank sie zunächst, stieg dann aber deutlich an (Abb. 18).⁹⁸⁴ An der Wende zum 19. Jahrhundert wurden in Grove (Rbg) wieder so viele Kinder geboren wie im ausgehenden 17. Jahrhundert, danach fällt der Wert mit 4,81 auf den tiefsten Stand im Vergleich der Untersuchungszeiträume.

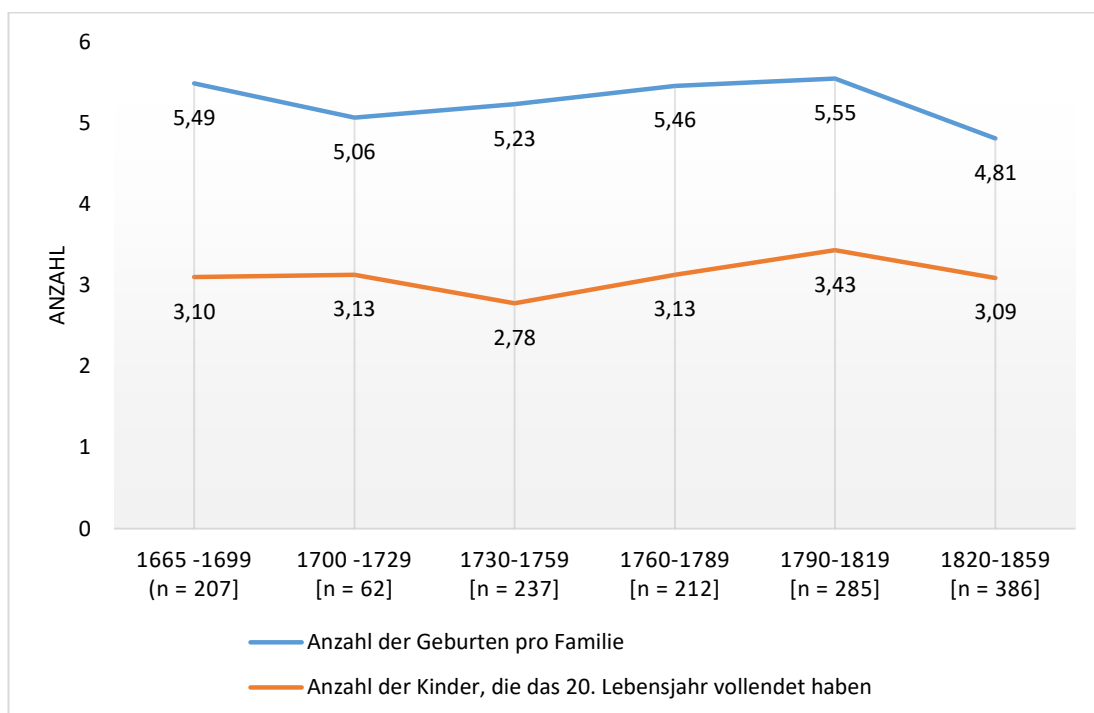


Abb. 18: Durchschnittliche Geburtenzahl und überlebende Kinder im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Kirchspiel Grove (Rbg); 1670–1869) in Zahlen

⁹⁸³ Das Kirchspiel ist im ersten Drittel des 18. Jahrhunderts schlecht dokumentiert. Zwar wurden in die vorliegende Analyse nur diejenigen der zu diesem Zeitpunkt in Grove (Rbg) lebenden Familien einbezogen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit vollständig rekonstruiert werden konnten; zu vermuten ist jedoch, dass insbesondere einige Kinder, die unmittelbar nach der Geburt verstorben sind, in keinem Register aufgeführt sind.

⁹⁸⁴ Die Zuordnung zu einem der Zeiträume erfolgte nach dem Datum der Eheschließung. Die Zeiträume wurden so gewählt, dass die Datenbasis jeweils durch eine vergleichbar hohe Anzahl an Familien gebildet wird. Berücksichtigt wurden nur Ehen, deren Verlauf lückenlos rekonstruierbar ist. Ehen, die nach 1859 geschlossen worden sind, wurden nicht mehr berücksichtigt, da nur die Geburten bis einschließlich 1875 auf der Grundlage der Kirchenbücher ermittelt werden konnten.

Ein Indiz für einen Anstieg der Kindersterblichkeit ist der geringe prozentuale Anteil von 53,1 % (**Tab. 4**) in der Mitte des 18. Jahrhunderts.⁹⁸⁵ Auffallend sind auch die gegensätzlichen Trends zu Beginn und am Ende des Untersuchungszeitraums. So wurden im Übergang vom 17. zum 18. Jahrhundert im Kirchspiel Grove (Rbg) zwar relativ viele Kinder geboren, doch waren ihre Überlebenschancen verhältnismäßig gering. Nur 56,5 % aller Geborenen erlebten das 20. Lebensjahr. Nach der Verschlechterung in der Mitte des 18. Jahrhunderts verbesserten sich ihre Chancen. Im 19. Jahrhundert war die Zahl der Geburten pro Familie gesunken, gleichzeitig erreichten 64,2 % der Kinder das Erwachsenenalter.

Tabelle 4

Schichtenspezifische Sterblichkeit und Geburtenzahl im Kirchspiel Grove (Rbg): (17. –19. Jahrhundert)

		1665-1699	1700-1729	1730-1759	1760-1789	1790-1819	1820-1859
Grove (Rbg)	Geburten pro Familie	5,49	5,06	5,23	5,46	5,55	4,81
	davon 20. Lebensjahr vollendet	3,10	3,13	2,78	3,13	3,43	3,09
	in %	56,5	61,8	53,1	57,3	61,9	64,2
Vollbauern	Geburten pro Familie	5,65	6,36	6,56	6,47	5,84	5,09
	davon 20. Lebensjahr vollendet	3,13	3,93	3,44	3,66	3,69	3,46
	in %	55,4	61,8	52,5	56,5	63,1	68,0
Handwerker	Geburten pro Familie	5,69	4,77	5,62	5,26	5,65	4,77
	davon 20. Lebensjahr vollendet	3,33	2,54	3,10	3,09	3,40	2,93
	in %	58,4	53,2	55,3	58,8	60,2	61,3

Die Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels Grove (Rbg) weichen bei der durchschnittlichen Geburtenzahl pro Familie voneinander ab (**Abb. 19**): Der höchste Wert mit 6,08 wurde für die vorstädtische Siedlung Rodenberger Tor ermittelt, lediglich 4,94 Kinder wurden durchschnittlich in den Familien im Kirchspielort Grove geboren. Der Grund ist die Zusammensetzung der jeweiligen Einwohnerschaft. In Rodenberger Tor ließen sich bevorzugt hessische Beamte nieder. Ebenso wie in Rodenberg selbst lebten dort also stets auch Familien, die einer gehobenen bürgerlichen Schicht angehörten. Algesdorf und Grove hatten einen rein dörflichen Charakter.

⁹⁸⁵ Die verhältnismäßig guten Überlebenschancen der Kinder im ersten Drittel des 18. Jahrhunderts sind zweifelhaft. Vielmehr indiziert der hohe Wert erneut, dass ein Teil der verstorbenen Kinder in diesem Zeitraum nicht in den Kirchenbüchern erscheint.

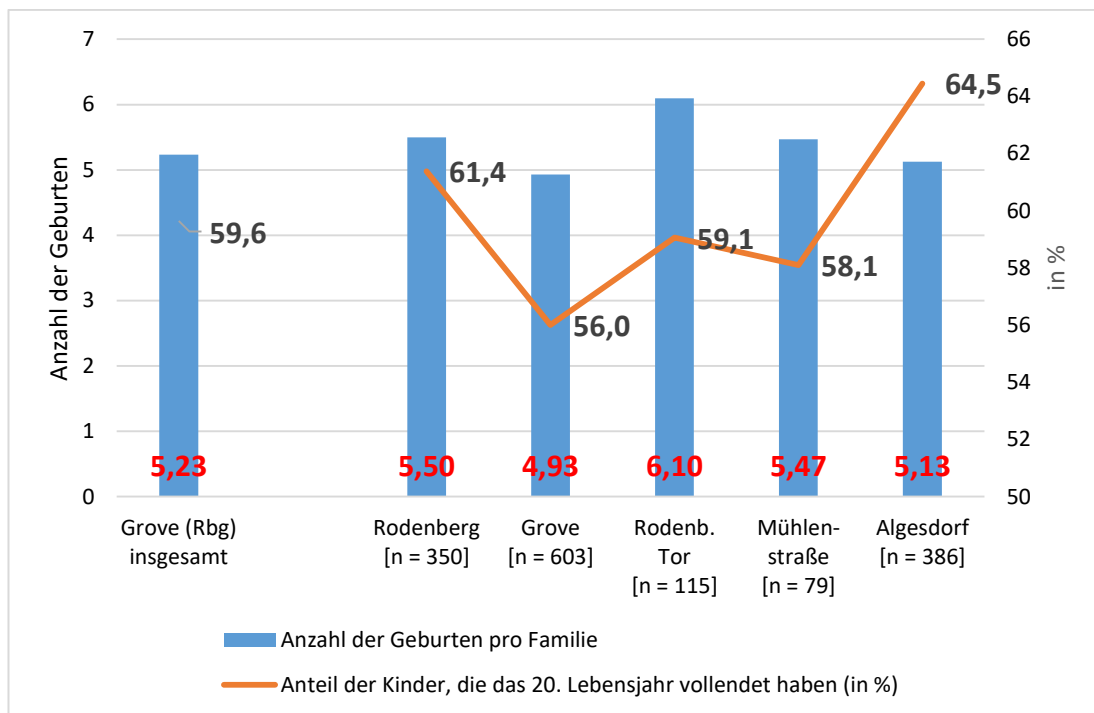


Abb. 19: Durchschnittliche Geburtenzahl und überlebende Kinder im Vergleich der Mitgliedsgemeinden im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent

An dieser Stelle ist ein Exkurs zum Heiratsverhalten und damit zur Geburtenrate notwendig.⁹⁸⁶ Denn je früher eine Frau heiratet, desto mehr Kinder kann sie statistisch gesehen gebären. Damit ist auch das Heiratsverhalten ein Indikator für demographische Prozesse und strukturelle Besonderheiten. In der Gegenwart geht einer Wiederverheiratung zumeist eine Ehescheidung voran. In den frühneuzeitlichen Gesellschaften war diese fast ausnahmslos Folge des vorzeitigen Ablebens der Ehepartnerin bzw. Ehepartners. Im Kirchspiel Grove (Rbg) war die Wahrscheinlichkeit einer Wiederverheiratung nach dem Tod der Ehefrau⁹⁸⁷ im Allgemeinen nicht sehr hoch. Von 1.389 berücksichtigten männlichen Familienvorständen heirateten 80,1 % nur 1-mal, 17,5 % 2-mal und 1,95 % bzw. 0,2 % 3- bzw. 4-mal. Der Mittelwert liegt bei 1,22 Ehen zwischen 1665 und 1859. Zum Ende des Untersuchungszeitraums sinkt die durchschnittliche Zahl an geschlossenen Ehen, was auf eine Erhöhung der Lebenserwartung hindeutet. Denn je älter der überlebende Teil zum Zeitpunkt des Todes der Partnerin oder des Partners war, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit einer Wiederverheiratung.

⁹⁸⁶ Die folgenden Ausführungen basieren auf eigenen Berechnungen zum Heiratsverhalten im Kirchspiel Grove (Rbg). Auf eine grafische bzw. tabellarische Darstellung wurde verzichtet.

⁹⁸⁷ Als Bezugspunkt wurde in der Analyse der männliche Familienvorstand gewählt. Daten über Männer, die zeitlebens ledig blieben, fließen in die Untersuchung zum Heiratsverhalten im Kirchspiel Grove (Rbg) nicht ein.

So schlossen die Männer aus dem Kirchspiel Grove (Rbg) im ausgehenden 17. Jahrhundert durchschnittlich 1,32 Ehen, rund 200 Jahre später nur noch 1,15 Ehen. Festgestellt wurden tendenziell sinkende Werte während dieses Zeitraums, lediglich in der Mitte des 18. Jahrhunderts kam es zu einer vorübergehenden leichten Erhöhung des Wertes.

In der Frühen Neuzeit stiegen sowohl die eheliche Fertilität als auch die Wahrscheinlichkeit einer Wiederverheiratung des Mannes, wenn er selbst ein hohes Alter erreichte und/oder eine Ehe mit einer jüngeren Frau einging. Überdurchschnittlich oft heirateten im Kirchspiel Grove (Rbg) neben den Beamten in gehobener und höherer Stellung insbesondere die Angehörigen weiterer gelehrter Berufe sowie Salinenbeschäftigte, Gastwirte und Schäfer.⁹⁸⁸ Dieser Personenkreis war in Rodenberger Tor relativ stark vertreten. Die Zahl der geschlossenen Ehen pro männlichem Familienvorstand hebt sich daher mit 1,29 von den anderen vier Mitgliedsgemeinden etwas ab. Grove und Mühlenstraße liegen mit jeweils 1,24 Ehen sowie Rodenberg und Algesdorf mit jeweils 1,18 Ehen nahe am Durchschnittswert von 1,22. Dass eine niedrige Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit einer Wiederverheiratung erheblich einschränkt, zeigt sich bei den Steinhauern im Kirchspiel Grove (Rbg). Da die meisten Männer aus dieser Berufsgruppe vor ihrer Ehefrau starben, beträgt die durchschnittliche Anzahl an Eheschließungen nur 1,05 [n = 42], was beispielsweise die Geburtenzahl in den Steinhauerfamilien signifikant beschränkte (**Abb. 20**). In der kinderreichen Gruppe der „Gelehrten Berufe“ war die Lebenserwartung nicht außergewöhnlich hoch, doch heirateten Frauen aus bürgerlichen Familien tendenziell früher. Unter frühneuzeitlichen Bedingungen erhöhte ein geringes Heiratsalter nicht nur die potentielle Zahl der Schwangerschaften, sondern auch das Sterberisiko der Ehefrau.

Die berufliche Struktur einer Siedlung konnte sich auf das Heiratsverhalten und damit auf die Geburtenrate auswirken, doch ist der Einfluss einzelner Berufsgruppen zu relativieren. Beispielsweise war die Wahrscheinlichkeit einer Wiederverheiratung in Algesdorf in der höchsten Bauernklasse, den Meyern, mit 1,15 Ehen [n = 27] genauso hoch wie in der Schicht der landarmen bzw. landlosen Tagelöhner [n = 59]. Die Meyer

⁹⁸⁸ Den mit Abstand höchsten Wert mit 1,53 Ehen [n = 32] erreichten Männer, deren Beruf in den Registern als (*Schweine-*)*Hirte* angegeben wird.

aus Grove hingegen schlossen durchschnittlich 1,22 Ehen [n = 27], die dortigen Tagelöhner sogar 1,27 [n = 112] Ehen. Weitere Faktoren spielten also eine Rolle.

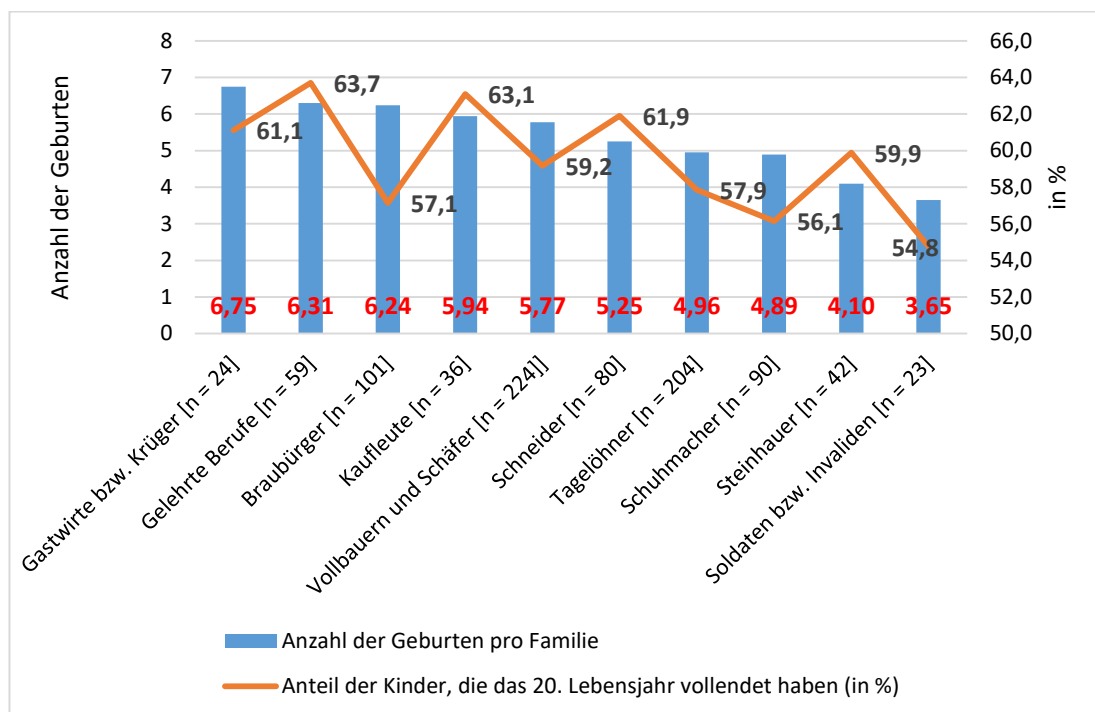


Abb. 20: Durchschnittliche Geburtenzahl und überlebende Kinder im Vergleich unterschiedlicher Berufe bzw. Berufsgruppen im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent

Nach den Ausführungen zum Heiratsverhalten der Einwohnerschaft des schauburgischen Kirchspiels Grove (Rbg) wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht auf die Lebenserwartung der Kinder auswirkte. Unabhängig von der Geburtenrate finden sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich des Anteils der Kinder, die ihr 20. Lebensjahr vollendet haben (**Abb. 20**): Die höchsten Überlebenschancen bestanden in den Gruppen der „Gelehrten Berufe“⁹⁸⁹ und der Kaufleute mit 63,7 bzw. 63,1 %. Materieller Wohlstand scheint dabei jedoch keinen besonders hohen Effekt gehabt zu haben.⁹⁹⁰ Die Kinder der Schneider, eigentlich eine Berufsgruppe, die insbesondere in Schaumburg bereits im 18. Jahrhundert als überbesetzt gelten kann,⁹⁹¹ hatten mit 61,9 % kaum geringere Aussichten das

⁹⁸⁹ Neben den Familien der Amtmänner, Obersalineninspektoren, Condukteure etc. wurden auch die Ärzte, Pastoren, Apotheker etc. der Gesamtgruppe der „Gelehrten Berufe“ zugeordnet.

⁹⁹⁰ Vgl. auch ZSCHUNKE (1984), S. 169 f.

⁹⁹¹ Vgl. SAUER, PETER (1996).

Erwachsenenalter zu erreichen, als die Kinder aus dem gehobenen Bürgertum., Ähnlich verhält es sich mit den Tagelöhnern und Schuhmachern. Deren Kinder hatten mit Anteilen von 57,9 % bzw. 56,1 % ähnliche Überlebenschancen wie die Kinder der Rodenberger Braubürger. Vergleicht man die schauburgischen Meyer, Großköthner, Kleinköthner und Tagelöhner miteinander, ergibt sich zwar eine mit dem zu vermutenden Wohlstand tendenziell abnehmende Geburtenrate (**Abb. 21**). Die meisten Kinder wurden in den Familien der Meyer geboren, die wenigsten in denen der Tagelöhner. Keine entsprechende Korrelation hingegen besteht zwischen den Überlebenschancen der Kinder und dem Landbesitz ihrer Familien. Dass die Kinder aus den Meyerfamilien die günstigsten Aussichten hatten, das 20. Lebensjahr zu vollenden, überrascht nicht. Dass es zwischen den landlosen oder landarmen Tagelöhnern und den vollbäuerlich wirtschaftenden Groß- und Kleinköthnern letztlich keinen Unterschied gibt, schon. Die Aussicht, das Erwachsenenalter zu erreichen, erhöhte sich für Kinder aus materiell besser gestellten Familien nur bedingt.

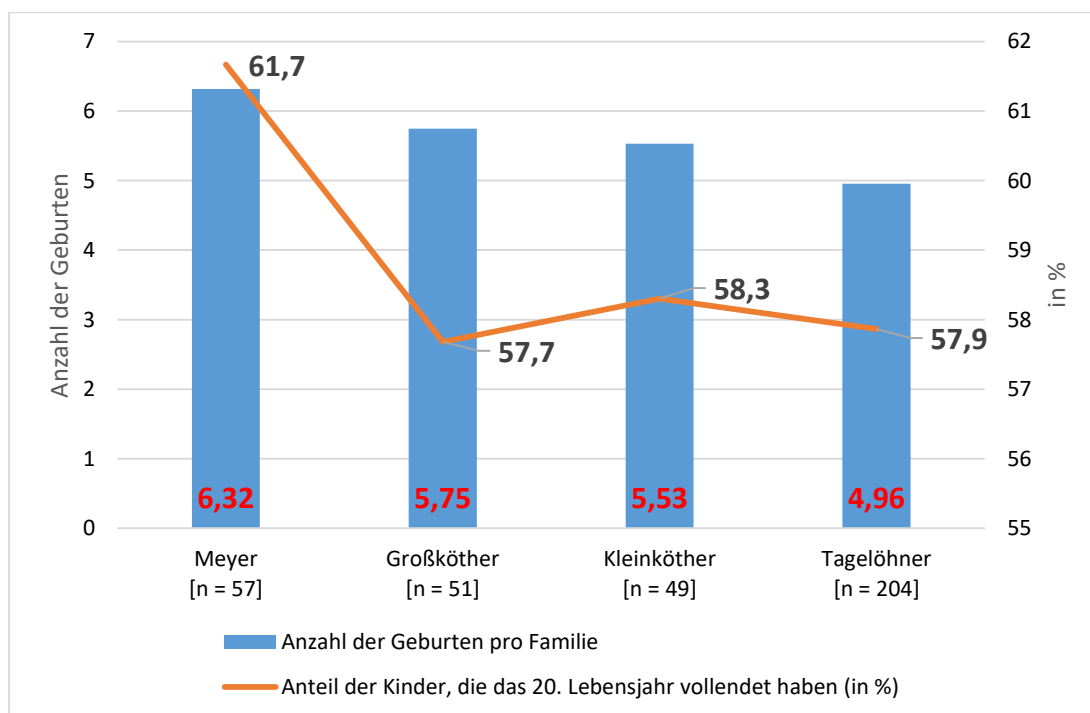


Abb. 21: Durchschnittliche Geburtenzahl und Anteil überlebender Kinder im Vergleich unterschiedlicher landwirtschaftlicher Berufsgruppen im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent

Fasst man die vollbäuerlich⁹⁹² wirtschaftenden Familien und die Handwerkerfamilien zu Gruppen zusammen und vergleicht die Entwicklung der jeweiligen Geburtenraten vom 17. bis zum 19. Jahrhundert, fällt zunächst auf, dass die Werte sowohl zu Beginn als auch am Ende des Zeitraums nahezu identisch sind (**Abb. 22**).⁹⁹³ Im Laufe des 18. Jahrhunderts stieg dann in den vollbäuerlichen Familien zunächst die Geburtenzahl, während sie in den Handwerkerfamilien vorübergehend sank. Im 19. Jahrhundert ging die Geburtenzahl schließlich in beiden Berufsgruppen zurück. Dieser Befund entspricht der Entwicklung der Geburtenzahl aller Berufsgruppen im Kirchspiel Grove (Rbg). Vergleicht man die Geburtenraten mit den Anteilen der Kinder, die jeweils das 20. Lebensjahr vollendet haben, scheint zwischen den Kurven der Handwerkerfamilien eine enge Korrelation zu bestehen.

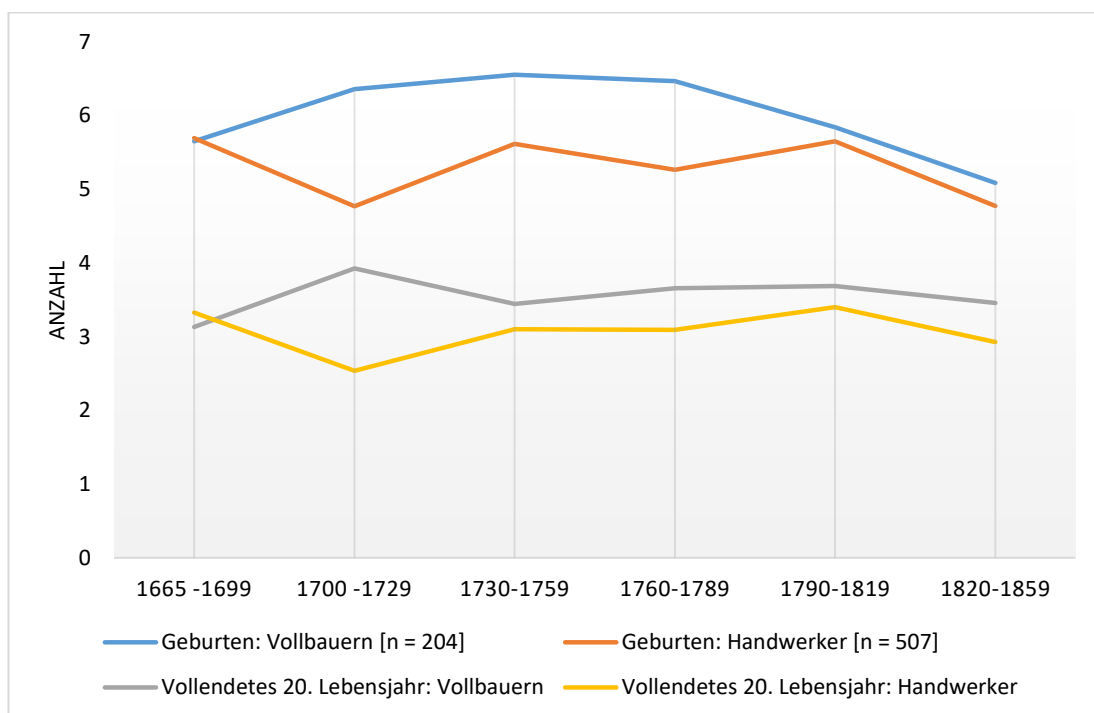


Abb. 22: Entwicklung der durchschnittlichen Zahl an Geburten pro Familie im Kirchspiel Grove (Rbg) im Vergleich von Vollbauern und Handwerker (17.–19. Jahrhundert)

Dennoch waren die Überlebenschancen dieser Kinder am Ende des Untersuchungszeitraums höher als zu Beginn. Von den im Zeitraum 1665–99 geborenen Handwerkerkindern wurden 58,4 % mindestens 19 Jahre alt (**Tab. 4**), im Zeitraum 1820–59

⁹⁹² Einbezogen wurden neben den Meyer- und Köthnerfamilien auch die Familien der Schäfer.

⁹⁹³ Die gegenläufigen Werte im ersten Drittel des 18. Jahrhunderts könnten eine Folge der schlechten Überlieferung sowie der daraus resultierenden geringen Datenlage in diesem Zeitraum sein.

61,3 %. Stärker ausgeprägt ist die Zunahme der Überlebenschancen der Bauernkinder. Nach einem vorübergehenden Anstieg gingen zwar die Geburtenzahlen deutlich zurück, indes lag der Anteil derjenigen, die das 20. Lebensjahr vollendet hatten, im 19. Jahrhundert mit 68 % fast 13 % über dem aus dem ausgehenden 17. Jahrhundert. Trotz tendenzieller Übereinstimmungen zwischen diesen beiden Berufsgruppen hatten im 19. Jahrhundert die Kinder aus den vollbäuerlichen Haushalten des Kirchspiels Grove (Rbg) insgesamt günstigere Bedingungen, das Erwachsenenalter zu erreichen. Rund 200 Jahre zuvor war dies noch umgekehrt.

Die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ist im Allgemeinen Kern schichtenspezifischer Analysen der Bevölkerungsstrukturen. Verglichen werden die unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb derselben Siedlung. Weiterführende Erkenntnisse zu den mortalitätsbeeinflussenden Faktoren sind darüber hinaus durch Vergleiche von Siedlungen zu erwarten, wie sich am Beispiel von Grove und Algesdorf belegen lässt. Grove gehörte zu den größten Dörfern in der Grafschaft Schaumburg und hatte trotz der unmittelbaren räumlichen Nähe zur Stadt Rodenberg wie alle Kirchspielorte Zentrumsfunktion. Der vollbäuerliche Anteil war in diesen Siedlungen vergleichsweise gering, die unterbäuerliche Schicht überwog. Dorfhandwerk und Gewerbe wurden häufig in Form von Mischerwerb ausgeübt, die Tätigkeit als landwirtschaftliche Hilfskraft zur Deckung saisonaler Arbeitsspitzen sicherte vielen Familien das Überleben. Das benachbarte Algesdorf zählt zu den schaumburgischen Dörfern mittlerer Größe. Das Dorfhandwerk deckte den vor Ort benötigten Bedarf, der vollbäuerliche Anteil lag über dem von Grove. Insbesondere die Meyerhöfe waren bei der Bewirtschaftung ihrer Betriebe auf zusätzliche Arbeitskräfte angewiesen. Ebenso wie in Grove gab es auch in Algesdorf stets eine Reihe von Familien, die ihren Lebensunterhalt durch Tagelohn bestritten.

Im Zusammenhang mit den Wiederverheiratungen war aufgefallen, dass die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe weniger Übereinstimmungen ergab als der gemeinsame Wohnort. Auch der Vergleich von Meyern und Tagelöhnern in Grove und Algesdorf hinsichtlich Geburtenzahlen und Kindersterblichkeit ergibt ein überraschendes Ergebnis (**Abb. 23**): Obwohl die Meyer in Grove und in Algesdorf als Angehörige derselben Bauernklasse jeweils über die wirtschaftsstärksten Höfe verfügten, liegen die Überlebenschancen ihrer Kinder fast 10 % auseinander. Nicht weniger überraschend sind die

Werte der Tagelöhnerfamilien. Mangels Alternativen bestritten die Angehörigen dieser Gruppe ihr Einkommen allein aus dem Tagelohn. Sowohl in Grove als auch Algesdorf stehen sie am unteren Ende der Einkommensskala, was sich insbesondere in Form knapper Nahrungsmittel geäußert haben dürfte. Dennoch vollendeten in Relation zur Geburtenzahl nicht weniger Kinder aus Tagelöhnerfamilien als aus Meyerfamilien das 20. Lebensjahr. Lebten diese Kinder in Algesdorf, hatten sie weitaus bessere Überlebenschancen als der Nachwuchs aus der obersten Bauernklasse in Grove.

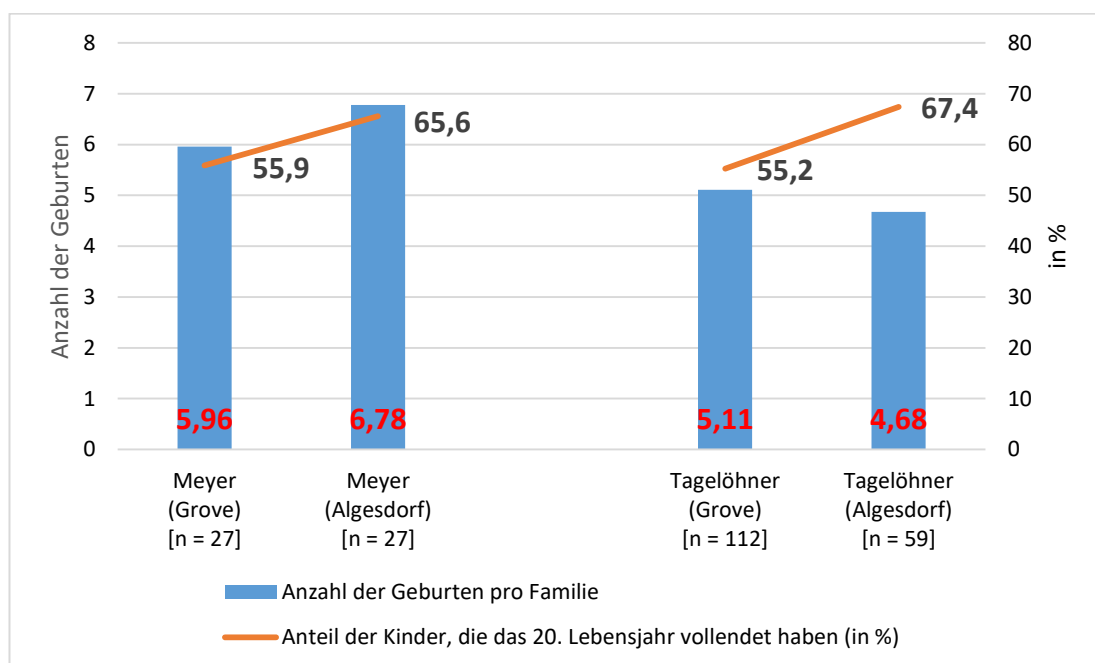


Abb. 23: Durchschnittliche Geburtenzahl und Anzahl überlebender Kinder im Vergleich der Meyer und Tagelöhner aus Grove bzw. Algesdorf im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent

In Verbindung mit der Frage nach der schichtenspezifischen Sterblichkeit innerhalb eines Kirchspiels sind also auch strukturelle Unterschiede zwischen den Mitgliedsgemeinden als maßgebliche Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Abweichungen zwischen Einzelsiedlungen müssen nicht zwangsläufig Folge einer ausgeprägten Heterogenität wie im Kirchspiel Grove (Rbg) sein. So wurde im Vergleich der Einzelsiedlungen hinsichtlich der Kindersterblichkeit eine größere Übereinstimmung zwischen Rodenberg und Algesdorf festgestellt (**Abb. 18**). Sowohl in der Stadt als auch im Dorf erreichten überdurchschnittlich viele Kinder das Erwachsenenalter, während Grove erheblich davon abweicht. Grove zählt zu den schauburgischen Dörfern mit einem er-

höhten Anteil an landarmen und landlosen Familien. Die Zusammensetzung der Einwohnerschaft ist ein möglicher Grund für die erhöhte Kindersterblichkeit. Geklärt ist damit jedoch nicht die sich aufdrängende Frage, warum innerhalb derselben dörflichen Siedlung die Überlebenschancen der Kinder aus der wohlhabendsten Bauernklasse nicht höher waren als die der Kinder aus den Familien landwirtschaftlicher Hilfskräfte. Weiterhin stellt sich die Frage, welche Faktoren dazu beitrugen, zumindest im Fall der Kindersterblichkeit den Gegensatz zwischen Ruralität und Urbanität zu egalisieren. Denn die Parallelen der Einwohnerstruktur Algesdorfs sind zur Stadt Rodenberg weit- aus geringer ausgeprägt als zum Dorf Grove.

Aufschlüsse in diesen Fragen kann nur eine eingehende Analyse aller vitalen Äußerungen unter Beachtung der strukturellen Unterschiede zwischen den einzelnen Siedlungen liefern. Die alters- und schichtenspezifische Untersuchung der Sterblichkeit konnte dazu beitragen, möglichen Erwartungen entgegenzuwirken. So war der vergleichsweise hohe materielle Wohlstand einer Vollmeyerfamilie kein Garant dafür, dass die Nachkommen bessere Überlebenschancen hatten als beispielsweise die Kinder aus einer Familie, die ihr Einkommen aus dem Tagelohn bestritt und am Ende der sozialen Leiter stand. Selbst das Gegenteil konnte der Fall sein. Um Einblicke in die offensichtliche Komplexität von Mortalität in der Frühen Neuzeit zu gewinnen, bedarf es jeweils einer eingehenden Ermittlung insbesondere der Ursachen, die den vorzeitigen Tod der Kinder hervorgerufen haben.

2.3.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Der Begriff Gender bezeichnet im englischsprachigen Raum das Geschlecht im Kontext des soziologisch-kulturellen Hintergrunds. Unter Sex, der lateinischen Ableitung von Sexus, versteht man hingegen das biologische Geschlecht. In der Bundesrepublik Deutschland hat sich der Begriff Gender erst in jüngerer Zeit etabliert. Zuvor wurde im Deutschen keine begriffliche Trennung zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht vollzogen. Eingeführt in den 1990er Jahren durch die Frauenforschung entwickelte sich Gender als ein unverzichtbarer sprachlicher Baustein im Rahmen der Maßnahmen zur Überwindung der bestehenden strukturellen Ungleichheit der Geschlechter. Dieser Begriff verdeutlicht nach Babitsch (2005),

„dass erstens zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht kein kausaler Zusammenhang besteht, d. h. dass die (soziale) Ungleichheit der Geschlechter nicht durch die biologische Geschlechterdifferenz begründet werden kann. Zweitens determiniert die biologische Geschlechterdifferenz nur begrenzt das tatsächliche Verhalten der Geschlechter. Entsprechend ist das Verständnis typisch weiblicher oder typisch männlicher Praxen sozial geprägt und steht in enger Verbindung mit den jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen. Die Vorstellung von Geschlecht ist demnach sozial konstruiert und historisch gewachsen.“ (S. 14)

Der Blick in die Vergangenheit offenbarte nicht zuletzt, dass die weibliche Gesundheit seit den Ursprüngen der modernen Medizin vornehmlich aus einer männlichen Perspektive betrachtet und bewertet wurde. Die akademisch gebildete Ärzteschaft war lange Zeit vollständig männlich besetzt, Frauen waren nur als Hilfs- und Pflegekräfte zugelassen. Da ihnen der Zugang zum Wissenschaftsbetrieb verwehrt wurde, hatten sie keinerlei Möglichkeit, die ihnen eigene Expertise über den weiblichen Körper in die medizinische Forschung einzubringen. Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein galten die Frauen als das „schwache“ Geschlecht. Mithin beeinflusste die defizitäre Darstellung der Gesundheit die weibliche Selbstwahrnehmung negativ. Dass die emanzipatorische Frauenbewegung vehement gegen derartige Klischees und Rollenzuweisungen anging und ein gesamtgesellschaftliches Umdenken einforderte, liegt auf der Hand. In der Folge wurde eine interdisziplinär ausgerichtete Frauenforschung, die u.

a. die Gesundheit der Frau in all ihren Facetten in den Blick genommen hat, begründet. In jüngerer Zeit wurde schließlich die Frage diskutiert, ob nicht neben die Kategorie Frau eine Kategorie Mann zu stellen ist; denn auch die männliche Gesundheit müsse als ein eigenständiges Handlungsfeld betrachtet, mithin einer Neubewertung unterzogen werden.⁹⁹⁴

In vielen Ländern werden seit einigen Jahrzehnten konkrete Anstrengungen zur Angleichung der Lebensbedingungen von Männern und Frauen unternommen. Geschlechtsspezifische Unterschiede, die zuvor kaum wahrgenommen worden sind, rücken zunehmend in den Fokus. Einbezogen wird auch der große Komplex von Gesundheit und Krankheit. Denn Informationen über geschlechtsbedingte Gesundheitsrisiken können dazu beitragen, dass zielgruppengerecht bereits frühzeitig Prävention betrieben wird. Auf dem Feld der Diagnostik sind Fortschritte zu erwarten. Weiterhin können Erkenntnisse über geschlechtsabhängige Vulnerabilitäten die Therapie optimieren oder bei der Entwicklung neuer Therapieansätze herangezogen werden. Last but not least können diese Informationen in einem interdisziplinären Kontext bei der Beurteilung von Handlungsweisen Einzelner bis hin zu gesellschaftlichen Entwicklungen den wissenschaftlichen Erkenntnisprozess fördern.

Mit der Etablierung der historischen Frauenforschung in den 1970er Jahren gewannen Gender-Aspekte zunehmend an Aufmerksamkeit in der Geschichtswissenschaft. Insbesondere wurde die Frage nach den Zusammenhängen zwischen Geschlecht und Gesundheit aufgeworfen. Allerdings fokussierte man sich zunächst auf soziale Differenzierungen und ihre Auswirkungen auf Leben und Handeln von Frauen, bei denen es sich nicht selten um gesellschaftliche Außenseiterinnen handelte.⁹⁹⁵ Unter dem Einfluss der Historischen Anthropologie gewann schließlich der Aspekt der Körperlichkeit an Bedeutung. Das besondere Interesse galt den unterschiedlichen Facetten der Mutterschaft, es setzte ein bei der (vorehelichen) Sexualität und reichte über Schwan-

⁹⁹⁴ Exemplarisch für zwei Positionen zur Frage der Gesundheitsforschung von Frau und Mann vgl. HOLSTEIN (2002); SCHMERL (2002).

⁹⁹⁵ Literatur (in Auswahl): SHORTER (1984); DUDEN (1987); ULBRICHT (1990); BREIT (1991); DÜLMEN (1991); HONEGGER (1991); WUNDER (1992); STUKENBROCK (1993); DÜLMEN (1996); GLEIXNER (1996); LABOUVIE (2000); WISCHERMANN/HAAS (2000).

gerschaft und Geburt bis hin zum Kindsmord. In jüngerer Zeit wurde das Forschungsfeld der Geschlechtergeschichte erweitert und der Wechselbeziehung zwischen „Männlichkeit“ und Gesundheit nachgegangen.⁹⁹⁶

Im historischen Rückblick ist es generell schwierig, die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu rekonstruieren. Umso schwieriger wird dies, wenn in einem weiteren Schritt die Unterscheidung nach Geschlechtern vollzogen werden soll. Da der Gesundheitszustand von Männern und Frauen biogenetischen, psychischen und sozialen Bedingungen unterliegt,⁹⁹⁷ käme eine Vielzahl von Einflussfaktoren in Betracht. Ein naheliegendes Beispiel ist die Ernährung: Regionale Prägungen haben sich vielerorts bis in die Gegenwart erhalten und lassen sich mit recht genau rekonstruieren. Zugleich stellt sich die Frage nach geschlechtsspezifischen Ernährungsgewohnheiten. Das verbreitete Bild von Menschen, die sich um einen Topf versammeln, aus dem sich alle bedienen, hat nur bedingt Gültigkeit. In der Landwirtschaft⁹⁹⁸ spricht schon die praktizierte Arbeitsteilung⁹⁹⁹ dagegen. Die eigentliche Arbeitssphäre der Männer befand sich außerhalb der Hofanlage. War die saisonal bedingte Belastung hoch, werden in der Regel lediglich die erste und die letzte Mahlzeit des Tages gemeinsam eingenommen worden sein. Zudem machten die körperlich anstrengenden Tätigkeiten der Männer eine höhere Kalorienzufuhr erforderlich. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln sowohl saisonal als auch materiell eingeschränkt war. Überdies unterscheidet sich der männliche Organismus vom weiblichen hinsichtlich der physiologischen Verwertung der Nahrungsmittel.¹⁰⁰⁰

Geburten

Ein maßgeblicher geschlechtsspezifischer Unterschied manifestiert sich bereits im Mutterleib. Denn der Überschuss an männlichen Geburten ist ein globales Phänomen,

⁹⁹⁶ Vgl. DINGES (2007); DINGES/PFÜTSCH (2020).

⁹⁹⁷ Vgl. allg. DEGENHARD/THIELE (2002).

⁹⁹⁸ Als Folge der Ausbreitung der industriellen Produktionsweise seit dem 19. Jahrhundert wurde die gemeinsame Mahlzeit unter Teilnahme aller Familienmitglieder für viele Menschen ohnehin zur Ausnahme.

⁹⁹⁹ Ein weiteres Beispiel für geschlechtsbedingte gesundheitliche Folgen der Arbeitsteilung ist das erhöhte Risiko der Männer für Verletzungen wie Leistenbrüchen bis hin zu tödlichen Arbeitsunfällen; vgl. Kap. 3.7 u. 3.8.

¹⁰⁰⁰ Vgl. auch KLOTZ (2002), S. 253.

das als biologisches Grundgesetz gilt.¹⁰⁰¹ Die geringere Lebenserwartung der männlichen Individuen wird durch die Sexualproportion der Geburten ausgeglichen. Im statistischen Mittel beträgt die Relation ca. 105 Jungen zu 100 Mädchen.¹⁰⁰² Gleichwohl verhält sich dieser Wert niemals konstant, sondern „zeigt vielmehr räumliche Abweichungen, zeitliche Schwankungen und auch langfristige Entwicklungstendenzen.“¹⁰⁰³ In der Grafschaft Schaumburg sind zum Teil erhebliche Unterschiede zu beobachten (**Tab. 5**).

Tabelle 5

*Sexualproportionen und prozentuale Verteilung der Geburten*¹⁰⁰⁴

	1670-1749		1750-1819		1820-1869	
	m	w	m	w	m	w
Fischbeck	106,7	100	103,6	100	107,3	100
[n = 10.080]						
in %	51,6	48,4	50,9	49,1	51,8	48,2
Fuhlen		100	109,4	100	102,9	100
[n = 6.488]						
in %			52,2	47,8	50,7	49,3
Großenwieden	102,1	100	106,8	100	106,1	100
[n = 3.974]						
in %	50,5	49,5	51,6	48,4	51,5	48,5
Großnenndorf		100	104,9	100	110,9	100
[n = 6.616]						
in %			51,2	48,8	52,6	47,4
Grove (Rbg)	99,7	100	112,2	100	113,8	100
[n = 10.463]						
in %	49,9	50,1	52,9	47,1	53,2	46,8
INSGESAMT	102,7	100	107,4	100	108,5	100
in %	50,7	49,3	51,8	48,2	52,0	48,0

Deutlich wird dies in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg), die sich hinsichtlich der Anzahl an Datensätzen sowie ihrer Struktur ähneln. Während die Sexualproportion in allen drei Zeiträumen in Fischbeck relativ nahe beieinander liegt, weicht der

¹⁰⁰¹ Vgl. MACKENROTH (1953), S. 40-50.

¹⁰⁰² Bei der Berechnung der Sexualproportion werden die beiden „Ereignismassen“ aufeinander bezogen. Im Nenner [=100] stehen die Mädchen-, im Zähler die Jungengeburten.

¹⁰⁰³ MACKENROTH (1953), S. 41.

¹⁰⁰⁴ Unberücksichtigt blieben – wie in historisch-demographischen Untersuchungen üblich – die Fehl- und Totgeburten. Andernfalls wäre das Ungleichgewicht der Geschlechterrelation weitaus höher, da der Anteil männlicher Kinder bei den Fehl- und Totgeburten deutlich den der weiblichen übersteigt; vgl. Kap. 3.2; hierzu auch BURRI (1975), S. 54 u. 145.

erste Zeitraum in Grove (Rbg) deutlich von den nachfolgenden ab. Derartige Abweichungen zwischen einzelnen Gemeinden innerhalb eines Territoriums sind durchaus nicht ungewöhnlich.¹⁰⁰⁵ Je größer jedoch Zeiträume und Geburtenzahlen sind, desto stärker nähern sich die Werte der auch in historischer Perspektive als durchschnittlich ermittelten Sexualproportion von ca. 105 : 100 an. Auch im Kirchspiel Grove (Rbg): Die letzten beiden Zeiträume zusammengenommen ergeben einen Durchschnittswert von 113,0 Jungengeburten. Zählt man den ersten Zeitraum hinzu, sinkt dieser auf 108,6 (**Tab. 6**). Die ausgewählten schauburgischen Kirchspiele entsprechen jedoch in ihrer Gesamtheit mit 106,6 Jungengeburten relativ genau dem allgemeinen Durchschnittswert.

Tabelle 6

Sexualproportion der Geburten im langfristigen Vergleich

	männlich		weiblich
	1670 - 1869	1750 - 1869	
Fischbeck	105,7	105,3	100
Großenwieden	105,4	106,4	100
Grove (Rbg)	108,5	113,0	100
INSGESAMT	106,8	107,9	100

Die Frage, wodurch dieser biologische Effekt hervorgerufen wird, ließ sich bislang nicht zufriedenstellend beantworten. Ähnlich verhält es sich mit der Annahme, dass gerade im Zuge von Krisenzeiten überdurchschnittlich viele männliche Kinder geboren werden. Begründet wurde dies u. a. damit, dass sich die Verschlechterung der Ernährungslage auf die Beschaffenheit des Spermiums auswirke.¹⁰⁰⁶ Proteinmangel begünstige die leichteren Y-Spermien beim Eindringen in die Eihülle und führe zu mehr Knabengeburten. Eine neuere Studie, in deren Mittelpunkt eine Hungerkrise in China in den Jahren 1959 bis 1961 steht, hat wiederum einen auffälligen Anstieg an Mädchengeburten nachgewiesen.¹⁰⁰⁷ Erst mit Normalisierung der Ernährungslage wuchs die Zahl der Jungen überdurchschnittlich an. Nach einem anderen Erklärungsansatz

¹⁰⁰⁵ Vgl. MACKENROTH (1953), S. 41 f.; BURRI (1975), S. 54; ZSCHUNKE (1984), S. 148 u. 286; RÖDEL (1985), S. 167; KÖLLMANN (1986), S. 10; KLOKE (1997), S. 113; RETTINGER (2002), S. 226 f.; WENDLER (2008), S. 177 u. 227 f.

¹⁰⁰⁶ Vgl. DER SPIEGEL vom 27. August 1950, S. 33 f.; hierzu auch RETTINGER (2002), S. 227.

¹⁰⁰⁷ Vgl. allg. SONG (2012).

wirken sich insbesondere Hungerkrisen zu einem späteren Zeitpunkt auf das Embryonal- bzw. Fetenwachstum aus.¹⁰⁰⁸ Zudem scheint sich zum Zeitpunkt der Befruchtung die Sexualproportion noch die Waage zu halten. Eine ältere Erklärung geht von einem Einfluss des Lebensalters der biologischen Eltern auf das Geschlecht der Kinder aus: „Je jünger die Eltern, desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß ihr Kind männlich sein wird; je älter, desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß es weiblich ist.“¹⁰⁰⁹ Krisenphasen könnten das Heiratsverhalten beeinflussen. Unsichere Zeiten führten zunächst zu Verzögerungen. Ist die Mortalität angestiegen, könne nach Abklingen der Krise eine Absenkung des Heiratsalters eintreten. In diesem Fall seien die Eheleute zum Zeitpunkt der Konzeption tatsächlich jünger.

Nach einem neueren Ansatz gibt es Väter, die vorwiegend männliche Kinder zeugen und diese Eigenschaft vererben.¹⁰¹⁰ Weil Familien mit einem hohen Anteil an Söhnen im Fall verlustreicher Kriege¹⁰¹¹ weniger betroffen seien, nehme die Zahl männlicher Kinder vorübergehend stärker zu.

Diesem Ansatz soll am Beispiel der hessischen Exklave Grafschaft Schaumburg nachgegangen werden. Denn deren Bevölkerungsentwicklung ist durch die Verstrickungen der Landgrafschaft Hessen-Kassel in die Konflikte des 18. und 19. Jahrhunderts geprägt worden. Namentlich sind dies der Siebenjährige Krieg, der Amerikanische Unabhängigkeitskrieg und das Subsidiensystem sowie die Kriege nach dem Ausbruch der Französischen Revolution (siehe Kap. 2.1.1 u. 2.1.2). Überdies folgte unmittelbar auf die napoleonische Phase schließlich das sogenannte „Jahr ohne Sommer“, als globale Missernten eine allgemeine Teuerung nach sich zogen. Insofern gab es innerhalb des Untersuchungszeitraums in Schaumburg zumindest drei Zeiträume, die eine deutliche Verschiebung der Sexualproportion der Geburten zugunsten der männlichen Kinder hervorgerufen haben könnten. Für einen Vergleich wurden die Sexualproportionen der Geburten in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen sowohl in den Kriegs- bzw. Krisenperioden selbst als auch jeweils 6 Jahre davor und 12 Jahre danach im Drei-

¹⁰⁰⁸ Vgl. ORZACK et al. (2014), S. 2103 f.; AUSTAD (2015).

¹⁰⁰⁹ BORNEMANN (1985), S. 114.

¹⁰¹⁰ Vgl. GELLATLY (2010), S. 40-42, dessen Untersuchung auf der Analyse von Stammbäumen europäischer und nordamerikanischer Familien fußt.

¹⁰¹¹ Im Mittelpunkt der Untersuchung von GELLATLY (2010) stehen die beiden Weltkriege.

Jahres-Schnitt ermittelt (**Tab. 7**): Die Phase nach dem Ende des Siebenjährigen Krieges sowie den Napoleonischen Kriegen entspricht tatsächlich der Beobachtung, dass nach Kriegen die Rate der männlichen Kinder signifikant ansteigt.¹⁰¹² Während der Kriege gab es zudem Phasen, in denen überdurchschnittlich viele Mädchen geboren worden sind (1762–63; 1776–78; 1811–13). Daneben finden sich Jahre, in denen die Geburten von Jungen teilweise deutlich überwogen (1759–61; 1779–81). Dies gilt auch für Jahre, die zeitlich relativ weit von den Kriegsjahren entfernt liegen (1802–04; 1823–25).

Tabelle 7
Geburten – Sexualproportionen und Kriegsphasen

Siebenjähriger Krieg (1756 - 1763)								
1750 -	1753 -	1756 -	1759 -	1762 -	1764 -	1767 -	1770 -	1773 -
1752	1755	1758	1761	1763	1766	1769	1772	1775
102,6	106,4	102,5	125,8	96,0	119,6	104,5	100,3	101,4
Amerikanischer Unabhängigkeitskrieg (1776 - 1783)								
1770 -	1773 -	1776 -	1779 -	1782 -	1784 -	1787 -	1790 -	1793 -
1772	1775	1778	1781	1783	1786	1789	1792	1795
100,3	101,4	97,2	113,1	103,6	101,2	104,6	109,1	104,7
Napoleonische Kriege / Jahr ohne Sommer (1808 - 1815 / 1816)								
1802 -	1805 -	1808 -	1811 -	1814 -	1817 -	1820 -	1823 -	1826 -
1804	1807	1810	1813	1816	1819	1822	1825	1828
119,1	99,2	121,9	99,5	117,7	111,6	107,2	122,3	99,0

Alles in allem ist das Ergebnis nicht eindeutig. Dies kann verschiedene Ursachen haben. Zunächst kommt die eher geringe Anzahl an Geburten in Betracht. Auch lassen sich die Bevölkerungsverluste der berücksichtigten Kriegsphasen nicht mit denen der beiden Weltkriege vergleichen. Und schließlich spielt die soziale Herkunft der Männer, die zum Militärdienst herangezogen worden sind, hier hinein. Für die einheimischen Rekruten, die zur Erfüllung der Subsidienvträge ausgehoben worden sind, galt das Gebot der Abkömmlichkeit.¹⁰¹³ Sie sollten möglichst weder über Landbesitz noch Vermögen verfügen und keinem festen Beruf nachgehen. Viele Soldaten hatten zum

¹⁰¹² Lediglich der Erste Koalitionskrieg weicht davon ab. RETTINGER (1989), S. 208, dagegen hat für die Jahre 1794/95 ein Verhältnis von 122 Jungen zu 100 Mädchen im Oberamt Alzey festgestellt.

¹⁰¹³ Vgl. MURK (2014), S. 225 f.; hierzu auch HUCK (2011), S. 113-118.

Zeitpunkt ihrer Rekrutierung nur geringe Perspektiven in Hinblick auf eine Familien-
gründung. Ihr Weggang dürfte sich auf die Entwicklung der Geburtenrate nur gering-
fügig ausgewirkt haben.

Der Annahme, dass sich Kriegsphasen auf die Sexualproportion der Geburten auswir-
ken, lässt sich auf Grundlage der schauburgischen Ergebnisse nur sehr bedingt folgen.
Die beobachteten kurzfristigen Schwankungen könnten durchaus zufällig erfolgt
sein.¹⁰¹⁴ Dies gilt auch für die Jahre, in denen die Geburtenrate der Mädchen über der
der Jungen liegt. Innerhalb kürzerer Perioden sind extreme Schwankungen nicht un-
gewöhnlich.¹⁰¹⁵ Für Schaumburg ergibt sich bereits im Zehn-Jahres-Schnitt ein gegen-
läufiger Trend (**Abb. 24**). Tendenziell wurden auch in Schaumburg mehr Jungen als
Mädchen geboren. Auffallend ist, dass die Werte im 19. Jahrhundert fast überwiegend
über dem Durchschnittswert von rund 106 Jungengeburten liegen. Demgegenüber
steht ein nur geringfügiger Überhang an Jungen in den 1770er und 1780er Jahren, was
erstaunlich ist. Denn gerade dieser Zeitraum berührt eine Phase mehrerer kriegerischer
Ereignisse sowie eine Teuerung, als deren Folge eher ein Rückgang der Mädchenge-
burten zu erwarten gewesen wäre.

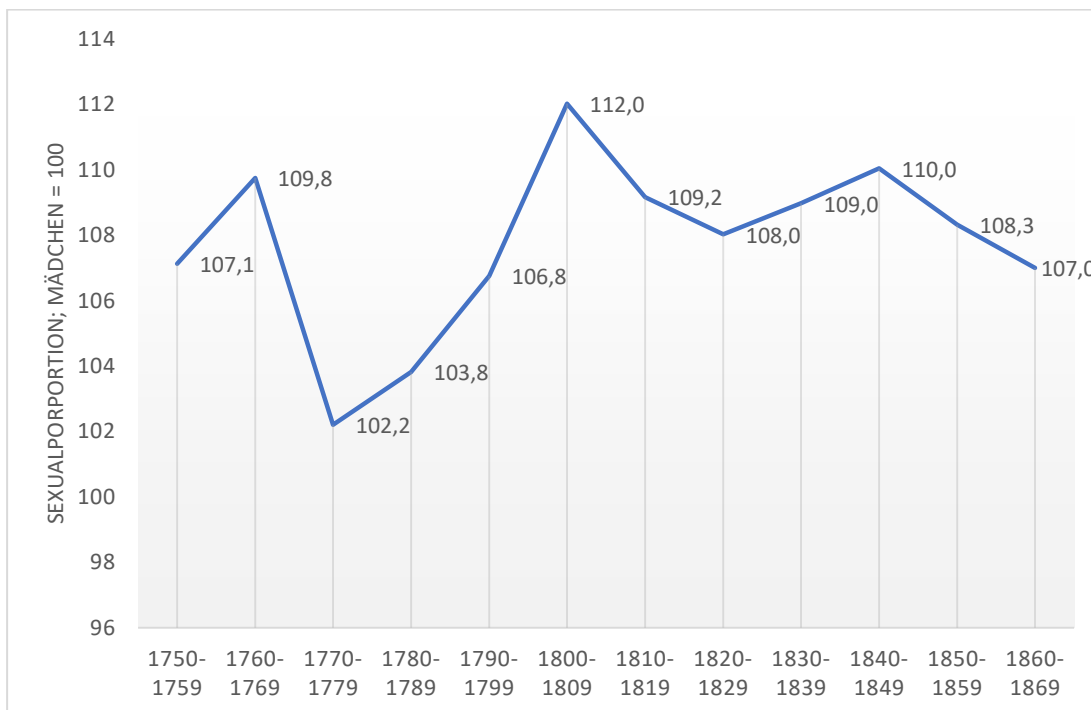


Abb. 24: Geburten und Sexualproportionen (Mädchen = 100) in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zehn-Jahres-Schnitt (1750–1869; N = 30.613)

¹⁰¹⁴ Vgl. auch WENDLER (2008), S. 177.

¹⁰¹⁵ Vgl. BURRI (1975), S. 54.

Als Ergebnis bleibt festzuhalten, dass Veränderungen der Sexualproportion durch eine Vielzahl an Einflussfaktoren hervorgerufen werden können – und wohl auch keine der Theorien allein deren Komplexität erfasst. Ähnliches wird auch im Bericht der bundesdeutschen Strahlenschutzkommission hervorgehoben, die sich im Jahre 2014 mit dieser Thematik beschäftigt hat. Sie kommt zu dem Schluss: „Am ehesten scheint plausibel zu sein, dass in Not- und Kriegszeiten das Geschlechtsverhältnis der Lebendgeborenen zugunsten des Anteils an Knabengeburten erhöht ist. Woran das liegen mag, muss als ungeklärt betrachtet werden.“¹⁰¹⁶

Sterbefälle

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht nur für Geburten, sondern auch für „Morbidity, Letalität und Lebenserwartung“¹⁰¹⁷ bezeichnend. Ein Mädchen, das in den ersten beiden Jahrzehnten des 21. Jahrhunderts in der Bundesrepublik Deutschland zur Welt kam, wird statistisch gesehen rund 5 Jahre älter als ein Junge.¹⁰¹⁸ Ebenso wie bei der Natalität sind die Ursachen für die geschlechtsspezifischen Mortalitätsunterschiede in ihrer Gänze nicht geklärt. Vermutet wird „ein komplexes Zusammenwirken von vielfältigen Komponenten.“¹⁰¹⁹ Darunter fallen verhaltensbedingte Besonderheiten. So wurde in den 1960er Jahren festgestellt, dass sich trotz der zunehmenden durchschnittlichen Lebenserwartung in den westlichen Industrienationen die diesbezügliche Lücke zwischen den Geschlechtern nicht schließt.¹⁰²⁰ Eine Hauptursache hierfür ergibt sich beispielsweise nach wie vor aus dem bei Männern erhöhten Alkohol- und Nikotinkonsum sowie ihrem Ernährungsverhalten, was zur Beeinträchtigung der Verdauungsorgane und des metabolischen Systems führen sowie die Entstehung von Karzinomen begünstigen kann.¹⁰²¹ Schwächer ausgeprägt ist ihr Risikobewusstsein, das dazu führt, dass männliche Kinder und Jugendliche eher tödliche Unfälle erleiden (vgl. Kap. 3.7.1). Daneben besteht eine vergleichsweise hohe Suizidneigung, wobei auch die Zahl der vollendeten Suizide signifikant über der der Frauen liegt.¹⁰²²

¹⁰¹⁶ STRAHLENSCHUTZKOMMISSION (2014), S. 30.

¹⁰¹⁷ KLOTZ (2002), S. 241.

¹⁰¹⁸ Vgl. RKI (2020), S. 25 f. sowie allg. STATISTISCHES BUNDESAMT [www.destatis.de].

¹⁰¹⁹ RKI (2014), S. 14.

¹⁰²⁰ Vgl. KLOTZ (2002), S. 241.

¹⁰²¹ Vgl. KLOTZ (1998), passim; LUY (2002), S. 10 f.; RKI (2005a), S. 41-48; RKI (2014), S. 16 f.; RKI (2020), S. 106-110 u. 115-118.

¹⁰²² Vgl. RKI (2005a), S. 65-70; hierzu auch Kap. 3.7.2.

Männer neigen dazu, Krankheitsprävention zu vernachlässigen und selbst beim Auftreten akuter gesundheitlicher Probleme eine ärztliche Konsultation hinauszuzögern; Frauen nehmen früher und häufiger medizinische Hilfe in Anspruch.¹⁰²³ Ein weiterer Faktor ist die soziale Schichtzugehörigkeit. In den unteren sozialen Schichten ist der Unterschied zwischen der Lebenserwartung von Männern und Frauen stärker ausgeprägt als in den oberen, was ein noch geringeres Gesundheitsbewusstsein indiziert.¹⁰²⁴

Entstehung und Ausprägung bestimmter Verhaltensweisen sind stets auch Ausdruck der Gesellschaftsform, in der ein Individuum aufwächst. So klaffen die Abstände zwischen den Lebenserwartungen von Männern und Frauen in industriell weniger entwickelten Ländern im ausgehenden 20. Jahrhundert nicht so weit auseinander wie in den Industrienationen.¹⁰²⁵ Indische Frauen wurden durchschnittlich 0,3 Jahre älter als indische Männer (1986). In Ägypten betrug der Abstand 3,5 Jahre, in den USA 6,9 Jahre (jeweils 1991). Die Frage beispielsweise, ob das erhöhte männliche Risikobewusstsein eine erworbene oder eine genetisch bedingte Verhaltensweise ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten.¹⁰²⁶ Dass biologisch-konstitutionelle Ursachen grundsätzlich eine Rolle spielen, belegt die Tatsache, dass die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede bereits pränatal bestehen. Für die Phase ab dem siebten Schwangerschaftsmonat gilt eine Übersterblichkeit männlicher Föten als gesichert. Dieser Trend setzt sich neonatal, also im ersten Monat nach der Geburt, fort. Im Allgemeinen wird die Annahme vertreten, dass sich die Resistenz der weiblichen Föten auf das zusätzliche X-Chromosom stützt. Nach einem anderen Erklärungsansatz wird diese Erscheinung durch hormonelle Einflüsse hervorgerufen.¹⁰²⁷ Durchbrochen wird der Trend bereits in der post-neonatalen Periode (2.–11. Monat), die folgenden Jahre sind durch mehr Variabilität geprägt, doch: „Wo die Sterblichkeit der Mädchen höher ist als die der Jungen, scheint eine der zentralen Ursachen die geschlechtliche Diskriminierung zu sein, die zu einer unzureichenden Ernährung und Gesundheitsversorgung der Mädchen führt.“¹⁰²⁸

¹⁰²³ Vgl. LUY (2002), S. 10 f.

¹⁰²⁴ Vgl. EBD., S. 14 f.

¹⁰²⁵ Vgl. KLOTZ (1998), S. 12-14.

¹⁰²⁶ Im Folgenden vgl. LUY (2002), S. 16 f.; WALDRON (2002), S. 159-162; RKI (2011), S. 15.

¹⁰²⁷ Vgl. LUY (2002), S. 17 f.

¹⁰²⁸ Vgl. WALDRON (2002), S. 159.

Die Übersterblichkeit männlicher Kinder und Jugendlicher in der Vergangenheit ist im europäischen Raum eine demographische Konstante.¹⁰²⁹ Obwohl deutlich mehr männliche Kinder geboren wurden, bestand daher zu Beginn der Heiratsfähigkeit Frauenüberschuss.¹⁰³⁰ Wegen ihrer tendenziell erhöhten Sterblichkeit in „geschlossenen Gesellschaften“ sank der Anteil der Frauen dann im 3. und 4. Lebensjahrzehnt.¹⁰³¹ Eine Ausnahme davon bildeten lediglich größere Städte, in die aufgrund des Bedarfs an Dienstpersonal eine verstärkte Zuwanderung von Frauen erfolgte.¹⁰³² Das Phänomen der männlichen Übersterblichkeit war schon den Zeitgenossen bekannt. Der wissenschaftliche Beweis wurde im Jahre 1746 durch den Franzosen Antoine Deparcieux mit Hilfe entsprechender Sterbetafeln erbracht.¹⁰³³ In seiner stärksten Ausprägung findet sich dieses Phänomen in der Gruppe der Säuglinge. Die Übersterblichkeit männlicher Säuglinge konnte so hoch ausfallen, dass ihr erhöhter Geburtenanteil bereits in einer frühen Lebensphase eine Nivellierung erfuhr.¹⁰³⁴ In den ersten Wochen nach der Geburt starben besonders viele männliche Säuglinge.

Dieser Befund lässt sich auch für Schaumburg bestätigen (**Tab. 8**): Die verstorbenen Säuglinge wurden, je nachdem, ob sie im 1., 2., 3. oder 4. Lebensvierteljahr verstorben sind, einer von vier Altersgruppen zugeordnet. Unabhängig vom Zeitraum ist allen Altersgruppen gemeinsam, dass der Anteil der männlichen Säuglinge stets über dem der weiblichen liegt. In den beiden jüngeren Zeiträumen ist der Anteil derer, die innerhalb der ersten 3 Monate verstorben sind, jeweils am höchsten. 1820–69 geht der Anteil verstorbenen Jungen sogar kontinuierlich zurück. Nur der Zeitraum 1670–1749 weicht mit 136,2 : 100 im 4. Vierteljahr von der Beobachtung einer höchsten Vulnerabilität männlicher Säuglinge in der allerfrühesten Lebensphase ab.

¹⁰²⁹ Vgl. BURRI (1975), S. 145 u. 150 f.; HINRICHS/NORDEN (1980), S. 64; IMHOF (1981a), S. 144 f.; GEHRMANN (1984), S. 92, 97-99 u. 135; NORDEN (1984), S. 53 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 145 f., 162 f. u. 187-189; KOHL (1985), S. 130; BEGEMANN (1990), S. 91 f. u. 98 f.; SCHLUMBOHM (1994), S. 159; KLOKE (1997), S. 112; RETTINGER (2002), S. 226 u. 286-288; WENDLER (2008), S. 224-228.

¹⁰³⁰ Vgl. BURRI (1975), S. 101-104; PFISTER (1994), S. 97; WENDLER (2008), S. 227 f.

¹⁰³¹ Vgl. BURRI (1975), S. 42 f.

¹⁰³² Vgl. HINZ (1965), S. 75; ARNOLD, DIETER (1966), S. 66-68; MOMMSEN (1969), S. 102-104; BURRI (1975), S. 42-45; ZSCHUNKE (1984), S. 145 f.

¹⁰³³ Vgl. LUY (2002), S. 1.

¹⁰³⁴ Vgl. BURRI (1975), S. 145; ZSCHUNKE (1984), S. 163.

Tabelle 8

*Geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr in Schaumburg (17.–19. Jahrhundert)*¹⁰³⁵

	1670-1749 [n = 800]		1750-1819 [n = 4.785]		1820-1869 [n = 4.309]	
	m	w	m	w	m	w
1. Vierteljahr	124,5	100	137,1	100	138,5	100
in %	55,5	44,5	57,8	42,2	58,1	41,9
2. Vierteljahr	103,3	100	111,2	100	123,7	100
in %	50,8	49,2	52,7	47,3	55,3	44,7
3. Vierteljahr	125,5	100	103,6	100	120,1	100
in %	55,7	44,3	50,9	49,1	54,6	45,4
4. Vierteljahr	136,2	100	120,5	100	118,6	100
in %	57,7	42,3	54,7	45,3	54,3	45,7

Örtliche Trendabweichungen sind sowohl bei den Geburten als auch den Sterbefällen nicht selten.¹⁰³⁶ So kann sich bereits in der Gruppe der Säuglinge eine Übersterblichkeit weiblicher Individuen ergeben. Ein Vergleich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit der Säuglinge in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) verdeutlicht dies (**Abb. 25**): Trennt man die beiden Kirchspiele, verhalten sich die Relationen teilweise gegenläufig zueinander. Während in Fischbeck 60 % (150 : 100; n = 55) der Kinder, die innerhalb des zweiten Viertels ihres 1. Lebensjahres verstarben, männlichen Geschlechts sind, überwiegen in Grove (Rbg) in dieser Phase die weiblichen Säuglinge mit 53,1 % (88,2 : 100; n = 128). Entsprechend verhält es sich mit den Verstorbenen im 4. Vierteljahr. Der Anteil an verstorbenen Jungen beträgt im Kirchspiel Fischbeck 65,9 % [193,1 : 100; n = 85], während er in Grove (Rbg) mit 48,7 % [95 : 100; n = 78] weiterhin unter dem der Mädchen liegt. Nimmt man jedoch beide Kirchspiele zusammen, überwiegen in jeder der vier Altersgruppen die männlichen Individuen (**Tab. 8**). Der Trend der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit bildet sich also erst mit Vergrößerung des Datenbestandes ab.¹⁰³⁷

¹⁰³⁵ Für den Zeitraum 1670–1749 wurden die Daten aus den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) herangezogen. Die Anzahl der Datensätze für das Kirchspiel Fischbeck ist relativ gering, da weniger Kinder einer der vier Altersgruppen zugeordnet werden können.

¹⁰³⁶ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 135 f.; BEGEMANN (1990), S. 91.

¹⁰³⁷ Die Relation aller Säuglinge, die innerhalb ihres 1. Lebensjahres in diesen beiden Kirchspielen im Zeitraum 1670–1749 verstorben sind, beträgt 54,9 % männliche und 45,1 % weibliche Individuen [121,6 : 100; n = 800].

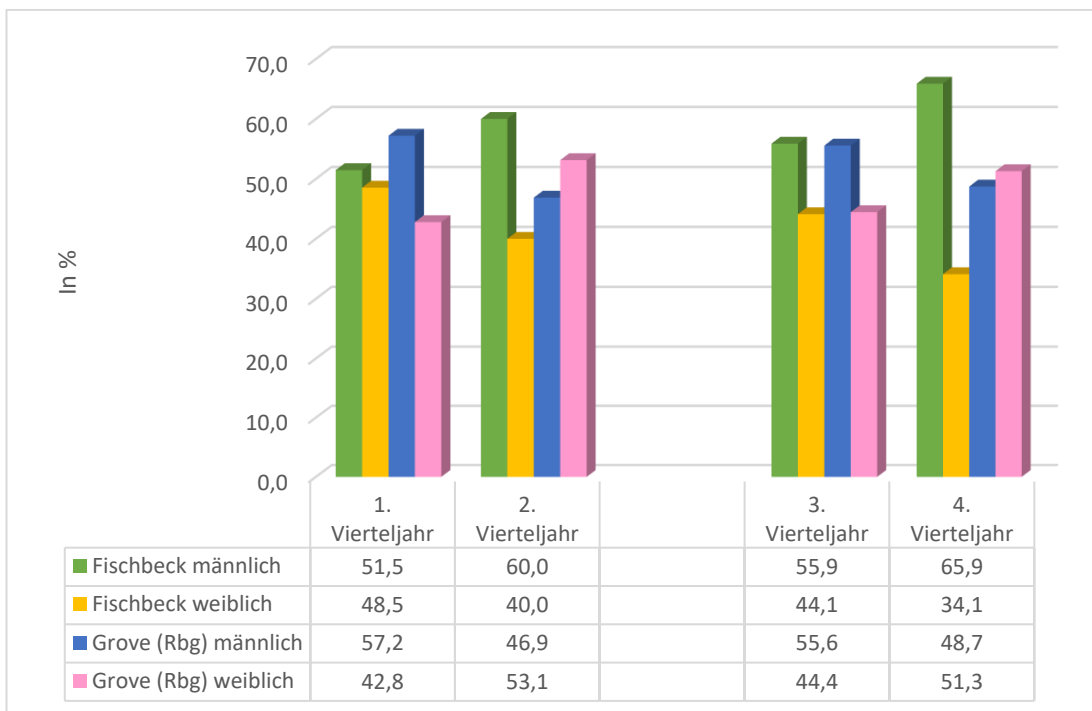


Abb. 25: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit im 1. Lebensjahr im Vergleich der Kirchspiele Fischbeck [n = 277] und Grove (Rbg) [n = 523] (1670–1749) in Prozent

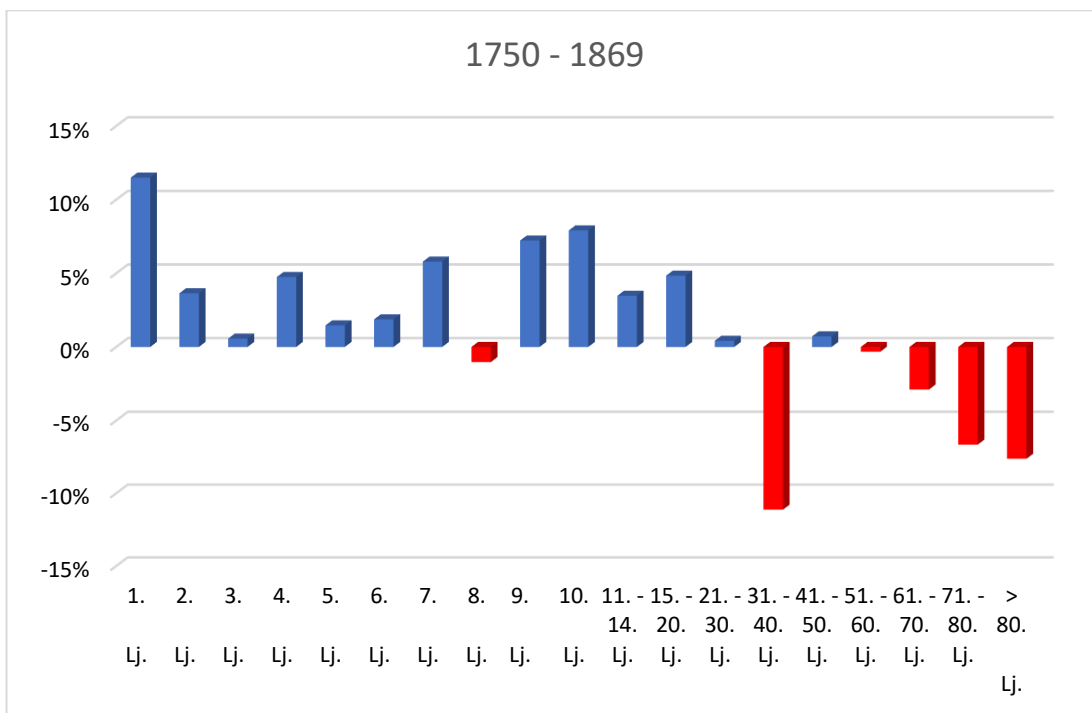


Abb. 26: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Altersgruppen (Gft. SHG; 1750–1869; N = 53.425) – Differenzen in Prozent (männlich = blau; weiblich = rot)¹⁰³⁸

¹⁰³⁸ Die Fehl- und Totgeburten wurden auch bei der Ermittlung der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit nicht berücksichtigt.

Das Phänomen der Übersterblichkeit männlicher Kinder und Jugendlicher ist auch in Schaumburg zu beobachten (**Abb. 26**): Am stärksten ausgeprägt ist dies im 1. Lebensjahr. Der männliche Anteil ist mit 11,5 % deutlich erhöht, geht aber bereits im 2. Lebensjahr zurück. Im 3. Lebensjahr starben fast genauso viele Jungen wie Mädchen. Die Kindheitsphase weist keine einheitliche Tendenz auf, im 8. Lebensjahr überwiegen sogar die verstorbenen weiblichen Individuen. Schaumburg gehört nicht zu den Regionen, in denen es bereits in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter zu einer Trendwende kam. Erst im 4. Lebensjahrzehnt liegt der Anteil der verstorbenen Frauen – mit 11,1 % zudem recht deutlich – über dem der Männer, in der Phase des fortgeschrittenen Alters dann durchgehend.

In historisch-demographischen Untersuchungen werden die abweichenden Geschlechtsrelationen bei der Kindermortalität immer wieder mit einer gezielten Vernachlässigung begründet. Diese Behauptung lässt sich für Schaumburg nicht bestätigen (vgl. Kap. 3.3); die Ursachen dürften vielmehr unter biologisch-konstitutionellen Faktoren zu suchen sein.¹⁰³⁹ Die erhöhte Vulnerabilität eines Geschlechts gegenüber einzelnen Krankheiten würde sich damit in Übersterblichkeiten äußern. Indizien für diese Annahme liefert bereits ein Vergleich der Zeiträume 1750–1819 (**Abb. 27**) und 1820–69 (**Abb. 28**): Auffällige Gemeinsamkeiten bilden in den beiden Zeiträumen die Übersterblichkeit unter männlichen Säuglingen und älteren Frauen. Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit in den dazwischen liegenden Altersgruppen hat sich überwiegend umgekehrt. So herrscht im älteren Zeitraum während des gesamten Juvenilstadiums eine Übersterblichkeit der männlichen, in der Adoleszenz der weiblichen Individuen vor. Auffallend sind zudem die Werte der älteren Kinder und der Jugendlichen. Der Anteil der im 9. Lebensjahr verstorbenen Jungen übersteigt 1750–1819 den der männlichen Säuglinge. Der jüngere Zeitraum bildet keine Trends ab. Der Anteil der Mädchen liegt zumeist, aber nicht durchgehend über dem der Jungen. Hier fällt auf, dass ihre Übersterblichkeit im 3. und 8. Lebensjahr 1820–69 besonders ausgeprägt ist. Zudem hat sich das Verhältnis im 3. Lebensjahrzehnt umgekehrt. Im älteren Zeitraum starben mehr Frauen aus dieser Altersgruppe, im jüngeren Zeitraum mehr Männer.

¹⁰³⁹ Vgl. auch GEHRMANN (1984), S. 135; SCHLUMBOHM (1994), S. 159; KLOKE (1997), S. 120 f.

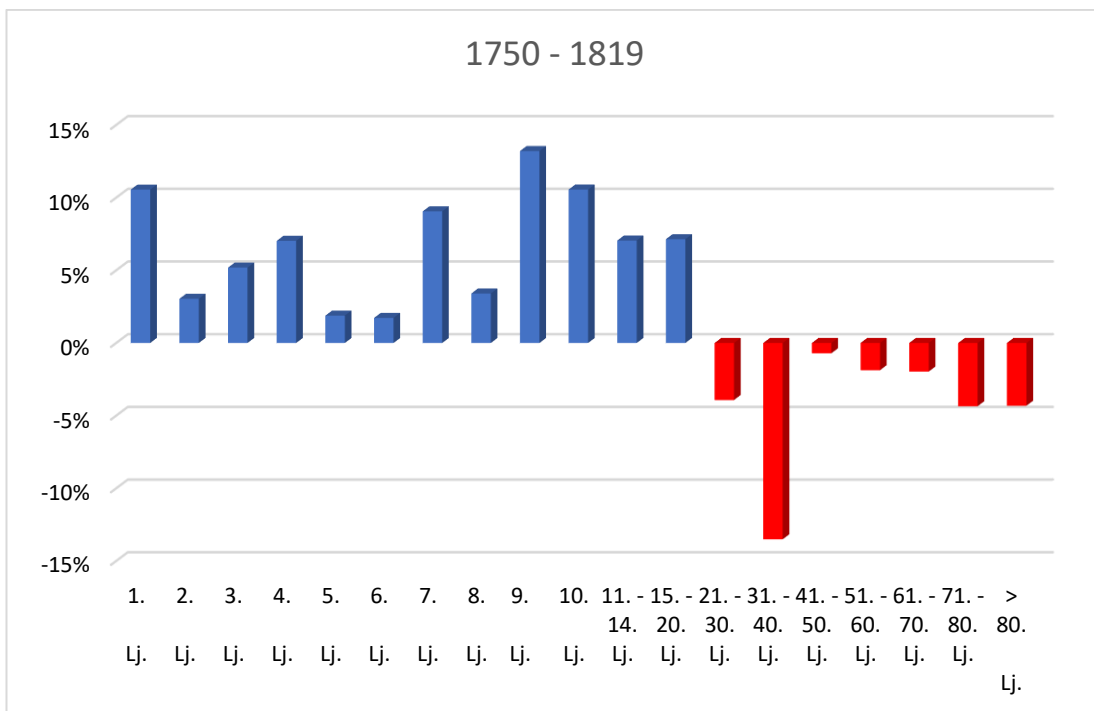


Abb. 27: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Altersgruppen (Gft. SHG; 1750–1819; n = 30.082) – Differenzen in Prozent (männlich = blau; weiblich = rot)

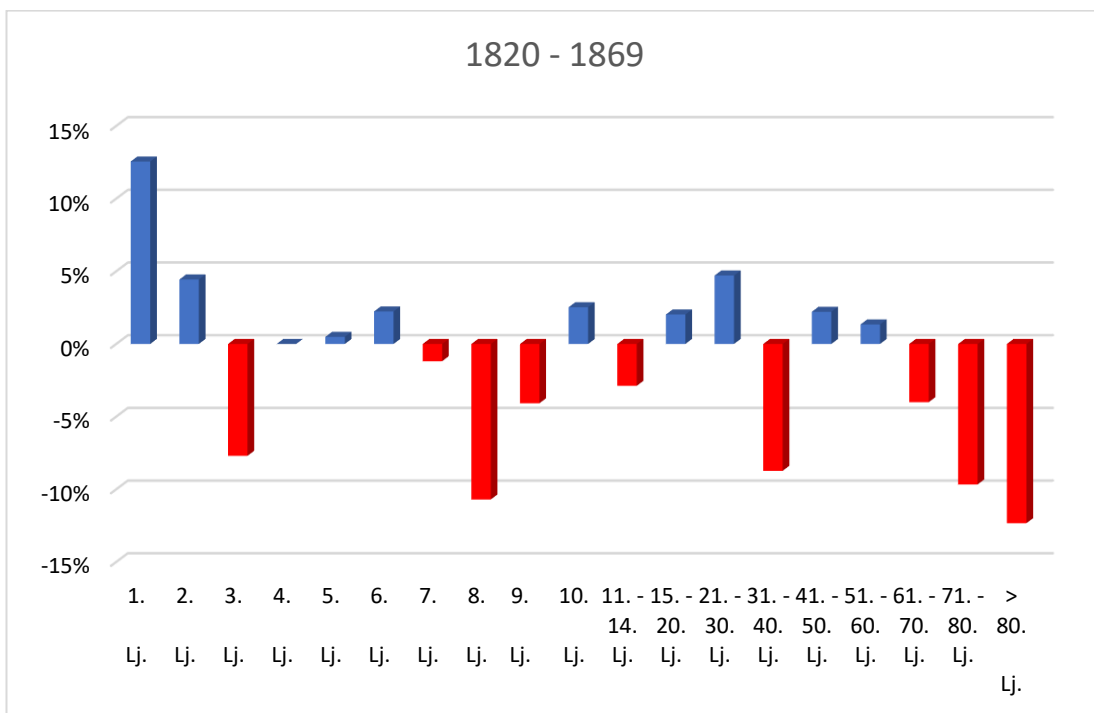


Abb. 28: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Altersgruppen (Gft. SHG; 1820–69; n = 23.343) – Differenzen in Prozent (männlich = blau; weiblich = rot)

Dass es sich bei diesen Veränderungen um einen Zufallsbefund handelt, ist in Anbetracht der großen Zahl an Datensätzen unwahrscheinlich. Die geschlechtsspezifische

Verteilung der Geburten¹⁰⁴⁰ ist mit 51,8 % männlichen Individuen 1750–1819 (107,4 : 100; n = 15.592) und 52,0 % männlichen Individuen 1820–69 (108,5 : 100; n = 15.006) nahezu unverändert geblieben. Anzunehmen ist daher, dass die Mortalitätsunterschiede in Verbindung mit einer Veränderung der gesundheitlichen Lage der schauburgischen Bevölkerung im 19. Jahrhundert stehen. Dafür spricht, dass die geschlechtsspezifische durchschnittliche Lebenserwartung auch im europäischen Raum durch Variationen geprägt war. Beispielsweise lag die Lebenserwartung der Männer in Irland bis in die 1920er Jahre über der der Frauen.¹⁰⁴¹

Die Vulnerabilität für gesundheitliche Beeinträchtigungen kann sowohl durch Alter als auch Geschlecht erhöht werden. Der gesellschaftliche Bezugsrahmen kann das Auftreten bestimmter Krankheiten maßgeblich begünstigen oder hemmen und damit die Geschlechterrelation beeinflussen. Die zum Teil erheblichen Abweichungen der Anteile der Altersgruppen im geschlechtsspezifischen Vergleich der Zeiträume 1750–1819 und 1820–69 in der Grafschaft Schaumburg indizieren, dass im 19. Jahrhundert ehemals dominante Krankheiten mit hohen Sterberaten verschwunden oder in den Hintergrund gedrängt worden sind. Bei der Suche nach den Ursachen ist zu beachten, dass aufgrund der Vielzahl „potentieller Faktoren (...), die auf den unterschiedlichen Stufen von der Partnerwahl über die Zeugung bis zur Geburt das Geschlechtsverhältnis beeinflussen können (...), grob simplifizierende Erklärungsmuster nicht ausreichen.“¹⁰⁴² Die medizinische Forschung steht hier noch am Anfang, doch sind für die Zukunft weiterführende Erkenntnisse zu erwarten. Die historische Forschung nimmt Gender-Aspekte mittlerweile stärker in den Blick und wird sicherlich auch davon profitieren. Im Rahmen einer Analyse von Todesursachen sollten geschlechtsspezifische Unterschiede stets berücksichtigt werden, weil zu erwarten ist, dass sie als ein Kriterium zur Bestimmung einzelner Krankheiten beitragen.

¹⁰⁴⁰ Die Geburten wurden nur für die o. a. sechs Kirchspiele ausgezählt.

¹⁰⁴¹ Vgl. LUY (2002), S. 6.

¹⁰⁴² STRAHLENSCHUTZKOMMISSION (2014), S. 6.

2.3.4 Saisonale Verteilung

a. Natalität und Nuptialität

Im Jahre 2015 erschien in den USA eine medizinische Studie, die Kausalität zwischen dem Geburtsmonat und der Vulnerabilität für bestimmte Krankheiten nahelegt.¹⁰⁴³ Die Forschungsgruppe analysierte Daten von mehr als 1,7 Millionen Menschen, die in den Jahren 1900 bis 2000 geboren und zwischen 1985 und 2013 in New Yorker Krankenhäusern behandelt wurden. Dabei stellte sich heraus, dass unter denjenigen, deren Geburtsdatum in den Übergang vom Herbst zum Winter fällt, ein erhöhtes Risiko für eine Reihe von Krankheiten besteht. Insbesondere befand sich dieser Personenkreis überdurchschnittlich oft wegen Atemwegserkrankungen in Behandlung. Unter den März- und April-Geborenen wurde eine Disposition für Erkrankungen des Herzens festgestellt. Als recht günstig erwies sich die Phase vom ausgehenden Frühling bis zum Hochsommer. Dass saisonale Veränderungen den Gesundheitszustand beeinflussen können, ist bekannt. Viele Menschen klagen über Wetterfühligkeit. Dabei handelt es sich um ein weitverbreitetes Phänomen, das nicht nur Unwohlsein und Stimmungsschwankungen begünstigt. Bestimmte Wetterlagen verstärken bei Betroffenen Asth-mabeschwerden, rasche Temperaturwechsel können Migräneanfälle auslösen. Die Ursachen sind zum Teil so gut erforscht, dass sich die jeweiligen klimatischen Einflüsse plausibel erklären lassen.

Bereits Süßmilch hat die Wirkung der saisonalen Bedingungen auf die vitalen Äuße-rungen hervorgehoben.¹⁰⁴⁴ Die jahrtausendealte Anbindung des agrargesellschaftli-chen Arbeitsalltags an die Jahreszeiten begann sich zwar mit der Industrialisierung zu lockern, dennoch hielt sich bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts eine ausgeprägte Sai-sonalität.¹⁰⁴⁵ Dies betrifft sowohl Gesundheit bzw. Mortalität als auch Nuptialität und Natalität. Abgesehen davon, dass heiratswillige Paare in der Lage sein mussten, einen eigenen Haushalt zu gründen,¹⁰⁴⁶ unterlagen sie bei der Wahl des konkreten Zeitpunkts der Eheschließung den praktischen Erfordernissen des Arbeitsalltags. Die monatliche

¹⁰⁴³ Vgl. TATONETTI (2015).

¹⁰⁴⁴ Vgl. SÜBMILCH (1765), passim.

¹⁰⁴⁵ Vgl. DINKEL/KOHL (2006), S. 164; HINRICHS/NORDEN (1980), S. 66.

¹⁰⁴⁶ Diese in weiten Teilen Europas bis in die Neuzeit hinein bestehende ökonomische Bestimmung wurde von John Hajnal als "European Marriage Pattern" bezeichnet; vgl. HAJNAL (1965).

Verteilung der Eheschließungen in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) spiegelt den vorindustriellen Arbeitsrhythmus deutlich wider (**Abb. 29**): In der arbeitsintensiven Phase zwischen Frühjahr und Spätsommer wurden weniger Ehen geschlossen als im Übergang vom Herbst zum Winter. Wenngleich sich die Unterschiede zwischen dem 17. und 19. Jahrhundert tendenziell abschwächen, bleibt das charakteristische Muster erhalten. Favorisierte Heiratsmonate waren Oktober und November.

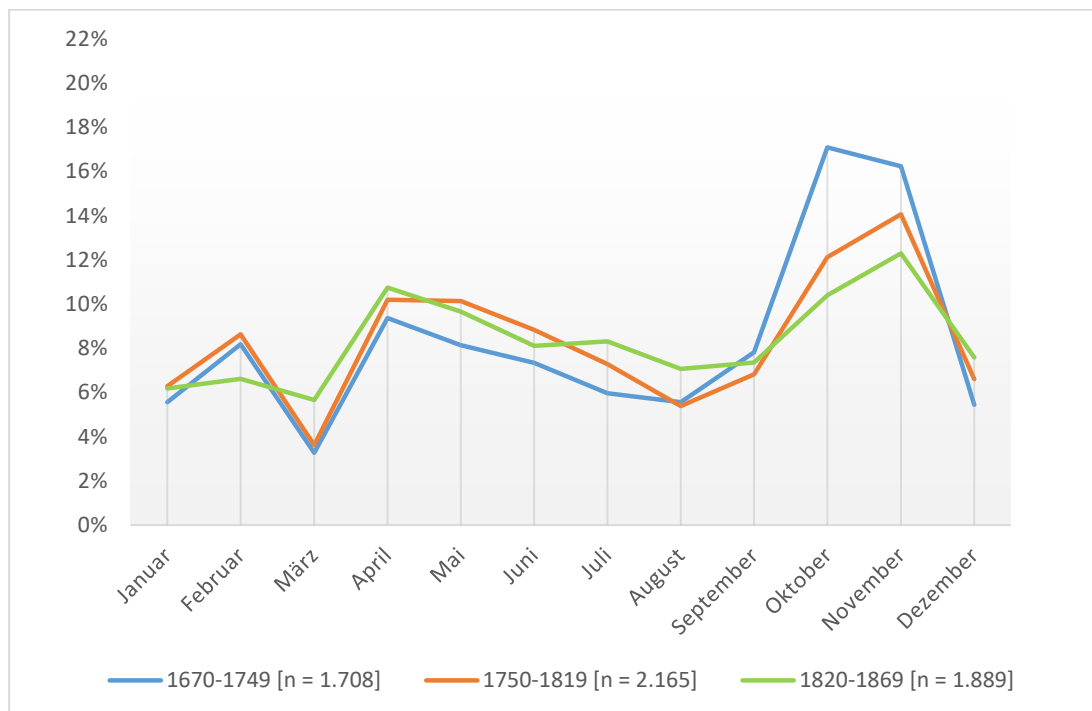


Abb. 29: Monatliche Verteilung der Eheschließungen in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) in unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

In dieser Phase war nicht nur die Feldbestellung weitgehend abgeschlossen, sondern auch die Ernährungslage am günstigsten, in Hinblick auf die Bewirtung der Gäste ein wichtiger Faktor. Da der Stallfütterung bis ins 19. Jahrhundert hinein enge Grenzen gesetzt waren, hatte sich der Übergang vom Herbst zum Winter als traditionelle Schlachtezeit herausgebildet. Erst die Ausbreitung wichtiger Futterpflanzen wie Luzernen bzw. Klee und Lupinen, die im Wechsel mit Halmfrüchten angebaut wurden, erweiterte die Möglichkeiten der Stallfütterung.¹⁰⁴⁷ Weil dadurch die Notwendigkeit, einen Teil des Viehs vor Einbruch des Winters zu schlachten, abnahm, sank in

¹⁰⁴⁷ Vgl. HENNING (1988), S. 79 f.

Schaumburg im 19. Jahrhundert der Anteil der in den Monaten Oktober und November geschlossenen Ehen.¹⁰⁴⁸

Die Erfordernisse der Agrarwirtschaft unterschieden sich in Mitteleuropa nicht sonderlich voneinander, gleichwohl haben sich hinsichtlich des Zeitpunkts der Eheschließungen regionale Eigenarten ausgebildet.¹⁰⁴⁹ So hat im Oldenburgischen die Zunahme der saisonalen Wanderarbeit zu einer starken Konzentration der Eheschließungen im Spätherbst und Winter geführt.¹⁰⁵⁰ In Weinanbaugebieten war der Oktober wegen der Weinlese unbeliebt.¹⁰⁵¹ Als ein weiterer Faktor kam das im kanonischen Recht festgelegte Eheverbot in der Fasten- und Adventszeit zum Tragen. Martin Luther galt die Ehe zwar als „ein eusserlich, weltlich Ding“¹⁰⁵², doch wirkten hier vorprotestantische Traditionen nach. Im Fürstentum Lüneburg verbot die Lüneburger Kirchenordnung von 1643 Eheschließungen während 3 Wochen im Advent und 6 Wochen in der Fastenzeit.¹⁰⁵³ Die Folge war, dass die Zahl an Eheschließungen in Oktober und November in die Höhe schoss.¹⁰⁵⁴ In katholischen Regionen wurden die Bestimmungen zur Advents- und Fastenzeit am strengsten befolgt.¹⁰⁵⁵ Einzelne Tage waren vom Heiratsverbot ausgenommen; überdies bestand die Möglichkeit, einen Dispens zu erwirken. Trotzdem stiegen die Zahlen vor oder nach der Advents- bzw. Fastenzeit zumeist signifikant an. In katholischen Territorien wie Bonn oder Mainz wurde im 18. Jahrhundert jeweils ein Viertel der Ehen allein in den Monaten Januar und Februar geschlossen. In Luzern fällt die Hälfte aller Ehen in einen von lediglich 3 Monaten (Januar, Februar und November). Auch im 19. Jahrhundert erachtete ein großer Teil der europäischen Bevölkerung die kirchlichen Vorgaben als bindend.

Da sich unter Beachtung der formellen Vorgaben sowie der Erfordernisse des Arbeitsalltags der Zeitpunkt der Eheschließung vom Brautpaar selbständig planen

¹⁰⁴⁸ Hierzu auch HINRICHS/NORDEN (1980), S. 66 f.; WENDLER (2008), S. 165 f.

¹⁰⁴⁹ Zum Folgenden vgl. BURRI (1975), S. 66-68; HINRICHS/NORDEN (1980), S. 66-71; ZSCHUNKE (1984), S. 178; GEHRMANN (1984), S. 185-187; RÖDEL (1985), S. 177; IMHOF (1986c), S. 207; ENGEL (1990), S. 56 f.; BECKER (1990), S. 157-160; MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 69-72; REINDERS-DÜSELDER (1995), S. 101; RETTINGER (2002), S. 247-249; WENDLER (2008), S. 163-165; BEHNKE/PORTH (2009), S. 21 f.; SCHLÖDER (2014), S. 142 f.

¹⁰⁵⁰ Vgl. HINRICHS/NORDEN (1980), S. 72 f.

¹⁰⁵¹ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 178 f.

¹⁰⁵² LUTHER, MARTIN (1530), Vorrede.

¹⁰⁵³ Vgl. WENDLER (2008), S. 163.

¹⁰⁵⁴ Vgl. BEHNKE/PORTH (2009), S. 21.

¹⁰⁵⁵ Vgl. MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 75 f.

ließ,¹⁰⁵⁶ bildeten sich regionale Traditionen aus. So ergibt ein Vergleich der Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) eine über einen Zeitraum von 200 Jahren anhaltend hohe Übereinstimmung (**Abb. 30–32**). Im 19. Jahrhundert ist der Kurvenverlauf phasenweise annähernd identisch, obwohl sich gerade in diesem Zeitraum die Einschränkungen zu lockern begannen. Die Orientierung an Heiratstraditionen scheint sich vielmehr verstärkt zu haben.

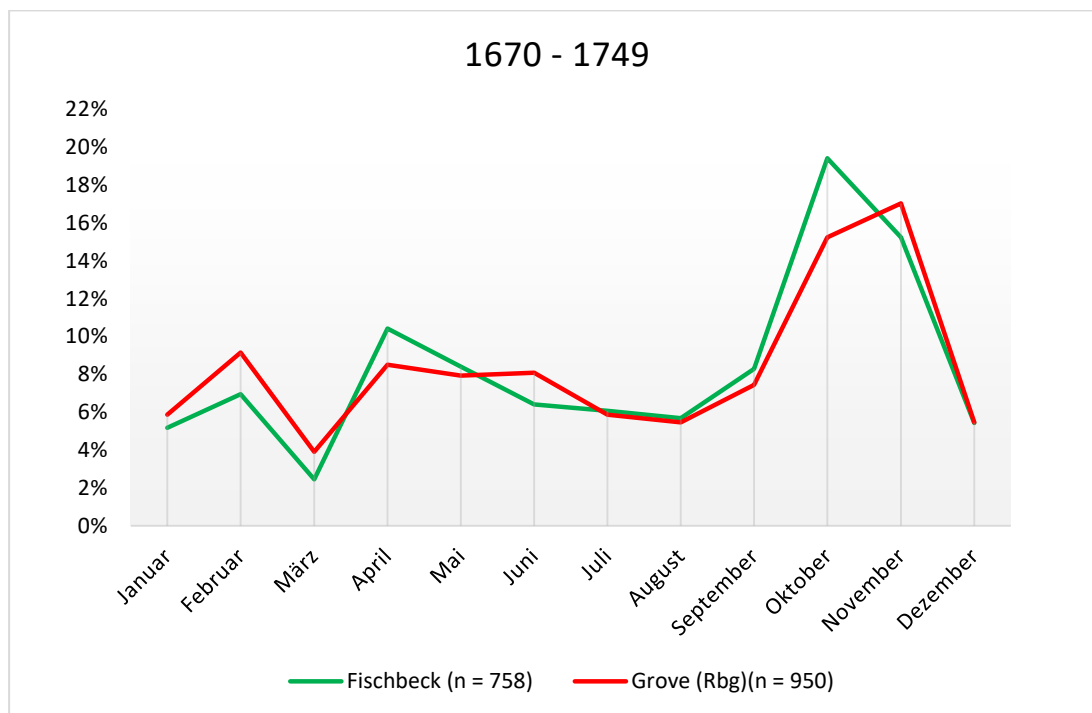


Abb. 30: Monatliche Verteilung der Eheschließungen im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1749 in Prozent

¹⁰⁵⁶ Neben den beschriebenen Faktoren können jedoch auch voreheliche Schwangerschaften, die keineswegs selten auftraten, die Planung des Heiratstermins beeinflusst haben; vgl. GEHRMANN (1984), S. 185.

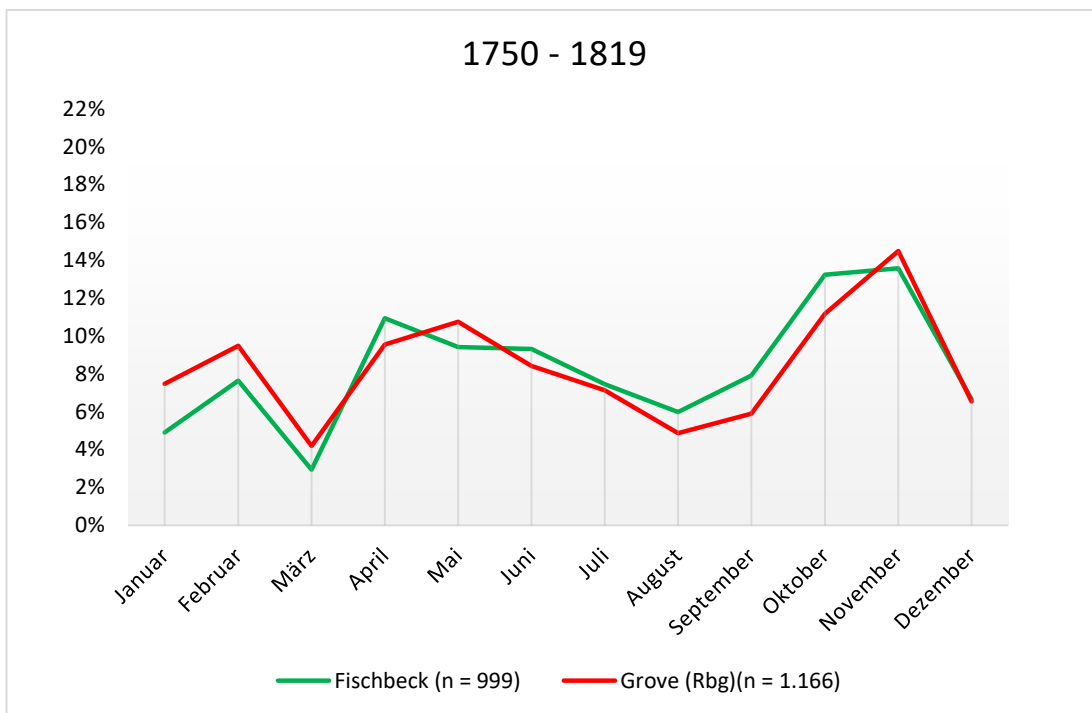


Abb. 31: Monatliche Verteilung der Eheschließungen im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1819 in Prozent

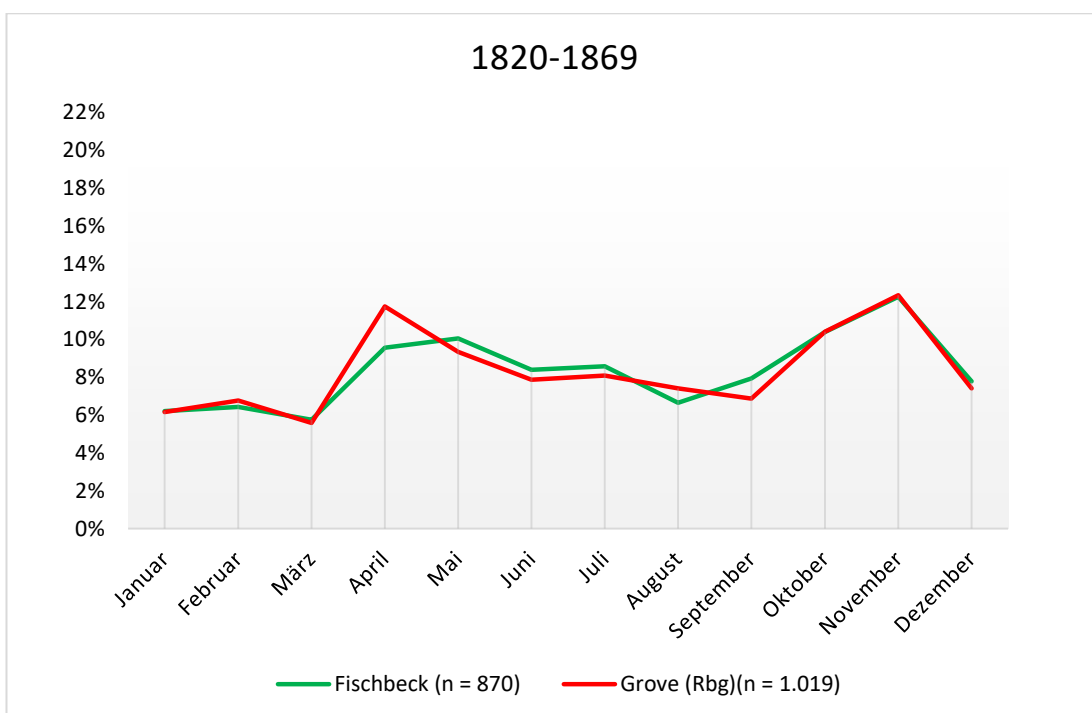


Abb. 32: Monatliche Verteilung der Eheschließungen im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1820–69 in Prozent

In größeren Städten spielten Ehebräuche keine besondere Rolle. Anders verhält es sich auf dem Land. Beispielsweise beschränkte man sich in manchen Kirchengemeinden

bei der Terminierung von Eheschließungen fast ausnahmslos auf bestimmte Wochentage. In Norddeutschland bestand eine starke Präferenz für das Wochenende,¹⁰⁵⁷ worin sich die Erfordernisse des Arbeitsalltags widerspiegeln; in anderen Regionen heiratete man bevorzugt am Montag und Dienstag sowie Freitag, was eine jahrhundertealte Gewohnheit impliziert.¹⁰⁵⁸ Schon aufgrund der relativ hohen Fluktuation innerhalb der Einwohnerschaft war die Stadtbevölkerung diesbezüglich deutlich flexibler. Obwohl die Stadt Trier katholisch geprägt war, fand das kirchliche Verbot, in der Fasten- und Adventszeit zu heiraten, im Laufe der französischen Besatzungszeit kaum Beachtung.¹⁰⁵⁹ Erst in der nachnapoleonischen Zeit findet sich dort wieder das charakteristische Absinken der Werte in den Monaten März und Dezember.

In den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) lag in den Jahren 1807–13, als Schaumburg dem Königreich Westphalen eingegliedert war und unter französischer Herrschaft stand, die Zahl der Eheschließungen in der Fastenzeit dagegen unter dem Durchschnitt (**Abb. 33**). Dass im März weiterhin sehr selten geheiratet wurde, lässt sich nicht allein auf die ungünstige Ernährungslage zurückführen. Obwohl diese im April nicht besser war, steigen die Werte beider Zeiträume stark an. Hier dürften kirchliche, vielleicht auch vorprotestantische Traditionen nachwirken, die eine Heirat in der Fastenzeit – und damit vor dem höchsten christlichen Feiertag – untersagten. Als Folge des Verlusts konsistorialer Autorität lässt sich hingegen der erhöhte Anteil an Eheschließungen im Dezember, also der Adventszeit, deuten.¹⁰⁶⁰ Alles in allem jedoch deckt sich die saisonale Tendenz während der Phase des kurzlebigen Königreichs Westphalen mit der des Gesamtzeitraums von 1750–1869.¹⁰⁶¹ Es spricht mehr dafür, dass die Bevölkerung in Schaumburg ungeachtet des Wegfalls der Vorgaben an ihren Gewohnheiten festgehalten hat.

¹⁰⁵⁷ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 182–184.

¹⁰⁵⁸ Vgl. IMHOF (1983), S. 22.

¹⁰⁵⁹ Vgl. KOHL (1985), S. 76 f.

¹⁰⁶⁰ Im lüneburgischen Kirchspiel Wichmannsburg stand der Dezember bei den Eheschließungen sowohl während eines frühen (1670–1749) als auch eines späten Zeitraums (1870–1919) in der Beliebtheit an dritter Stelle. Da das Heiratsverbot nur 3 Wochen im Advent umfasste, bot zumindest der beginnende Dezember ein Zeitfenster, an dem noch eine Eheschließung stattfinden konnte. Rund zwei Drittel bzw. die Hälfte aller Ehen wurden in Wichmannsburg jeweils in den Monaten Oktober und November geschlossen. Die Anteile der übrigen Monate waren insofern sehr gering; vgl. BEHNKE/PORTH (2009), S. 21–23.

¹⁰⁶¹ Zu berücksichtigen ist zudem die geringe Datenbasis. Bei der Ermittlung der monatlichen Verteilung können bereits wenige Daten größere Abweichungen nach sich ziehen.

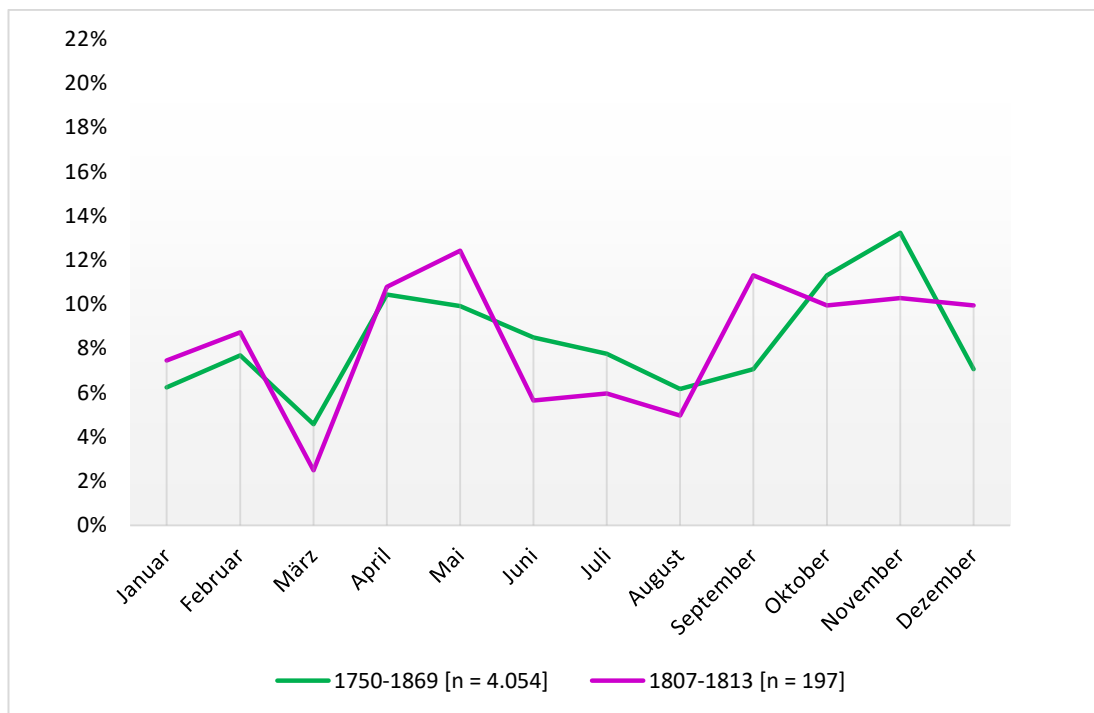


Abb. 33: Monatliche Verteilung der Eheschließungen in den schaumburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Vergleich des Zeitraums 1750–1869 mit der Phase des Königreichs Westphalen (1807–13) in Prozent

Für die saisonale Verteilung der Eheschließungen im mitteleuropäischen Raum sind in der Frühen Neuzeit erhebliche Abweichungen zwischen einzelnen Monaten charakteristisch. Die Werte der Geburten liegen enger zusammen, doch lässt sich hier ein wiederkehrendes Muster erkennen: Kennzeichnend für die saisonale Verteilung sind Geburtsmaxima in den kältesten und Geburtsminima in den wärmsten Monaten. Dieser als „wannen- oder wellenförmig“ bezeichnete Verlauf wurde – sozialgruppenübergreifend – mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Abweichungen sowohl in rural geprägten Regionen als auch urbanen Zentren beobachtet.¹⁰⁶² Wodurch dieses Muster bedingt worden ist, ließ sich bislang nicht klären. Ausschließen lässt sich mit ziemlicher Sicherheit ein ursächlicher Zusammenhang mit der konfessionellen Ausrichtung der Bevölkerung. Zwar haben Vergleiche von städtischen bzw. benachbarten ländlichen Kirchengemeinden unterschiedlicher Konfessionen Abweichungen bei einzelnen Geburtsmonaten ergeben. Doch zum einen ließen sich in diesen Fällen keine Anhaltspunkte für religiös geprägte Verhaltensweisen, die als Ursachen in Betracht kämen,

¹⁰⁶² Vgl. HINRICHS/NORDEN (1980), S. 75; GEHRMANN (1984), S. 241 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 152 f.; KOHL (1985), S. 78 f.; RÖDEL (1985), S. 160 f.; BECKER (1990), S. 148 f.; ENGEL (1990), S. 58 f.; MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 73 f.; RETTINGER (2002), S. 211-214; WENDLER (2008), S. 195 f.; BEHNKE/PORTH (2009), S. 25; SCHLÖDER (2014), S. 128 f.

feststellen; denkbar sind Zufallsbefunde. Zum andern kann die monatliche Verteilung der Geburten zwischen Städten unterschiedlicher Konfession stärker übereinstimmen als bei Städten derselben Konfession.¹⁰⁶³ Den charakteristischen saisonalen Verlauf der Geburten findet man in katholischen und protestantischen Regionen. Die Grafschaft Schaumburg bildet keine Ausnahme. Ebenso wie die Eheschließungen folgt die monatliche Verteilung der Geburten in den schaumburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) vom 17. bis zum 19. Jahrhundert einem typischen Muster (**Abb. 34**).

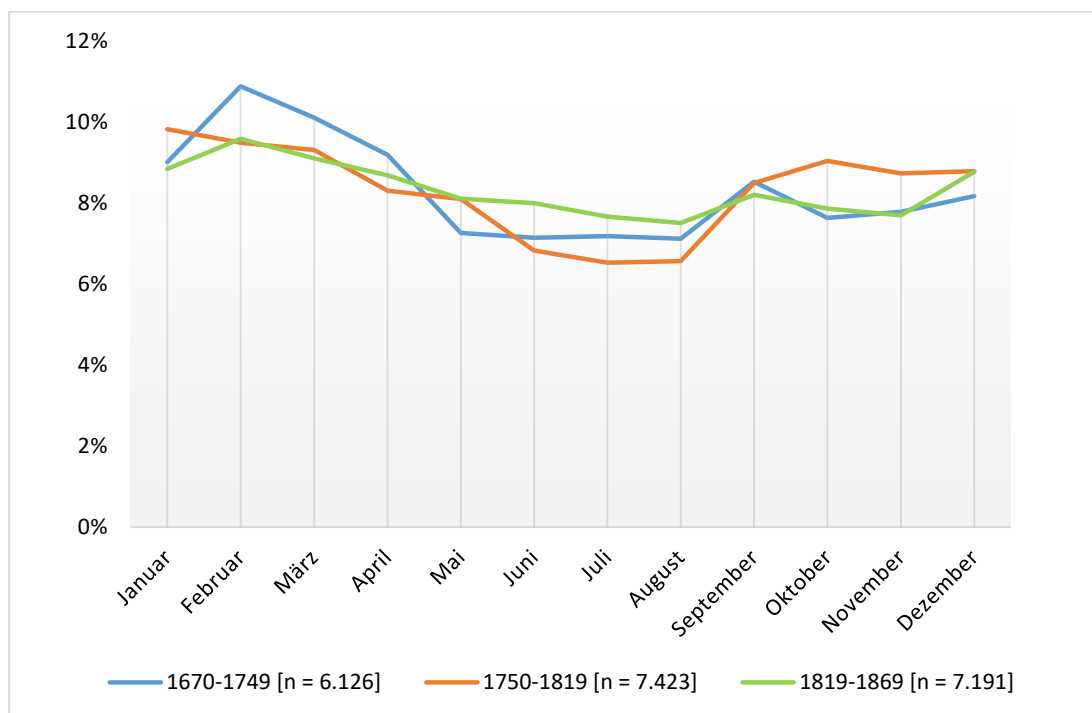


Abb. 34: Monatliche Verteilung der Geburten in den schaumburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) in unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

Die meisten Kinder wurden zwischen Spätherbst und Frühling geboren, der Sommer war die Phase der geringsten vitalen Aktivität. Der Vergleich der drei Zeiträume ergibt neben einer grundsätzlichen Übereinstimmung einige Abweichungen. Von 1670–1749 wurden relativ viele Kinder im Februar und März geboren, 1750–1819 hebt sich von den anderen beiden Zeiträumen durch eine erhöhte Geburtenzahl in den Monaten Oktober und November ab. Die Standardabweichung der einzelnen Monate bleibt zwar unabhängig vom Zeitraum unter der der Eheschließungen; doch die ungleiche saisonale Verteilung der Geburten, die noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der Bundesrepublik Deutschland zu beobachten ist, bleibt bestehen. Gehrman hebt

¹⁰⁶³ Vgl. besonders MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 73-76.

hervor, dass „man fast geneigt [ist], einen naturgesetzlichen Zustand anzunehmen.“¹⁰⁶⁴ Doch hat sich in den vergangenen Jahren eine deutliche Verschiebung ergeben. Während in den Jahren 1955–65 die meisten Kinder in den Monaten Februar, März und April geboren wurden, werden im 21. Jahrhundert in der Bundesrepublik Deutschland die höchsten Zahlen in den vormals geburtenschwachen Sommermonaten erreicht.¹⁰⁶⁵

Die monatliche Verteilung sowohl der Eheschließungen als auch der Geburten veränderte sich über einen Zeitraum von 200 Jahren. Im Vergleich der beiden Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) haben sich überdies bei der monatlichen Verteilung der Eheschließungen starke Übereinstimmungen ergeben (Abb. 30–32). Obwohl die beiden Kirchspielen räumlich sehr weit entfernt voneinander liegen, verlaufen die beiden Kurven zwischen 1820–69 fast identisch. Ein ähnlicher Befund ergibt sich aus dem entsprechenden Vergleich der Geburten (Abb. 35–37).

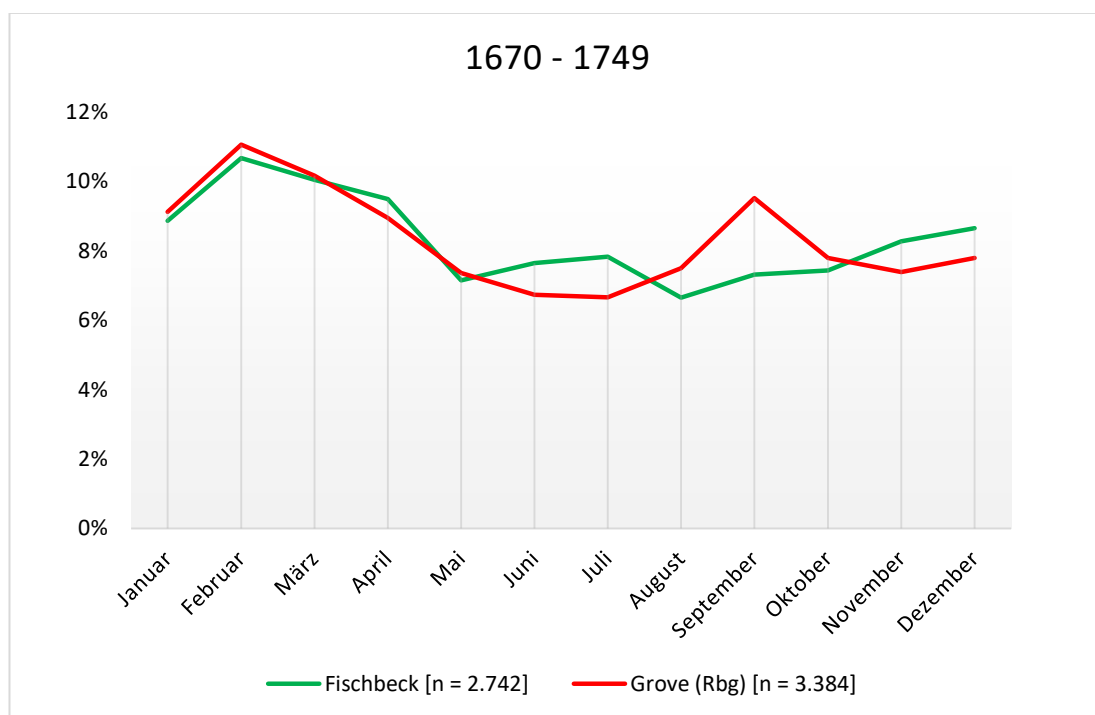


Abb. 35: Monatliche Verteilung der Geburten im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1749 in Prozent

¹⁰⁶⁴ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 242.

¹⁰⁶⁵ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2012), S.16 f. Auffallend ist darüber hinaus ein in beiden Zeiträumen auffallendes „Septemberhoch“.

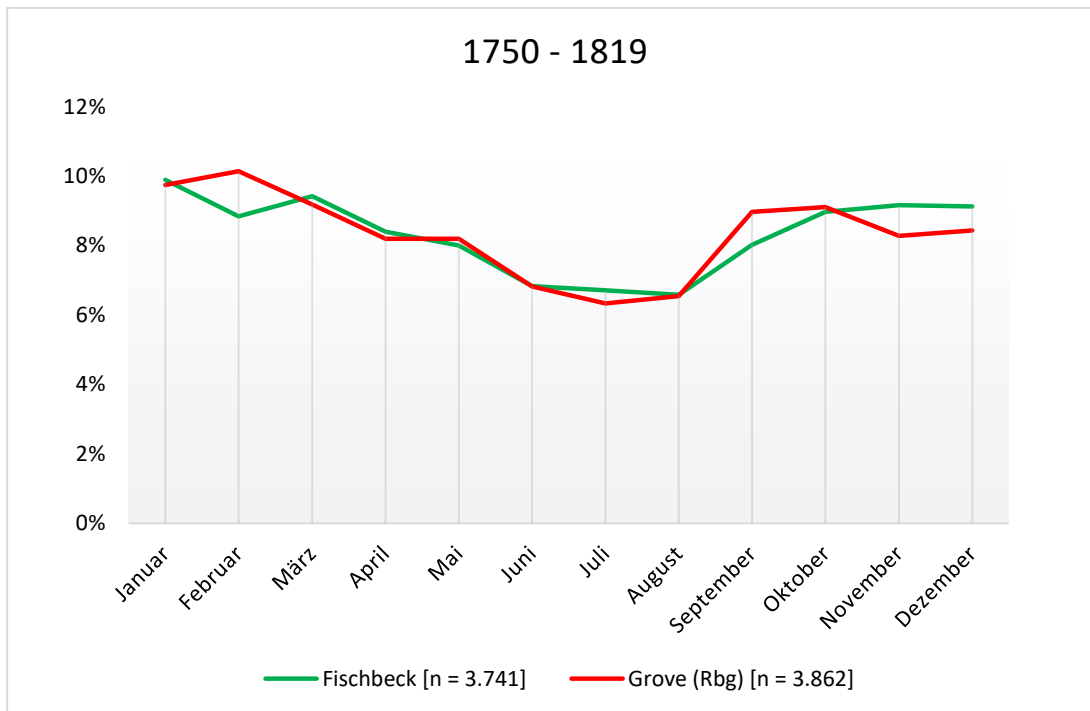


Abb. 36: Monatliche Verteilung der Geburten im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1819 in Prozent

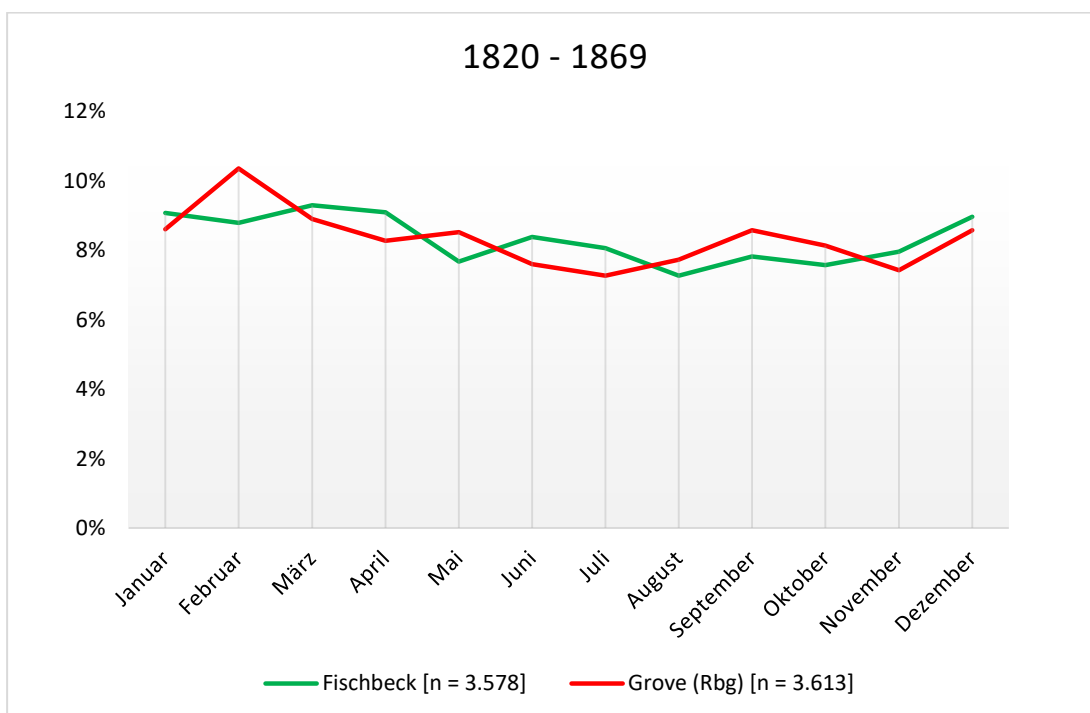


Abb. 37: Monatliche Verteilung der Geburten im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1820–69 in Prozent

Größere Abweichungen ergeben sich vornehmlich im Zeitraum 1670–1749. In Fischbeck wurden viele Kinder im Juni und Juli geboren, in Grove (Rbg) gibt es einen signifikanten Geburtenanstieg im September. Im zweiten Zeitraum unterscheiden sich die beiden Kirchspiele durch eine ungleiche Verteilung in den Wintermonaten. Auffallend ist der Geburtenrückgang in Fischbeck im Februar, während in Grove (Rbg) in diesem Monat der prozentuale Anteil durchgehend am höchsten ist. Darüber hinaus betragen die Abweichungen in den beiden Kirchspielen im Zeitraum 1820–69 stets weniger als 1 %. Damit besteht ebenso wie bei den Trauungen bei den Geburten eine hohe Übereinstimmung, was indiziert, dass die Lebensbedingungen der Menschen in den beiden Landesteilen sehr ähnlich waren.

Die im Vergleich zu den Eheschließungen geringe Standardabweichung insbesondere im jüngsten Zeitraum spricht gegen eine konsequente Geburtenplanung. Dennoch wird die Geburt des ersten Kindes in historisch-demographischen Untersuchungen zu den Faktoren gezählt, die die Wahl des Zeitpunkts der Eheschließung beeinflusst haben.¹⁰⁶⁶ Demnach wollte man vermeiden, dass die Geburt in die Phase der höchsten Arbeitsbelastung fällt. Außerdem sollte das Kind nicht im Sommer, wenn die Infektionsgefahr am höchsten ist, zur Welt kommen. Um diese Annahme zu überprüfen, wurde für das Kirchspiel Grove (Rbg) die saisonale Verteilung der (sicher) ermittelten Erstgeborenen in zwei Zeiträumen mit den Eheschließungen verglichen: Im Zeitraum 1750–1819 korrelieren die beiden Kurven relativ eng miteinander (**Abb. 38**). Sowohl im Übergang vom Frühling zum Sommer als auch vom Herbst zum Winter sind die jeweiligen Werte erhöht, im Hochsommer fallen sie. Gegenläufig verhalten sich die Kurven in der Phase des Jahreswechsels sowie im Monat März. Die geringen prozentualen Anteile der Geburten sind auf die Zunahme der Aborte und Totgeburten in der kalten Jahreszeit zurückzuführen (vgl. Kap. 3.2). Im Zeitraum 1820–69 fällt dagegen eine teilweise verschobene Korrelation zwischen den Kurven der saisonalen Verteilung von Erstgeburten und Trauungen auf (**Abb. 39**). Die Verschiebung lässt sich mit der Minderung des berechneten durchschnittlichen Abstands zwischen dem Zeitpunkt der Eheschließung und der Geburt des ersten Kindes im Kirchspiel Grove (Rbg) von

¹⁰⁶⁶ Vgl. DÜLMEN (1988), S. 92; hierzu auch KOHL (1985), S. 79-81; BECKER (1990), S. 149-151; SCHLÖDER (2014), S. 131.

0,99 Jahren (1750–1819) auf 0,92 Jahre (1820–69) erklären. Auch im jüngeren Zeitraum bestand eine zeitliche Verbindung zwischen Trauung und Erstgeburt.

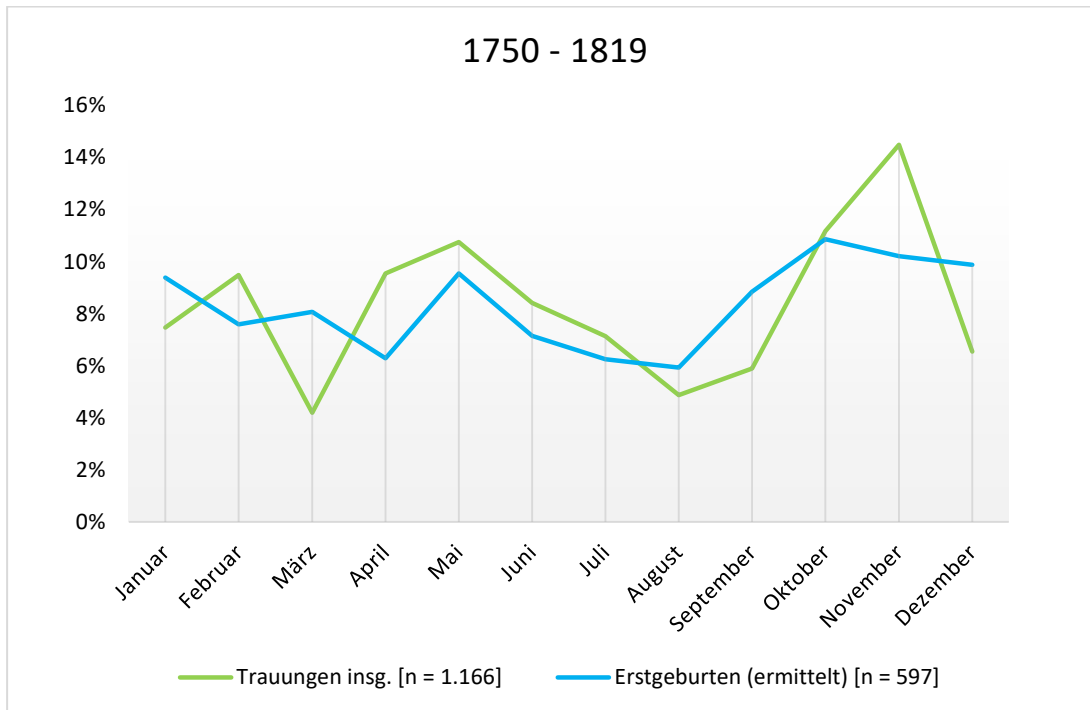


Abb. 38: Monatliche Verteilung von Trauungen und Erstgeburten im schauburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1819 in Prozent

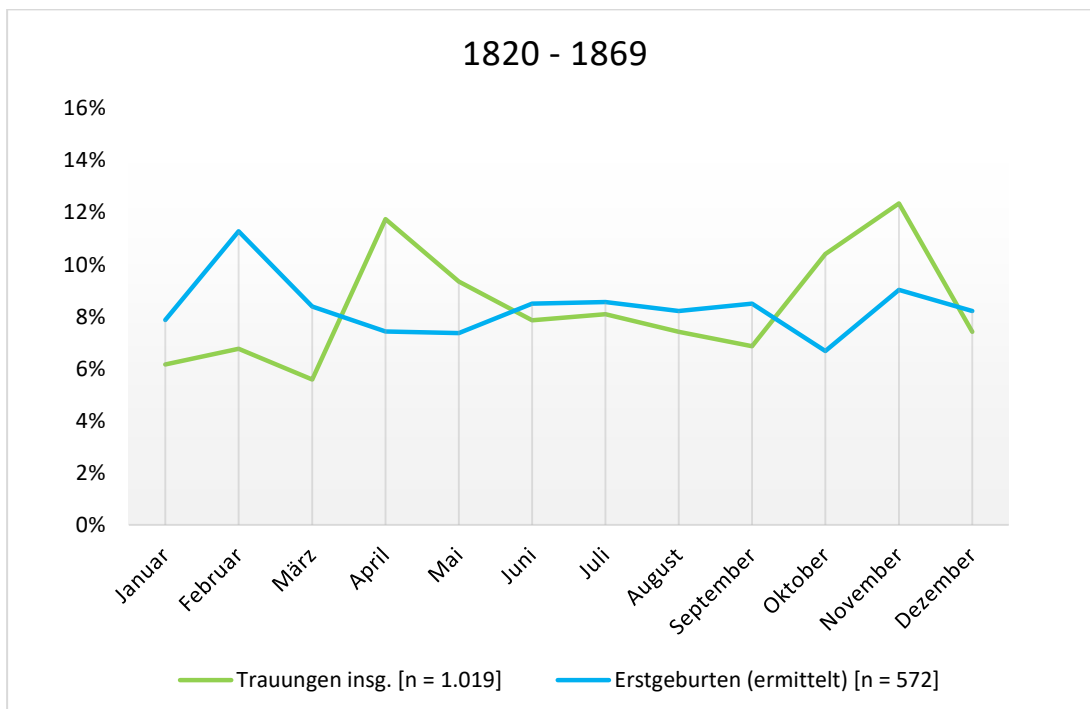


Abb. 39: Monatliche Verteilung von Trauungen und Erstgeburten im schauburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) im Zeitraum 1820–69 in Prozent

Vergleicht man die saisonale Verteilung allein der Erstgeburten in den beiden Zeiträumen miteinander, fällt auf, dass sich die Geburtengipfel der beiden Zeiträume nicht decken (**Abb. 40**). Die Verschiebung ist Folge der zeitlichen Verkürzung zwischen Eheschließung und Erstgeburt. Aufschlussreich ist jedoch die Tatsache, dass dieser Verschiebung nicht entgegengewirkt wurde, obwohl die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Geburtstermins stieg. Denn ausgerechnet in den Monaten des Hochsommers, für die eine verstärkte Arbeitsbelastung sowie eine erhöhte Infektionsgefahr anzunehmen sind, sind die prozentualen Anteile der Geburten gestiegen.

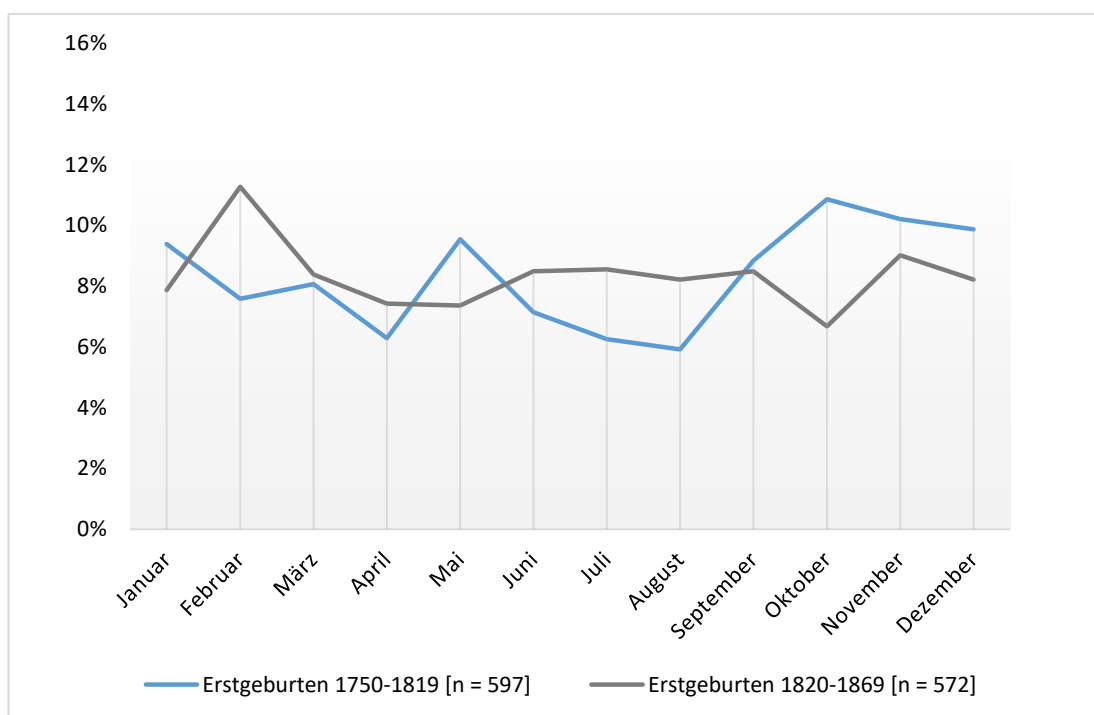


Abb. 40: Monatliche Verteilung von Erstgeborenen im schauburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) im Vergleich zweier Zeiträume in Prozent

Die Vermutung, dass der Zeitpunkt der Eheschließung so gewählt wurde, dass die Geburt des ersten Kindes in eine bestimmte Jahreszeit fällt, ist zwar nicht abwegig. Doch kommen neben der bewussten Steuerung im Sinne einer Geburtenplanung weitere Ursachen in Betracht. So ist der Rückgang des zeitlichen Abstands zwischen Eheschließung und Geburt des ersten Kindes von 0,99 auf 0,92 Jahre im Kirchspiel Grove (Rbg) eine Folge des veränderten Sexualverhaltens. Im 19. Jahrhundert hat die Zahl an illegitimen Geburten erheblich zugenommen. Naheliegender ist, dass sich die Zahl der Bräute, die zum Zeitpunkt der Eheschließung schwanger waren, ebenfalls erhöhte. Der

Anstieg der „Muss-Heiraten“ aufgrund einer vorehelichen Konzeption trug damit zur Absenkung des festgestellten Heiratsgipfels im Übergang zum Winter bei (vgl. **Abb. 29**). Kirchliche Vorgaben prägten zwar das Heiratsverhalten, auf die monatliche Verteilung der Geburten wirkten sie sich nicht aus.¹⁰⁶⁷ Sexuelle Enthaltsamkeit in Advents- und Fastenzeit hätte andernfalls im Spätherbst und in der Phase des Jahreswechsels zu einem Rückgang der Geburten geführt. Doch gerade in diesen Phasen nahmen sie in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) zu. Deutlich wird dies, wenn man die Geburten in Relation zu den Konzeptionen¹⁰⁶⁸ setzt (**Abb. 41**): Selbst im älteren Zeitraum von 1670–1749, als vergleichsweise selten in der Advents- und Fastenzeit geheiratet wurde, liegt der Anteil der Konzeptionen im Dezember relativ hoch und steigt bereits im März an. Kirche und Religion haben das Sexualverhalten also nicht maßgeblich beeinflusst. Dies gilt nicht nur für Schaumburg. Der Anstieg der Konzeptionen seit dem Winter wurde konfessionsübergreifend auch in anderen Regionen beobachtet.¹⁰⁶⁹

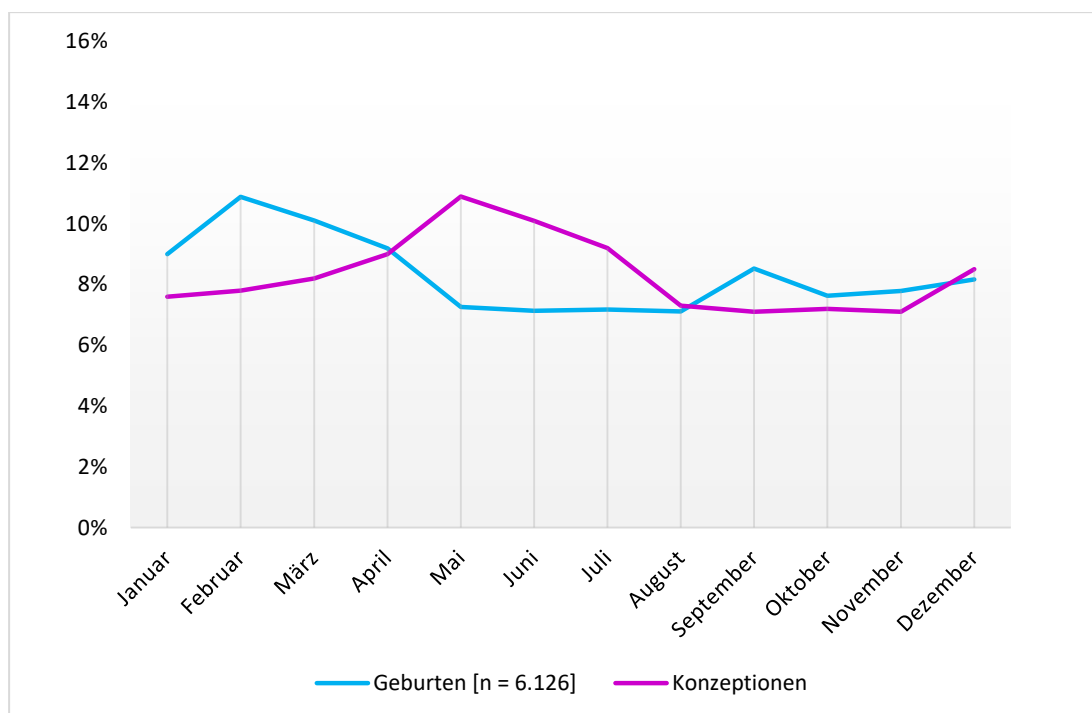


Abb. 41: Vergleich von Konzeptionen und Geburten in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) (1670–1749) in Prozent

¹⁰⁶⁷ Vgl. BURRI (1975), S. 65; HINRICHS/NORDEN (1980), S. 76; RÖDEL (1985), S. 160.

¹⁰⁶⁸ Der durchschnittliche Abstand zwischen Konzeption und Geburt beträgt 40 Wochen.

¹⁰⁶⁹ Vgl. BURRI (1975), S. 65; GEHRMANN (1984), S. 240-242; KOHL (1985), S. 80; RÖDEL (1985), S. 162; BEHNKE/PORTH (2009), S. 25; SCHLÖDER (2014), S. 128.

Der Rückgang der Geburtenzahlen in den arbeitsintensiven Monaten des Hochsommers wird als ein Indiz für praktizierte Geburtenplanung in der vorindustriellen Gesellschaft erachtet.¹⁰⁷⁰ Zweifel sind indes angebracht. In den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) stiegen die Geburtenraten in den Zeiträumen 1670–1749 und 1750–1819 bereits im Spätsommer signifikant an (vgl. **Abb. 34**). Frauen, die in dieser Phase niedergekommen sind, waren also während der Erntezeit hochschwanger. Darüber hinaus hält sich dieser Trend bis ins 20. Jahrhundert. Weil infolge der Durchsetzung des postindustriellen Arbeitsrhythmus die meisten Menschen von den saisonalen Erfordernissen der traditionellen Wirtschaftsweise einer Agrargesellschaft entbunden worden sind, werden die Ursachen auf verschiedenen Gebieten gesucht. Zumindest als begünstigende Faktoren werden u. a. hormonelle Veränderungen, Stillgewohnheiten oder Fertilitätsschwankungen männlicher Spermien diskutiert. Auch klimatische Einflüsse werden in Betracht gezogen.¹⁰⁷¹ Rein körperlich dürften sich die Anforderungen der vorindustriellen Arbeitspraxis auf die saisonale Verteilung der Geburten ausgewirkt haben. Wer in der Landwirtschaft tätig war, durchlebte regelmäßig Phasen extremer körperlicher Anstrengung¹⁰⁷² bei verkürzter Regeneration, was sich nicht zuletzt auf die sexuelle Aktivität ausgewirkt hat.¹⁰⁷³ So fällt die den allgemein geburtenschwachen Monaten des Hochsommers vorangegangene Konzeptionsphase in die Monate August bis Oktober und damit mitten in die auch für die Frauen arbeitsintensive Erntezeit. Zudem ist eine vorübergehend verminderte Fekundabilität infolge von Überbelastung denkbar.¹⁰⁷⁴ Umfassend erklärt dieser Ansatz den Rückgang der Konzeptionen in den Sommermonaten nicht, denn dieses Phänomen wurde ebenfalls in frühneuzeitlichen Städten beobachtet.¹⁰⁷⁵ Weil die Städte auf den Zuzug vom Land angewiesen waren, um ihren Bevölkerungsstand zu halten, wird vermutet, dass mit den neuen Bewohnern tradierte Verhaltensweisen in die Städte gewandert sind. Dadurch konnten viele Mütter in den Städten die Wintermonate für die Versorgung der Neugeborenen nutzen, was für eine echte Geburtenplanung spräche. Auch dies bleibt Spekulation.

¹⁰⁷⁰ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 243; RETTINGER (2002), S. 213; SCHLÖDER (2014), S. 130.

¹⁰⁷¹ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 132.

¹⁰⁷² In den Phasen der höchsten Arbeitsbelastung wurden bis zu 100 Wochenstunden pro Person geleistet; vgl. IMHOF (1983), S. 26.

¹⁰⁷³ Vgl. WRIGLEY/SCHOFIELD (1981), S. 291 f.; BECKER (1990), S. 150.

¹⁰⁷⁴ Vgl. IMHOF (1983), passim; hierzu auch GEHRMANN (1984), S. 242 f.

¹⁰⁷⁵ Vgl. IMHOF (1986c), S. 208 f.

Fraglich ist, ob die Vorstellung einer praktizierten Geburtenplanung den frühneuzeitlichen Verhältnissen gerecht wird. In Anbetracht der geringen Kenntnisse über die Körperfunktionen erscheint die Praxis einer erfolgreichen aktiven Verhütung mit Ausnahme konsequenter sexueller Enthaltbarkeit als unwahrscheinlich (vgl. Kap. 3.2). Dass aber die Ehemänner dieser Maßnahme zur Geburtenplanung besondere Akzeptanz entgegengebracht haben, ist zu bezweifeln. Nachprüfen lässt sich dies freilich nicht. Statistisch sicher belegen lässt sich sexuelle Enthaltbarkeit nur, wenn eine größere Anzahl an Ehepaaren nachweislich regelmäßige Trennungsphasen durchlief, etwa in Regionen, in denen relativ viele Männer aufgrund von Wanderarbeit über einen längeren Zeitraum abwesend waren. So liegt die Zahl der Konzeptionen unter den Frauen aus dem oldenburgischen Raum im zweiten und dritten Drittel des 18. Jahrhunderts im Spätherbst und Winter höher als im davorliegenden bzw. nachfolgenden Zeitraum.¹⁰⁷⁶ In dieser Phase war die Bedeutung der Hollandgängerei sowie der Seefahrt als Neben- oder Haupterwerbsquelle besonders ausgeprägt. Mit der Rückkehr der Männer stieg die Zahl der Konzeptionen wieder an.

Der Vergleich der Konzeptionen in den schauenburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) über einen längeren Zeitraum ergibt eine tendenzielle Angleichung der monatlichen Verteilung im 19. Jahrhundert (**Abb. 42**). Während die Werte insbesondere im Mai und Juni sinken, steigen sie in den Herbstmonaten an. Diese Entwicklung lässt sich auf einen Wandel der allgemeinen Lebensverhältnisse zurückführen, dessen Beginn in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu verorten ist.¹⁰⁷⁷ Zu den Ursachen zählen wirtschaftliche Veränderungen wie die Agrarreformen. Auch die Einführung neuer Produkte mit speziellen Anbaumethoden konnte den herkömmlichen Arbeitsrhythmus unmittelbar beeinflussen. Im Kirchspiel Leezen beispielsweise hatte die Ausdehnung der Viehwirtschaft im 19. Jahrhundert zu einer Verringerung der Arbeitsbelastung geführt.¹⁰⁷⁸ Hingegen erhöhte sich die Belastung in Regionen, wo vermehrt arbeitsintensive Hackfrüchte wie Kartoffeln oder Zuckerrüben angebaut wurden. Allerdings verliefen die Prozesse in den ländlichen Regionen nicht annähernd so dynamisch wie in den industriellen Zentren.

¹⁰⁷⁶ Vgl. HINRICHS/NORDEN (1980), S. 77 f.; hierzu auch REINDERS-DÜSELDER (1995), S. 85 f.

¹⁰⁷⁷ Vgl. auch BURRI (1975), S. 66; GEHRMANN (1984), S. 242; KOHL (1985), S. 79 f.

¹⁰⁷⁸ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 169-171 u. 242 f.

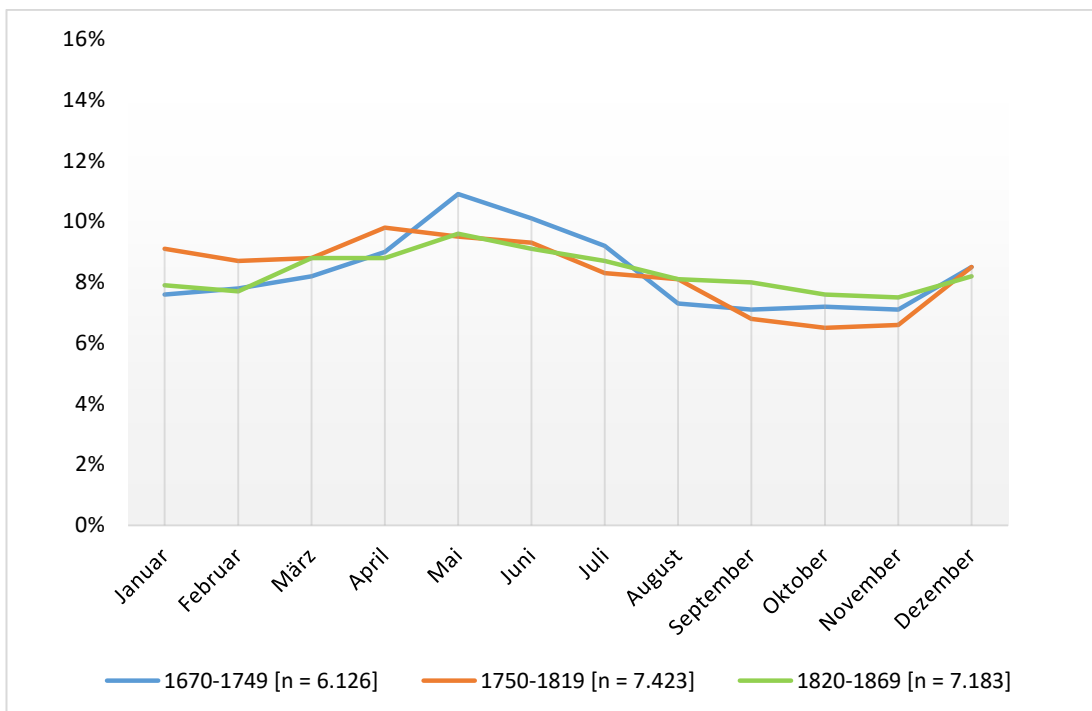


Abb. 42: Monatliche Verteilung der Konzeptionen in den schaumburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (17. –19. Jahrhundert) in Prozent

In der Grafschaft Schaumburg haben sich im Untersuchungszeitraum die prozentualen Anteile der einzelnen Monate sowohl bei Nuptialität als auch Natalität geändert, die Muster sind jedoch trotz der tendenziellen Angleichung stabil geblieben. Das Leben der Menschen unterlag durchgehend einer starken saisonalen Bindung. Der individuelle Handlungsspielraum war äußerst begrenzt. Die vorherrschenden wirtschaftlichen Erfordernisse bildeten den Rahmen, an dem sich insbesondere heiratswillige Paare zu orientieren hatten. Die saisonalen Muster spiegeln damit den Arbeitsalltag einer vorindustriellen Bevölkerung in seinen besonderen regionalen Ausprägungen wider.

b. Mortalität

Der Zeitpunkt des Auftretens epidemischer Krankheiten ist oftmals nicht vom Zufall bestimmt. Das Vorkommen von Tierarten, die Zoonosen auslösen, kann an spezifische klimatische Bedingungen gebunden sein. Inzidenzsteigernd können sich schon die mit dem Wechsel der Jahreszeiten einhergehenden klimatischen Veränderungen auswirken. Vordergründig gilt dies für die kalte Jahreszeit, die in Mitteleuropa mit Grippalem Infekt und Influenza assoziiert wird. Viele mittlerweile gut behandelbare Krankheiten führten in den vergangenen Jahrhunderten leicht zum Tod. Wiederkehrende Mortalitätsmuster indizieren daher jahreszeitlich bedingte Krisen. Die Historische Demographie unterscheidet grundsätzlich Frühjahrs-, Sommer- und Herbstkrisen.¹⁰⁷⁹ Im Vergleich der monatlichen Verteilung ergibt sich für den mitteleuropäischen Raum im 18. und 19. Jahrhundert ein Grundmuster:¹⁰⁸⁰ Das Mortalitätsminimum lag in den hochsommerlichen Monaten, im Spätsommer stieg die Mortalität relativ kontinuierlich an und erreichte im März/April ihren Höhepunkt. Als Ursache für das Mortalitätsmaximum im beginnenden Frühjahr gilt die schlechte Ernährungslage, der vor allem ältere Menschen zum Opfer gefallen sein sollen. Eine erhöhte Mortalität unter Säuglingen und Kindern in den Sommer- und Herbstmonaten wurde eher auf den Konsum verdorbener Lebensmittel zurückgeführt.¹⁰⁸¹ Verfolgt man die Entwicklung jedoch getrennt nach einzelnen Jahren, fallen gelegentliche extreme Mortalitätsspitzen in den Spätsommermonaten – und damit Indizien für Epidemien – auf.¹⁰⁸² Mittlerweile gelten Infektionskrankheiten wie die Ruhr als Hauptursache.¹⁰⁸³

Die altersübergreifende seasonspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg entspricht dem allgemeinen Trend (**Abb. 43**). Bemerkenswert ist, dass im März fast doppelt so viele Menschen wie im Juli gestorben sind. Derart große Unterschiede zwischen einzelnen Monaten waren nicht die Regel.¹⁰⁸⁴

¹⁰⁷⁹ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 108-115; PFISTER (1994), S. 35.

¹⁰⁸⁰ Vgl. BURRI (1975), S. 64 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 182 f.; WITZEL (1994), S. 36 f.; WENDLER (2008), S. 205 f.; SCHLÖDER (2014), S. 159 f.

¹⁰⁸¹ Vgl. IMHOF (1977), S. 76 f.; DERS. (1981a), S. 92; ZSCHUNKE (1984), S. 163; VASOLD (1999), S. 201.

¹⁰⁸² Vgl. KOHL (1985), S. 74; RÖDEL (1985), S. 194 f.; hierzu auch STURM (2014), S. 47 f.

¹⁰⁸³ Vgl. PFISTER (1994), S. 41; RETTINGER (2002), S. 267.

¹⁰⁸⁴ Vgl. RÖDEL (1985), S. 195; SCHLÖDER (2014), S. 61.

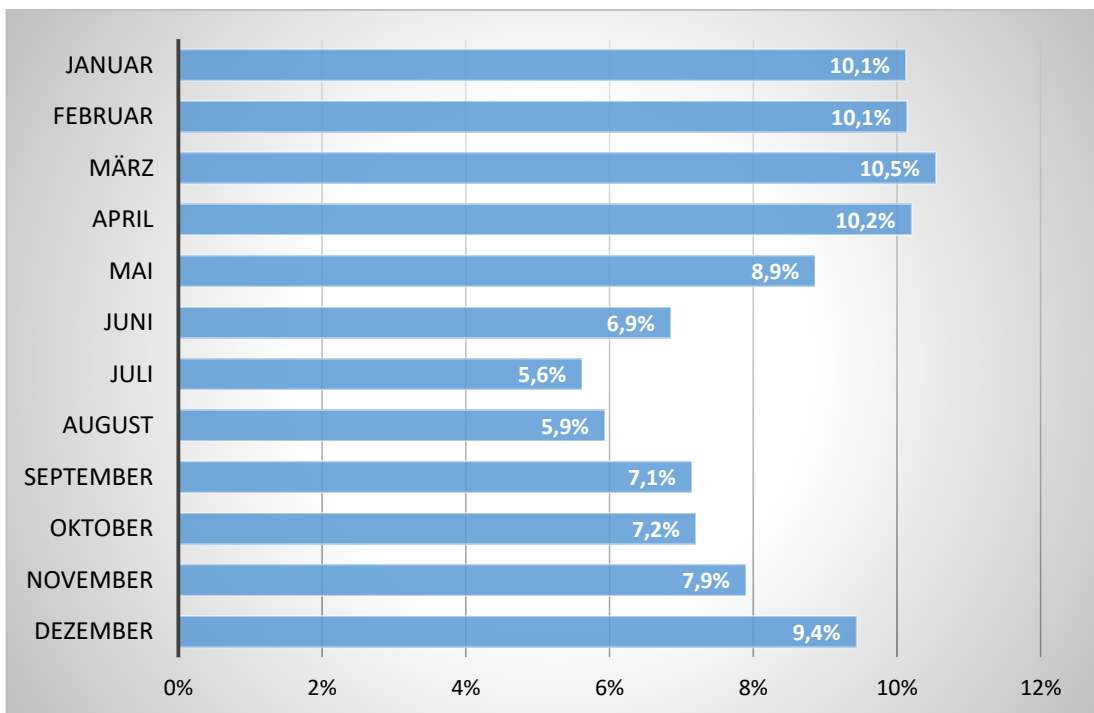


Abb. 43: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869; N = 61.162) in Prozent

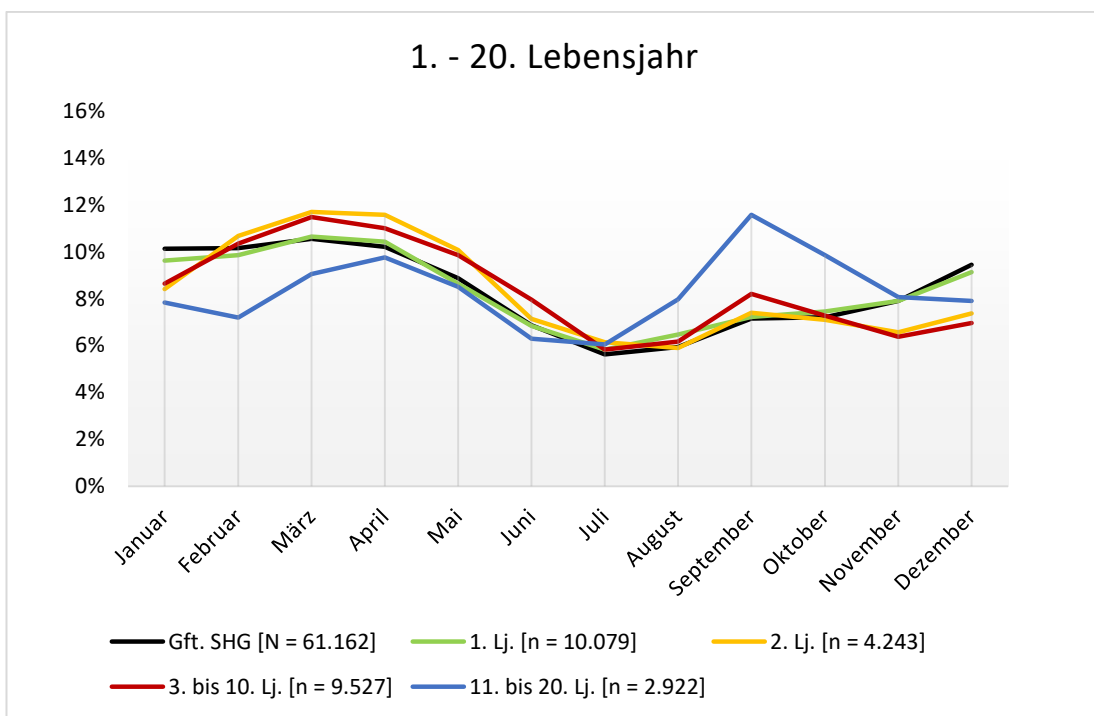


Abb. 44: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg nach Altersgruppen – Kinder und Adoleszenten (1750–1869) in Prozent

Eine nach dem Alter zum Zeitpunkt des Todes differenzierte Analyse der monatlichen Verteilung bis zum 20. Lebensjahr ergibt Abweichungen zwischen den Gruppen (**Abb.**

44). Der Verlauf unter den Kindern, die im 1. Lebensjahr verstorben sind,¹⁰⁸⁵ entspricht noch dem allgemeinen Trend in der Grafschaft Schaumburg. Doch steigt die Sterblichkeit in den Gruppen der im 2. sowie 3.–10. Lebensjahr verstorbenen Kinder im September auffällig an. Am stärksten ausgeprägt ist die Abweichung der Gruppe der Adoleszenten mit einem extremen Anstieg im Übergang zum Spätsommer. Die Kurvenverläufe der seasonspezifischen Sterblichkeit zwischen schaumburgischen Erwachsenen verschiedener Altersstufen weisen keine vergleichbaren Differenzen untereinander auf (Abb. 45). Auffallend ist das Mortalitätsmaximum in den beiden ältesten Gruppen. Es wird bereits im Januar und Februar erreicht. Recht ausgeglichen ist die monatliche Verteilung in der Gruppe der 20- bis 50-Jährigen. Die Mortalität ist in den Sommermonaten erhöht, in der kalten Jahreszeit liegt sie unter dem Durchschnitt. Ein zurückgehender jahreszeitlicher Einfluss im Erwachsenenalter scheint nicht ungewöhnlich zu sein.¹⁰⁸⁶ Allerdings ändert sich dies mit zunehmendem Lebensalter, wie der Anstieg der Sterblichkeit zum Winter belegt.

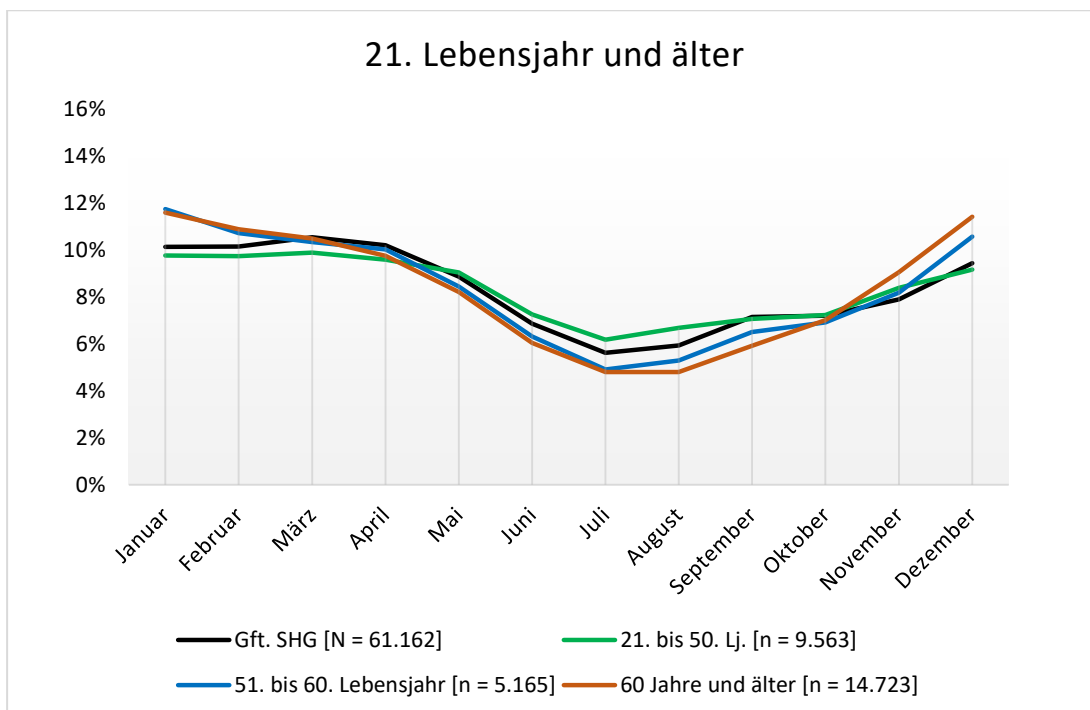


Abb. 45: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg nach Altersgruppen – Erwachsene (1750–1869) in Prozent

¹⁰⁸⁵ Die Totgeburten wurden in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt.

¹⁰⁸⁶ RETTINGER (2002), S. 271 f., hebt ausdrücklich die Mainzer Landpfarreien als Ausnahme hervor.

In den Gruppen der schauburgischen Kinder und Adoleszenten ist ebenso wie bei den Erwachsenen die Sterblichkeit im Frühjahr überdurchschnittlich hoch. Die Mortalitätsminima liegen in den Sommermonaten. Die seasonspezifische Sterblichkeit der Kinder im 1. Lebensjahr entspricht zudem ungefähr der der Erwachsenen vom 21.–50. Lebensjahr. Eine Untersuchung über die Schweizer Stadt Luzern erbrachte eher gegenläufige Ergebnisse unter anderem mit geringen Werten im April und Mai bei Mortalitätsmaxima in den Monaten des Hochsommers.¹⁰⁸⁷ Dies mag regional bedingt sein. Neben klimatischen Besonderheiten kommen auch wirtschaftliche Strukturen als Ursachen in Frage.

Die Sterblichkeit der Kinder in den Sommermonaten ähnelt der in der Gruppe der Erwachsenen, die zwischen dem 21.–50. Lebensjahr verstorben sind. Deutlich verringert ist sie im Sommer bei den über 50-Jährigen, während diese Personengruppen in den Wintermonaten krankheitsanfälliger gewesen zu sein scheint. Sieht man von den Säuglingen ab, war die jüngere Altersgruppe in der kalten Jahreszeit weniger gefährdet. Bereits die Analyse der saisonalen Sterblichkeit indiziert, dass die Altersgruppen sich hinsichtlich der Vulnerabilität für bestimmte tödlich verlaufende Krankheiten unterschieden haben.

Der allgemeine Anstieg der Mortalität setzte im Herbst ein und fällt damit ausgerechnet in die Jahreszeit, in der die Ernährungslage am günstigsten war. Da man nur einen Teil des Viehs über den Winter füttern konnte, folgte auf die Erntezeit die traditionelle Schlachtezeit. Überdies waren die Getreidepreise in dieser Phase am geringsten.¹⁰⁸⁸ Eine kurzfristige Unterernährung im Sinne eines Hungertodes als Ursache für den Mortalitätsanstieg seit dem Spätherbst wird damit unwahrscheinlich. Bei den Mortalitätsmaxima lässt sich in der Grafschaft Schaumburg eine leichte Verschiebung beobachten. In den Altersgruppen der Kinder fallen sie in das Frühjahr, in den Altersgruppen der älteren Erwachsenen in die Phase des Jahreswechsels. Unter dem Einfluss rein klimatologisch bedingter Belastungen leiden bis in die Gegenwart verstärkt Menschen im höheren Lebensalter.¹⁰⁸⁹ Gerade innerhalb dieser Personengruppe besteht

¹⁰⁸⁷ Vgl. BURRI (1975), S. 144.

¹⁰⁸⁸ Der Preisanstieg setzt erst im frühen Winter ein, am höchsten waren sie im Frühling; vgl. LASSEN (2016), S. 72 f.

¹⁰⁸⁹ Vgl. DINKEL/KOHL (2006), S. 166.

eine hohe Vulnerabilität für Pneumonien, die sich bereits aus einem verschleppten Grippalen Infekt entwickeln können. Auch in der Gegenwart verbreiten diese sich alljährlich seit dem Ausgang des Spätsommers. Asthmatische Beeinträchtigungen können sich bei bestimmten Wetterlagen, wie sie im Winter oft vorkommen, verschlimmern.¹⁰⁹⁰ Zudem waren die Menschen aufgrund des beständigen Aufenthalts in den Behausungen in stärkerem Maße den Rauchemissionen ausgesetzt, was den Respirationstrakt permanent belastete. Im Gegensatz zu den schauburgischen Erwachsenen sind die Mortalitätsspitzen in der Phase zwischen Sommer und Herbst bei den älteren Kindern und den Adoleszenten deutlich ausgeprägt. Als Ursache sprunghafter Erhöhungen der Sterblichkeit kommen endemische oder epidemisch auftretende Infektionen mit eher kurzer Krankheitsdauer in Betracht.

Das individuelle Sterberisiko unterlag unterschiedlichen jahreszeitlichen Einflüssen sowie allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen, wie der Vergleich größerer Zeiträume belegt. In Mainzer Pfarreien entsprach im 17. Jahrhundert die Sterblichkeit in den Spätsommermonaten in ihrer Höhe noch der im beginnenden Frühling.¹⁰⁹¹ Im 18. Jahrhundert sind die ausgeprägten Unterschiede weggefallen.¹⁰⁹² Als Ursache wird vermutet, dass Epidemien seltener bzw. in geringerer Intensität aufgetreten sind. In Leezen variierte die Säuglingssterblichkeit innerhalb des Untersuchungszeitraums.¹⁰⁹³ Hier wurden nicht Epidemien, sondern Änderungen in der Lebensform bzw. den Ernährungsgewohnheiten als Grund für die hohen Mortalitätsraten, die mal im Juli, mal im Oktober und Dezember auftraten, angenommen.

Auch die Sterblichkeit nach getrennten Zeiträumen¹⁰⁹⁴ in der Grafschaft Schaumburg weist die für die Vergangenheit typische saisonale Asymmetrie auf: hohe bis höchste Werte im Frühjahr, geringste im Sommer (**Abb. 46**). Gleichwohl lassen sich Unterschiede erkennen, die eine Entwicklung belegen. Im älteren Zeitraum ist der Abstand zwischen dem Mortalitätsmaximum im März und dem Mortalitätsminimum im Juli

¹⁰⁹⁰ Kalte trockene Luft kann bei Personen, die unter chronisch gereizten Bronchien leiden, Atemnot hervorrufen.

¹⁰⁹¹ Vgl. RÖDEL (1985), S. 199 f.

¹⁰⁹² Der Trend zur Nivellierung scheint sich im 19. Jahrhundert fortgesetzt zu haben; vgl. BURRI (1975), S. 67.

¹⁰⁹³ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 149-151.

¹⁰⁹⁴ Der Zeitraum 1669–1749 basiert einzig auf den Daten der Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg). Für die Zeiträume 1750–1819 und 1820–69 wurden die Daten aus allen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung berücksichtigten Kirchspiele herangezogen.

mit 6 % sehr stark ausgeprägt. Im mittleren Zeitraum beträgt dieser Abstand 5,3 % (März und Juli), im jüngeren nur noch 4,7 % (Januar und Juli). Die höchsten Werte im jüngeren Zeitraum wurden im Dezember und Januar erreicht, also nicht im generell sterbeträchtigen Frühjahr. Hier besteht eine Ähnlichkeit zu den Kurven der Erwachsenen, insbesondere der Gruppe ab 50 Jahren. Das seasonspezifische Sterblichkeitsmuster des älteren und des mittleren Zeitraums ähnelt dagegen dem der Kinder mit Höchstwerten im Frühjahr und sprunghaften Anstiegen im September. In unterschiedlich starker Ausprägung finden sich im 18. Jahrhundert die erhöhten Septemberwerte auch in anderen mitteleuropäischen Regionen.¹⁰⁹⁵ Als ursächlich für sprunghafte Veränderungen in bestimmten Phasen werden neben kriegerischen Ereignissen vor allem epidemische Krankheiten wie der Ruhr vermutet.¹⁰⁹⁶

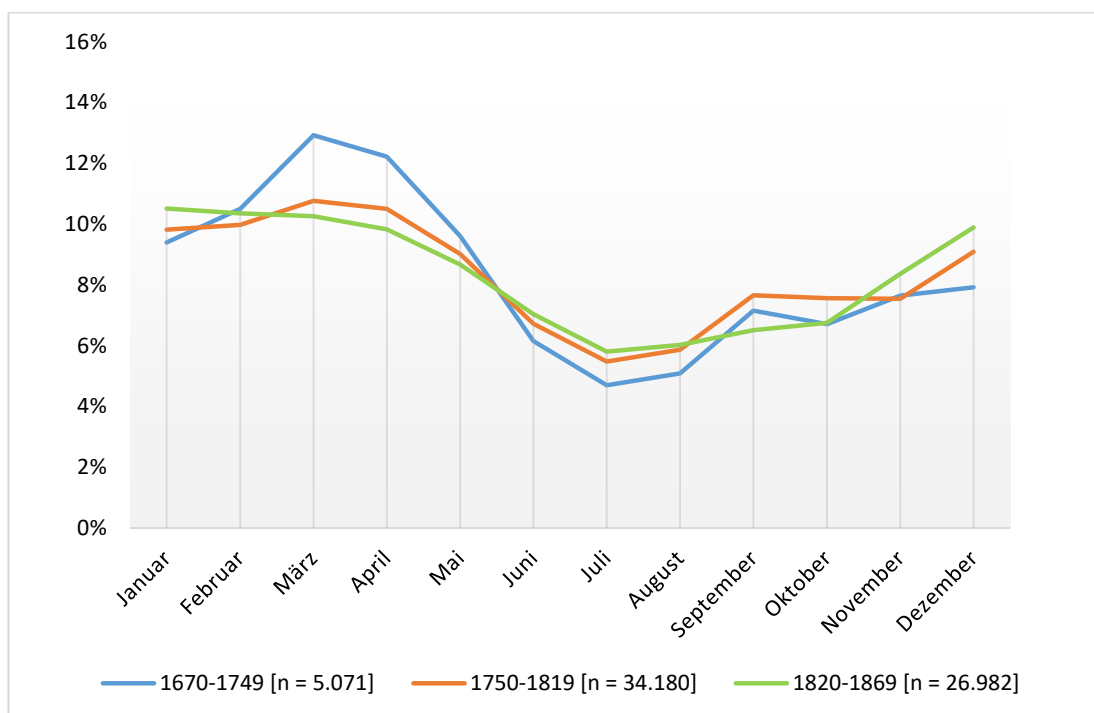


Abb. 46: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume in Prozent

Die Annahme, dass die Sterblichkeitsentwicklung in besonderem Maße durch Epidemien geprägt worden ist, bestätigt der Vergleich im Zehn-Jahres-Schnitt (**Abb. 47**). Die sechs Zeiträume von 1750–1809 stimmen lediglich in den Monaten November

¹⁰⁹⁵ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 163 f.; RÖDEL (1985), S. 198; RETTINGER (2002), S. 270; SCHLÖDER (2014), S. 159 f.

¹⁰⁹⁶ Vgl. BURRI (1975), S. 145; FRANCOIS (1982), S. 36 f.; RÖDEL (1985), S. 194 f.

und Dezember überein. Die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts ist durch teilweise extreme Sprünge im Übergang vom Sommer zum Herbst geprägt. In 1790–99 entspricht die Höhe der Sterblichkeit sogar der des Übergangs vom Winter zum Frühling. Ähnlich verhält es sich 1750–59. Nun ist aber in diesem Jahrzehnt die Sterblichkeit in den Monaten des Hochsommers am geringsten, während sie in den 1790er Jahren vergleichsweise hoch ist. Eine gleichmäßige Entwicklung von der Mitte des 18. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts hat sich also nicht vollzogen.

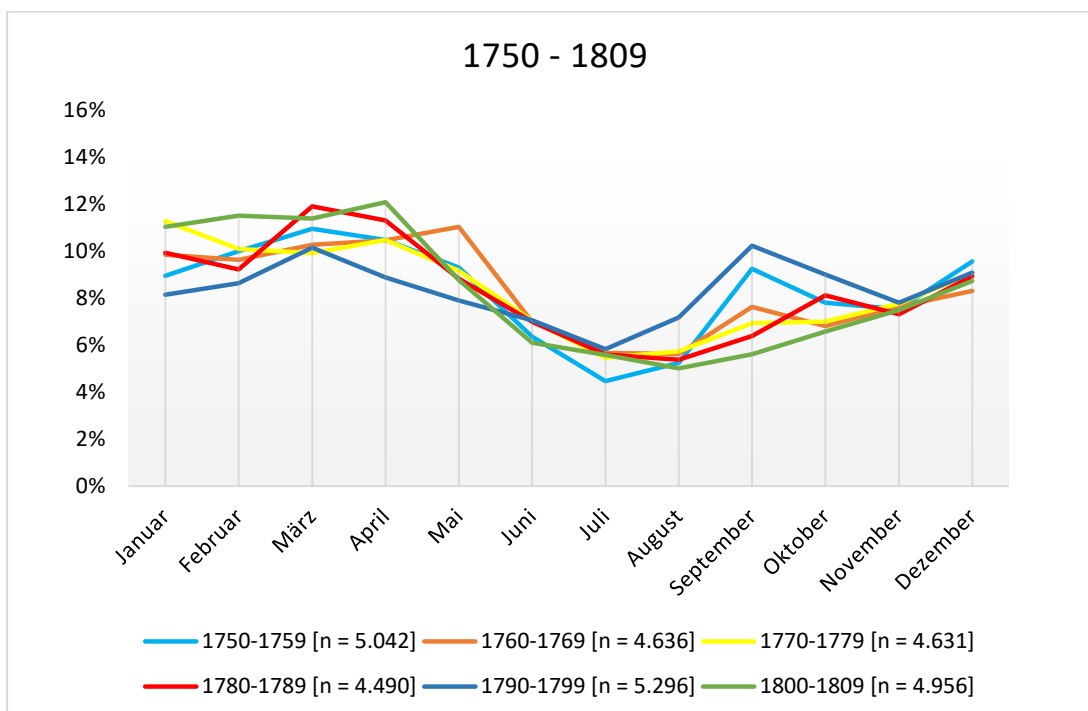


Abb. 47: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im Zehn-Jahres-Schnitt (1750–1809) in Prozent

Ganz anders stellt sich das 19. Jahrhundert im Zehn-Jahres-Schnitt dar (**Abb. 48**). Die allgemeine Tendenz mit einer erhöhten Sterblichkeit in den kalten Monaten und einer geringen im Sommer besteht nach wie vor, die Mortalitätsgipfel sind aber schwächer ausgeprägt. Die Kurvenverläufe sind weniger unruhig als im 18. Jahrhundert. Die Werte von Herbst, Winter und Frühling nähern sich in den 1850er und -60er Jahren einander stark an.

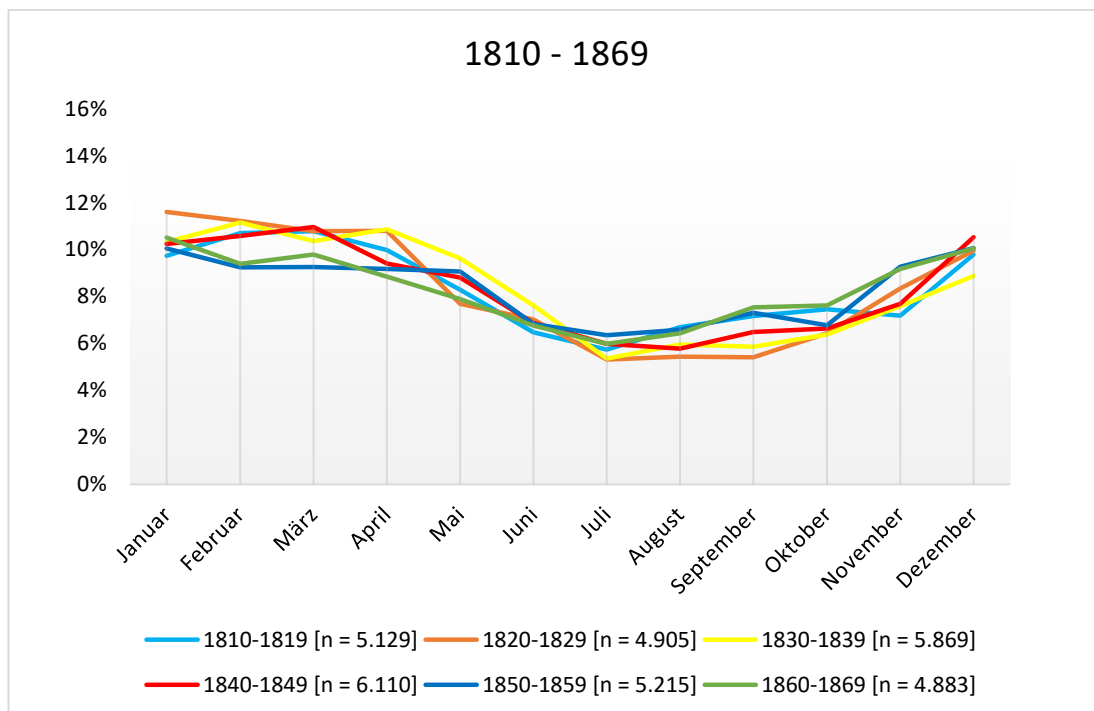


Abb. 48: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im Zehn-Jahres-Schnitt (1810–69) in Prozent

Die tendenzielle Nivellierung der monatlichen Prozentwerte in der Grafschaft Schaumburg wurde bereits im Zusammenhang mit Nuptialität und Natalität beobachtet. Insofern scheint es sich um ein allgemeines Phänomen zu handeln. Die Sterberegister bieten zudem die Möglichkeit, als weiteren Faktor das Alter der Verstorbenen in die Analyse der saisonalen Mortalität einzubeziehen. Der Vergleich der Entwicklung über einen längeren Zeitraum getrennt nach Altersgruppen hat folgende Ergebnisse erbracht: Die seasonspezifische Sterblichkeit der Säuglinge änderte sich vom 17. bis zum 19. Jahrhundert nur geringfügig (**Abb. 49**). Der zweite und der dritte Zeitraum korrelieren sehr eng mit der durchschnittlichen Gesamtsterblichkeit in Schaumburg. Nur der Zeitraum 1670–1749 weicht in den Winter- und Frühlingsmonaten teilweise davon ab. Die signifikante Erhöhung der Sterblichkeit im Mai könnte durch Epidemien hervorgerufen worden sein. Die Ursache für das Absinken der Sterblichkeit im Monat Februar ist nicht ersichtlich. Zu berücksichtigen ist eine im Vergleich zu den beiden jüngeren Zeiträumen geringe Datengrundlage; denn für den ältesten Zeitraum wurden nur Sterberegister der Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) herangezogen.

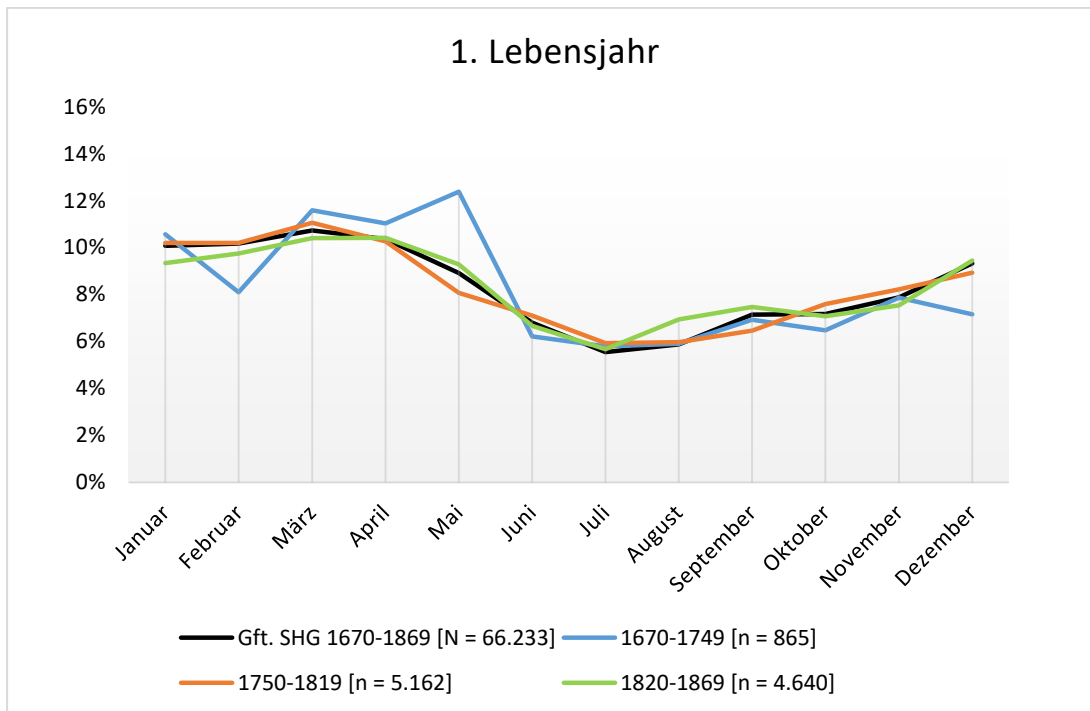


Abb. 49: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im 1. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

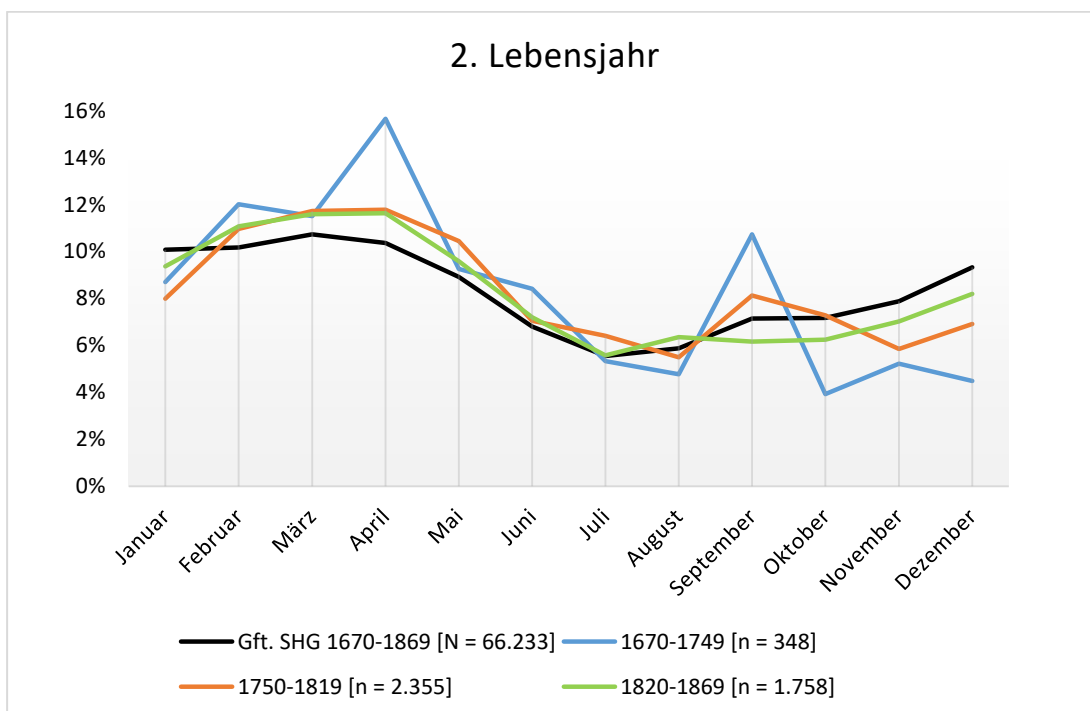


Abb. 50: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im 2. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

Beim Vergleich der saisonalen Sterblichkeit der schauburgischen Kinder, die im 2. Lebensjahr verstarben, fallen zwei Mortalitätsspitzen im Zeitraum 1670–1749 besonders auf (**Abb. 50**). Als Ursachen kommen Pockenepidemien (April) bzw. Ruhrepidemien (September) in Betracht. Gemeinsam sind den drei Zeiträumen eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit im Frühjahr und eine unterdurchschnittliche im Winter. Dieser Trend findet sich auch in der Gruppe der Kinder, die im 3.–10. Lebensjahr starben (**Abb. 51**).

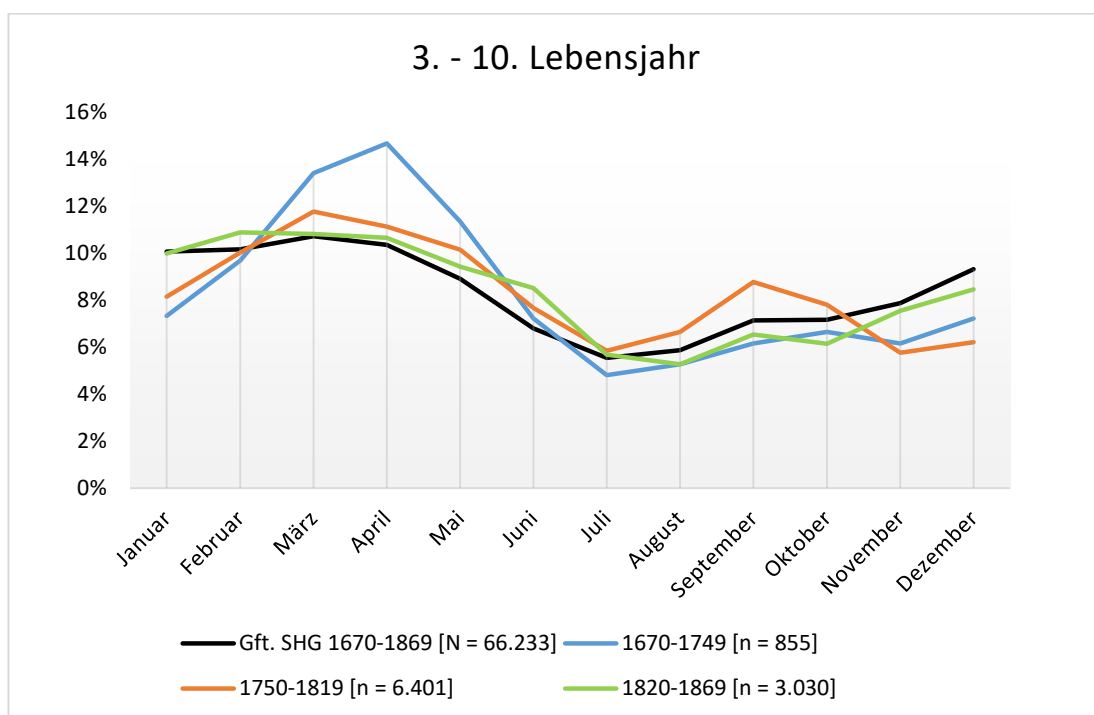


Abb. 51: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 3.–10. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

Ein vollkommen anderes Bild ergibt die Analyse der saisonalen Sterblichkeit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (**Abb. 52**). Zum Teil sind die unruhigen Kurvenverläufe der vergleichsweise geringen Datenbasis geschuldet. Doch lässt sich damit nicht die außerordentlich hohe Mortalität im September in den ersten beiden Zeiträumen erklären. Der drastische Rückgang des prozentualen Septemberanteils im jüngsten Zeitraum verweist auf eine Veränderung des Sterblichkeitsgeschehens im 19. Jahrhundert. Die Sterblichkeit in der jüngsten Erwachsenengruppe entspricht relativ genau der durchschnittlichen Gesamtsterblichkeit in Schaumburg (**Abb. 53**). Abweichungen betreffen zum einen den Zeitraum 1820–69 mit einer vergleichsweise hohen Sterblichkeit in den Hochsommermonaten, zum anderen den Zeitraum 1670–1749 mit einem

signifikanten Mortalitätsgipfel in den Monaten März und April. Die hohen Werte könnten ebenfalls durch Epidemien hervorgerufen worden sein.

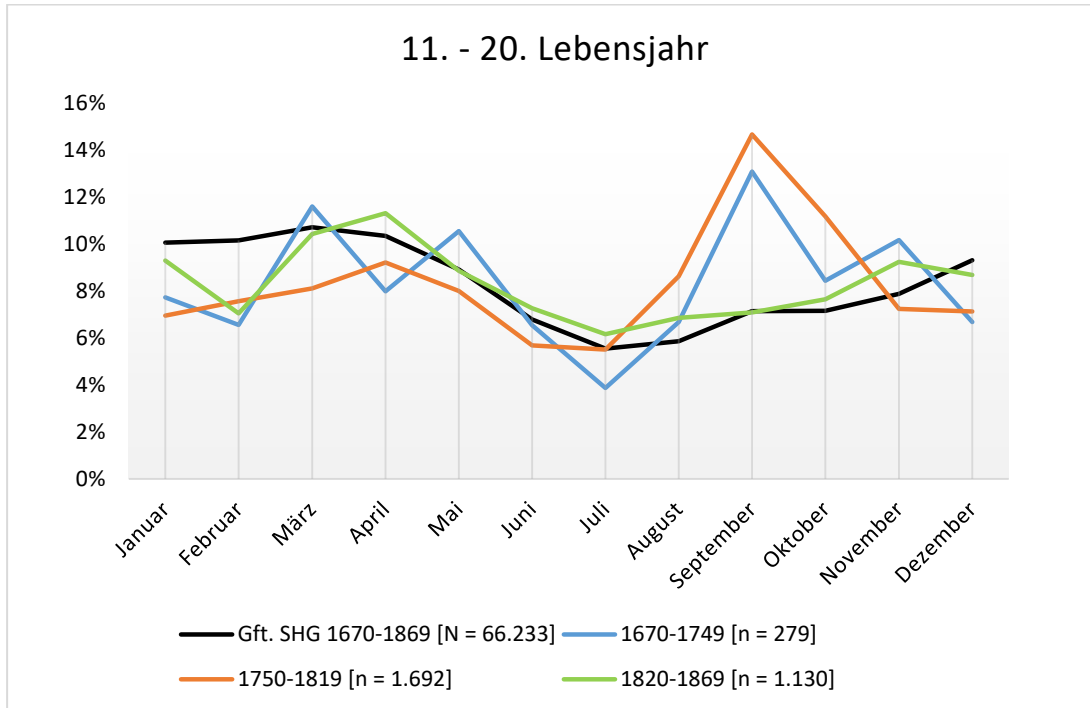


Abb. 52: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 11.–20. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

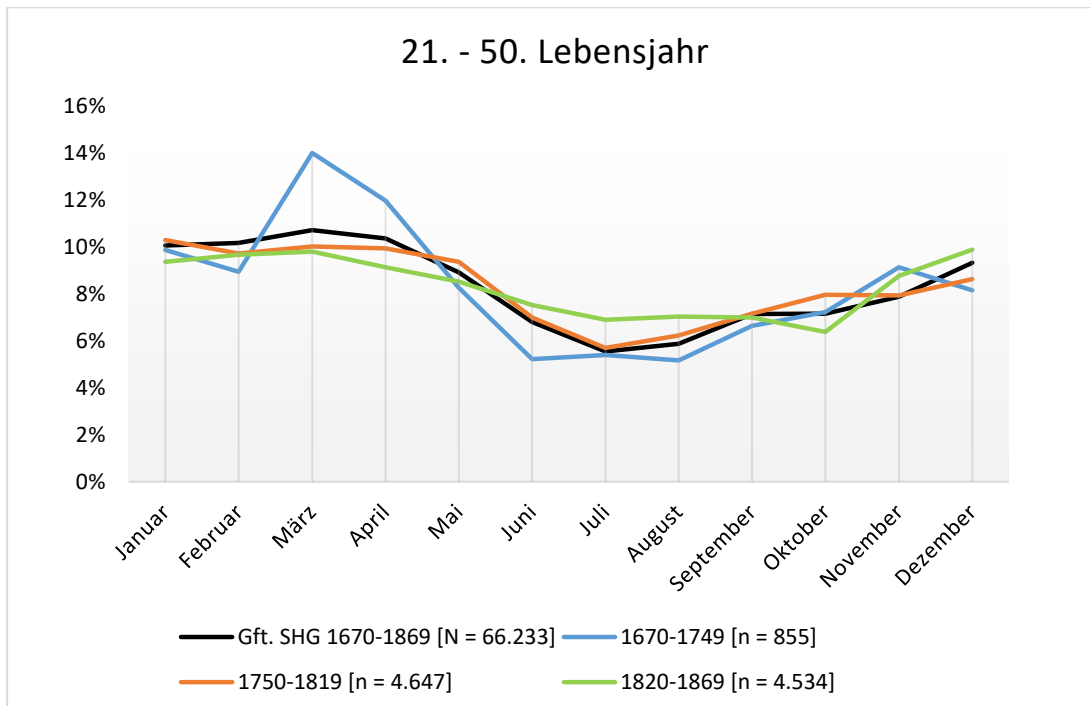


Abb. 53: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 21.–50. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

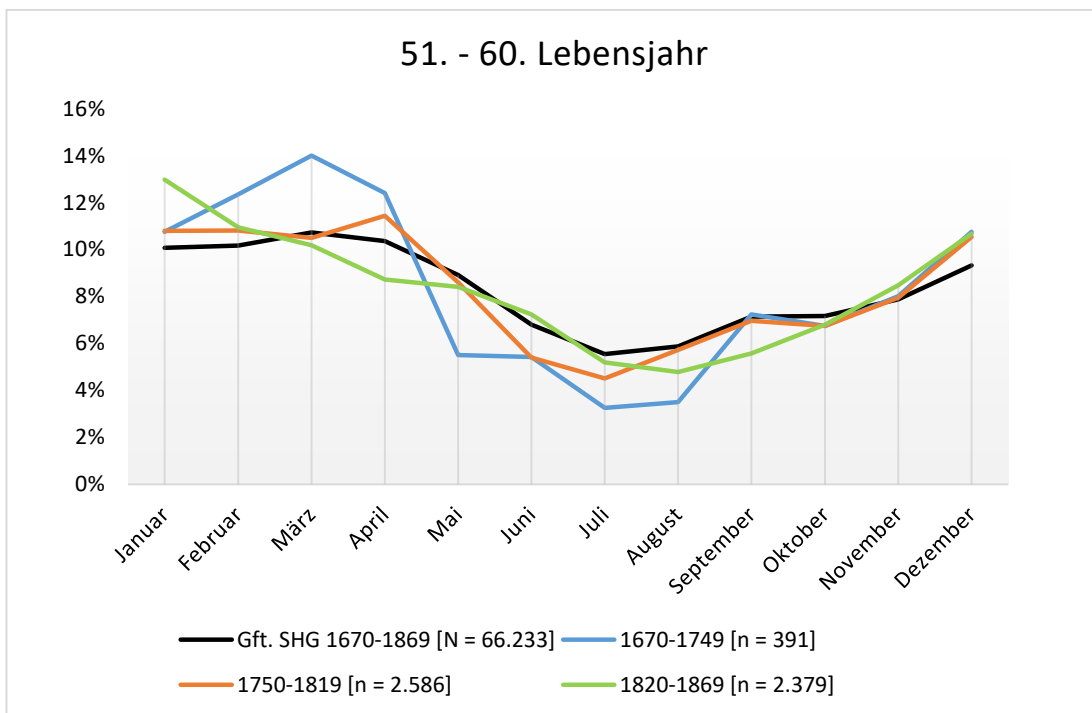


Abb. 54: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 51.–60. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

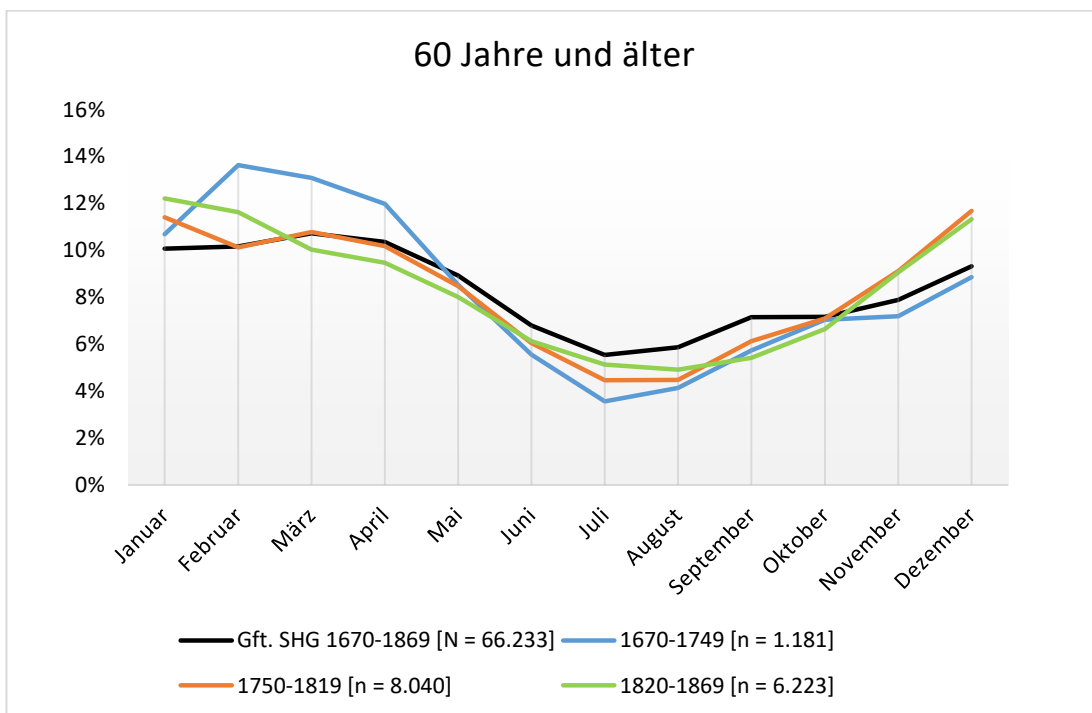


Abb. 55: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg ab dem 61. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent

In der Gruppe der Erwachsenen, die in ihrem 51.–60. Lebensjahr starben, liegt die Mortalität in den Monaten des Hochsommers durchgehend unter dem schaumburgi-

schen Gesamtdurchschnitt, während er in den Monaten des Jahreswechsels stets überschritten wird (**Abb. 54**). Im Frühjahr sind die Kurvenverläufe dann recht uneinheitlich. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen den Zeiträumen 1670–1749 und 1820–69. In der Gruppe der über 60jährigen liegen die Prozentwerte in der kalten Jahreszeit zum Teil weit über dem Gesamtdurchschnitt (**Abb. 55**). Relativ gering ist die Sterblichkeit in dieser Gruppe in den Monaten des Hoch- und Spätsommers.

Die Veränderungen der saisonalen Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg vollzogen sich nur bedingt altersgruppenübergreifend. Die Vulnerabilität für tödliche Erkrankungen war in bestimmten Lebensaltersstufen erhöht. Zur Klärung der Fragen, um welche Krankheiten es sich jeweils genau handelte, ob es einzelne waren oder mehrere und ob diese im Laufe des Untersuchungszeitraums wechselten, bedarf es weitergehender Analysen. Doch gibt es eine Reihe von Besonderheiten, die bei der Untersuchung einzelner Todesursachen Aufschlüsse liefern könnten: Im Zeitraum 1670–1749 fallen altersgruppenübergreifende Mortalitätsgipfel im Frühjahr auf. Im 19. Jahrhundert sind diese nur noch schwach ausgeprägt. Weiterhin erfolgt in den Gruppen der Personen, die im 51.–60. Lebensjahr verstorben sind oder älter als 60 Jahre wurden, seit dem 18. Jahrhundert eine deutliche Verschiebung des Mortalitätsgipfels in der Phase des Jahreswechsels. Die geringe Sterblichkeit in den Sommermonaten bleibt sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch den älteren Menschen unverändert. Unter den Erwachsenen vom 21.–50. Lebensjahr steigt sie im Zeitraum 1820–69 erheblich an, was zu einer Abflachung des saisonalen Sterblichkeitsverlaufs führt.

Für das 19. Jahrhundert lassen sich für die Grafschaft Schaumburg drei alterstypische Verläufe voneinander unterscheiden (**Abb. 56**): Unter den Kindern bestehen nach wie vor signifikante Unterschiede zwischen den Monaten. Im Übergang vom Winter zum Frühling ist die Sterblichkeit stark erhöht, ein leichter Mortalitätsgipfel besteht weiterhin im Spätsommer.¹⁰⁹⁷ Unter den Erwachsenen im mittleren Lebensalter hat sich hingegen eine gewisse Nivellierung vollzogen. Die Frühjahrmortalität, die in den vorangegangenen zeitlichen Phasen auch in dieser Altersgruppe sehr hoch war, ist im 19. Jahrhundert zurückgegangen. Die zu den Sommermonaten hin ehemals steil abfallende Sterblichkeitskurve verläuft nun recht sanft. Der Winter fällt zwar als eine Phase

¹⁰⁹⁷ Vgl. auch SCHLÖDER (2014), S. 170 f.

erhöhter Sterblichkeit auf, die Unterschiede zu den anderen Jahreszeiten sind indes relativ gering. Die Sterblichkeitskurve der Gruppe der Erwachsenen im gehobenen Alter wiederum unterscheidet sich durch eine auffällige Wannenform sowohl von der der Kinder als auch der jüngeren Erwachsenen. Die saisonale Prägung äußert sich hier durch sehr hohe prozentuale Anteile in den Wintermonaten.

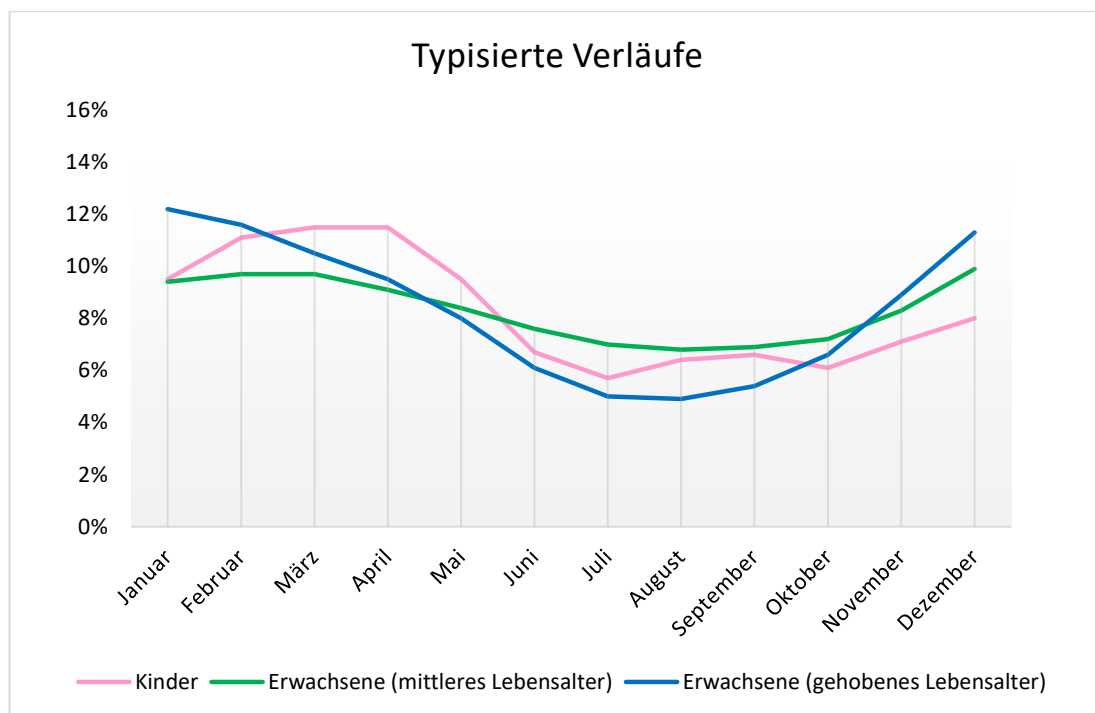


Abb. 56: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im 19. Jahrhundert: typisierte Verläufe

Die saisonale Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg hat sich vom 17. bis zum 19. Jahrhundert durchaus verändert. Im Allgemeinen entspricht sie dem für den mitteleuropäischen Raum typischen Muster im 18. und 19. Jahrhundert. Abweichungen und starke Sprünge, wie sie immer wieder in den historisch-demographischen Untersuchungen registriert wurden, sind nicht selten auf geringe Datenmengen zurückzuführen.¹⁰⁹⁸ Doch werden diese Erscheinungen auch durch andere Ursachen hervorgerufen. Im Rahmen der Analyse der Sterbedaten wurde festgestellt, dass eine Beziehung zwischen Alter und Jahreszeit besteht. Unzweifelhaft haben sich Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen ebenfalls ausgewirkt. Der Verlauf der saisonalen Sterblichkeit kann also durch ein ganzes Bündel an Faktoren beeinflusst worden sein. Damit sind aus der Ermittlung der monatlichen Mortalitätsverteilung weiterführende

¹⁰⁹⁸ Vgl. RETTINGER (2002), S. 275.

Aufschlüsse über Krankheitsverläufe sowie die Verbreitung von Infektionskrankheiten in der Grafschaft Schaumburg zu erwarten.

2.3.5 Epidemien

Viele Infektionskrankheiten lassen sich nur mit Hilfe labordiagnostischer Verfahren eindeutig bestimmen. Im Umgang mit Quellen, die über Epidemien in der Vergangenheit informieren, ist daher stets ein hohes Maß an Skepsis angebracht. Selbst der Kenntnisstand über das Auftreten der Pest in Europa ist trotz einer Vielzahl an zeitgenössischen Schilderungen nach wie vor nicht gesichert. Bisweilen lassen sich Wissenslücken durch methodische Erweiterungen auf naturwissenschaftliche Verfahren schließen. Um zusätzliche Informationen über die Infektionskrankheiten der Vergangenheit zu gewinnen, werden seit einigen Jahren Genanalysen auf der Grundlage erhaltener Zähne und Gebeine Verstorbener durchgeführt.¹⁰⁹⁹ Allerdings ist dieses Verfahren äußerst aufwändig. Zudem sind flächendeckende Analysen über längere Zeiträume allein aus Mangel an analysefähigem Material nicht durchführbar. Noch schwieriger als die Bestimmung der Infektionskrankheiten auf Grundlage zeitgenössischer Aussagen ist die Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen auf die Bevölkerung. Die regelmäßige Erhebung statistischer Daten durch staatliche Behörden setzte erst im 19. Jahrhundert ein. Die Angaben zeitgenössischer Mediziner beruhen oftmals auf Schätzungen, so dass für die Frühe Neuzeit quantifizierbare Daten aus den Sterberegistern aufbereitet werden müssen. Offen bleibt die Frage nach der Gesamtzahl der Infizierten, da diese nur in Ausnahmefällen mitgeteilt wird.

Die Gültigkeit der Diagnostik, sei es die eines Arztes oder die von Laien aus dem sozialen Umfeld, ist stets zu hinterfragen. Die Influenza beispielsweise ließ sich kaum zuverlässig identifizieren. Wenn mehrfach Personen aus demselben Haushalt innerhalb kürzester Zeit die typische Symptomatik – hohes Fieber und Kopf- und Gliederschmerzen – entwickelten, erkannte man sicherlich eine Epidemie, dennoch sind entsprechende Hinweise in den Sterberegistern selten. Für die meisten Menschen der Frühen Neuzeit war die Unterscheidung bedeutungslos. Auch ein verschleppter viraler Infekt kann sich – volkstümlich ausgedrückt – „auf die Brust legen“, Betroffene also ebenso wie bei der Influenza an einer Pneumonie sterben. Die Kirchenbuchnotiz würde dann unabhängig von der spezifischen Todesursache *Brustkrankheit* lauten. Außerdem kann die Influenza Hirnschäden oder Herzerkrankungen auslösen sowie chronische

¹⁰⁹⁹ Vgl. MORELLI (2010); SPYROU (2016).

Grundkrankheiten verstärken. Der Bezug zur Influenza war schwerlich zu erkennen. Ohnedies orientierte man sich bei der Zuordnung zu einer Todesursache an äußeren Symptomen. Obwohl die Influenza zu den häufigsten Infektionskrankheiten zählt, ist sie in den Sterberegistern selbst unter ihrem volkstümlichen Namen, Grippe, unterrepräsentiert.

Trotz aller Schwierigkeiten ist es lohnend, die epidemischen Krankheiten in ihren Verläufen und Auswirkungen zu untersuchen. Sie unterschieden sich hinsichtlich Letalität und Frequenz, übten aber einen kontinuierlichen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung aus. Darüber hinaus können sie Einblicke liefern über die Nutzung von Verkehrswegen oder die Vernetzung zwischen Wirtschaftsräumen. Die Grafschaft Schaumburg bietet sehr gute Voraussetzungen für eine entsprechende Untersuchung. Als Exklave bestand keine unmittelbare Anbindung an das hessische Mutterland, dafür gab es gemeinsame Grenzen mit unterschiedlichen Territorien. Norden und Süden Schaumburgs waren in unterschiedlicher Weise an den Handelsverkehr angebunden, der dazwischenliegende Landesteil infrastrukturell unterentwickelt. Die Heterogenität bildet eine optimale Grundlage, um Fragen zu unterschiedlichen Aspekten von Infektionskrankheiten nachzugehen. Da die Angabe von Todesursachen in den Sterberegistern erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts flächendeckend einsetzte, ist der Untersuchungszeitraum begrenzt. Doch zumindest im nordschaumburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) fanden die Todesursachen bereits mit Einführung der Sterberegister 1665 Berücksichtigung, so dass der Beginn des Untersuchungszeitraums um rund 100 Jahre vorverlegt werden kann.

Die Auswahl der für eine datenbasierte Analyse in Frage kommenden Infektionskrankheiten ist freilich sehr beschränkt. Anbieten tun sich die Ruhr (Shigellose), mit Vorbehalt die Masern (Morbillis)¹¹⁰⁰, besonders aber die Pocken¹¹⁰¹. Diese Krankheiten sind in jeder Beziehung auffällig und im Allgemeinen so leicht zu identifizieren, dass die

¹¹⁰⁰ Vgl. auch GEHRMANN (1984), S. 100 f.

¹¹⁰¹ Zwar können Pockeninfektionen bisweilen in ihrem äußeren Erscheinungsbild – Anzahl und Form der Pusteln – voneinander abweichen. Auch kennt man Verlaufsformen mit flachen Pusteln, die nicht die typische Borke entwickeln, sondern bei der sich die Haut abschält. Doch waren die Menschen aufgrund der Häufigkeit recht gut vertraut mit dieser Krankheit. Insofern ist davon auszugehen, dass die in den Kirchenbüchern registrierten Pockentoten in der Regel an der diagnostizierten Krankheit verstorben sind.

Menschen des 18. Jahrhunderts eine konkrete Vorstellung von ihnen besaßen.¹¹⁰² Im Gegensatz zu anderen Krankheiten wurden sie unter Begriffen in die Kirchenbücher aufgenommen, die eine zweifelsfreie Zuordnung ermöglichen. Darin unterscheiden sie sich von saisonal auftretenden Infektionskrankheiten mit eher unspezifischer Symptomatik wie der Influenza. Im Mittelpunkt des vorliegenden Kapitels stehen jedoch die Pocken. Hierfür existiert eine breite Datenbasis, die auf zuverlässiger Diagnostik fußt. Darüber hinaus haben die Pocken annähernd so viel wissenschaftliches Interesse auf sich gezogen wie die Pest, was Vergleiche der Forschungsergebnisse mit den schaumburgischen Befunden ermöglicht. Dazu zählt unter anderem die Annahme, dass die epidemische Verbreitung der Pocken Gesetzmäßigkeiten unterlag.

Epidemische Intervalle – Überprüfung

Mit der zunehmend dichter werdenden Dokumentation der Todesursachen im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts findet sich kaum ein Jahr, in dem die Pocken nicht in einem der berücksichtigten schaumburgischen Kirchspiele erscheinen. Dabei stehen Jahre, in denen die Todesursachen *Pocken*, *Blattern* oder *Variolis* vergleichsweise selten registriert wurden, Jahren gegenüber, in denen diese Krankheit mit äußerster Intensität gewütet hat. Die medizinische Forschung hat dies damit erklärt, dass die Pockenausbrüche einem bestimmten Muster folgen. So schreibt Gins (1963):

Wir haben seinerzeit schon als Studenten gelernt, dass die Menschenpocken in gewissen Zwischenräumen epidemisch aufgetreten seien und zwar derart, dass immer erst einige Jahrgänge von nicht durchseuchten Kleinkindern heranwachsen mussten, ehe die Pocken wieder genügend empfängliches Menschenmaterial hatten. Dieses ist grundsätzlich richtig, aber keineswegs ganz wörtlich zu nehmen. Es war ja nicht so, dass über weite Länder hinweg nun pockenarme Jahre mit solchen epidemischer Verbreitung abgewechselt hätten. Beim Vergleich der Pockenausbrüche ist es leicht zu sehen, in welchen Wellenbewegungen die Pockenausbrüche abliefen, aber diese Wellenbewegungen laufen nicht gleichsinnig und können für viele Orte als selbständige Verlaufskurven erkannt werden. (S. 68)

¹¹⁰² Kritisch hierzu vgl. aber GEHRMANN (1982), S. 100.

Die Vorstellung, dass Epidemien bestimmten Gesetzmäßigkeiten unterliegen, begann sich bereits im 18. Jahrhundert in der Medizin zu manifestieren und fand schließlich auch Eingang in die historisch-demographische Forschung: „Diese Intervalle waren für jede Gegend typisch als Funktion der Zahl der Bewohner und der Verkehrslage. Blieben die Faktoren immer dieselben, änderte sich auch die Periodizität der Pocken nicht.“¹¹⁰³ Die Variationsbreite der epidemischen Intervalle in Mitteleuropa wird mit zeitlichen Abständen von 3–10 Jahren angegeben, auf Island und in Südamerika sollen die Pocken nach jeweils rund 20 Jahren ausgebrochen sein.

Um zu überprüfen, ob das Auftreten der Pockenepidemien tatsächlich Gesetzmäßigkeiten unterlag, wurde auf der Grundlage der Sterberegister des Kirchspiels Grove (Rbg) zunächst das ausgehende 17. Jahrhundert mit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts verglichen. Aufgrund der häufigen Erwähnung der Todesursache *Blattern* ist davon auszugehen, dass die Pockenepidemien in diesem Kirchspiel zwischen 1665 und 1714 nahezu lückenlos dokumentiert worden sind. In den folgenden Jahrzehnten wurden die Todesursachen in den Grover Sterberegistern nur selten überliefert, so dass auch von einer Unterregistrierung der Pocken auszugehen ist. Ab der Mitte des 18. Jahrhunderts wurden die Todesursachen wieder umfassend registriert. Die Pockenepidemien sind damit bis zum Ende des Untersuchungszeitraums zuverlässig belegt: Im Vergleich der beiden Zeiträume ergibt sich zunächst eine hohe interzyklische Schwankungsbreite zwischen 1665 und 1714 (**Abb. 57**). Der geringste zeitliche Abstand zwischen zwei Pockenepidemien beträgt 1 Jahr, der höchste 10 Jahre.¹¹⁰⁴ Möglicherweise sind die Epidemien von 1675 und 1676 identisch, wenngleich zwischen dem letzten Todesfall im November 1675 und dem ersten Todesfall im April 1676 ein zeitlicher Abstand von 5 Monaten besteht.¹¹⁰⁵ Zumindest bis 1700 lässt sich im Kirchspiel Grove (Rbg) ein zugrundeliegendes Muster nicht ansatzweise erkennen. Im Zeitraum von 1756 bis 1790 betragen die Abstände jeweils 5–6 Jahre, was die Annahme der Gesetzmäßigkeit epidemischer Intervalle stützen würde. Doch schon zu Beginn der 1790er

¹¹⁰³ HERRLICH (1967), S. 124; vgl. auch SCHNURRER (1810), S. 53-57; RÖDEL (1979), S. 79 f.; NORDEN (1984), S. 82; WISCHHÖFER (1996), S. 203; WENDLER (2008), S. 139 f., sowie BIELKE (1986), S. 187, der von einer „typischen Siebenjahresspanne“, die allerdings „bei der Migration in Berlin nicht immer zu erkennen“ sei, spricht.

¹¹⁰⁴ Bei der Ermittlung des zeitlichen Abstands zwischen zwei Epidemien wurde jeweils auf ganze Jahre aufgerundet und diese gezählt.

¹¹⁰⁵ Hier und im Folgenden: Epidemien wurden als eigenständig gewertet, wenn zwischen zwei registrierten Todesfällen aufgrund der Pocken mindestens 4 Monate liegen.

Jahre verkürzen sich die Abstände zwischen den Epidemien. Dass seit Beginn des 19. Jahrhunderts Pockenepidemien in Schaumburg seltener auftraten, ist dann eine unmittelbare Folge der Einführung der Vakzination.

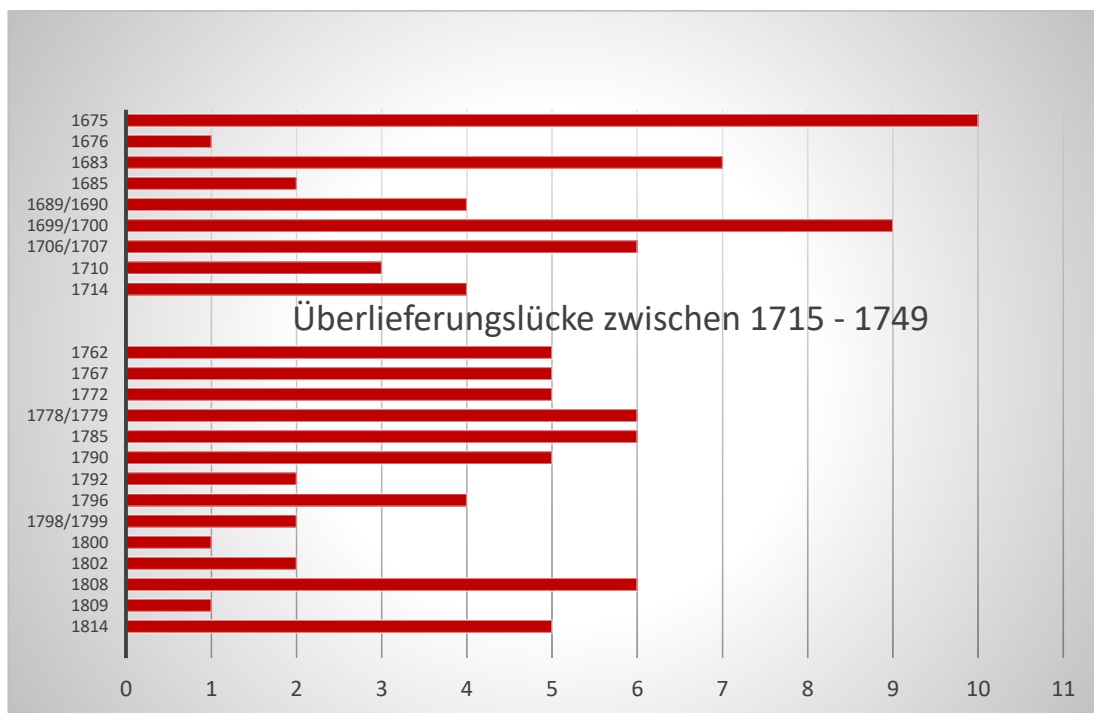


Abb. 57: Pocken – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1814) in Jahren¹¹⁰⁶

Als maßgebliche Einflussfaktoren bei der Verbreitung epidemischer Krankheiten in der Vergangenheit kommen die infrastrukturellen Rahmenbedingungen in Betracht. Trotz des vornehmlich ländlichen Charakters weisen die schaumburgischen Kirchspiele Unterschiede auf, die sich im Zusammenhang mit den Pockenepidemien ausgewirkt haben könnten. Im Folgenden soll dieser Vermutung nachgegangen werden: Auf einer Skala, die von Ruralität bis Urbanität reicht, sind an dem einen Ende Kirchspiele wie Beckedorf, an dem anderen die Stadt Rinteln zu verorten. In der Mitte befindet sich das Kirchspiel Grove (Rbg), das sowohl städtische als auch dörfliche Strukturen vereint und als Amtssitz eine Mittelpunktfunktion im Norden des Territoriums innehatte. Gemeinsam ist den drei Kirchspielen eine verkehrsgünstige Lage. Rinteln liegt

¹¹⁰⁶ Die erste dokumentierte Epidemie datiert bereits in das Jahr 1665, als die Kirchenbücher in Grove (Rbg) eingeführt wurden. Die erste Epidemie, die sich nach dem lückenhaft überlieferten Zeitraum aufgrund der Angabe der Todesursachen nachweisen lässt, durchzog 1757 das Kirchspiel.

unmittelbar an der Weser, Beckedorf und Grove (Rbg) sind über den Helweg an den Handelsverkehr angeschlossen.

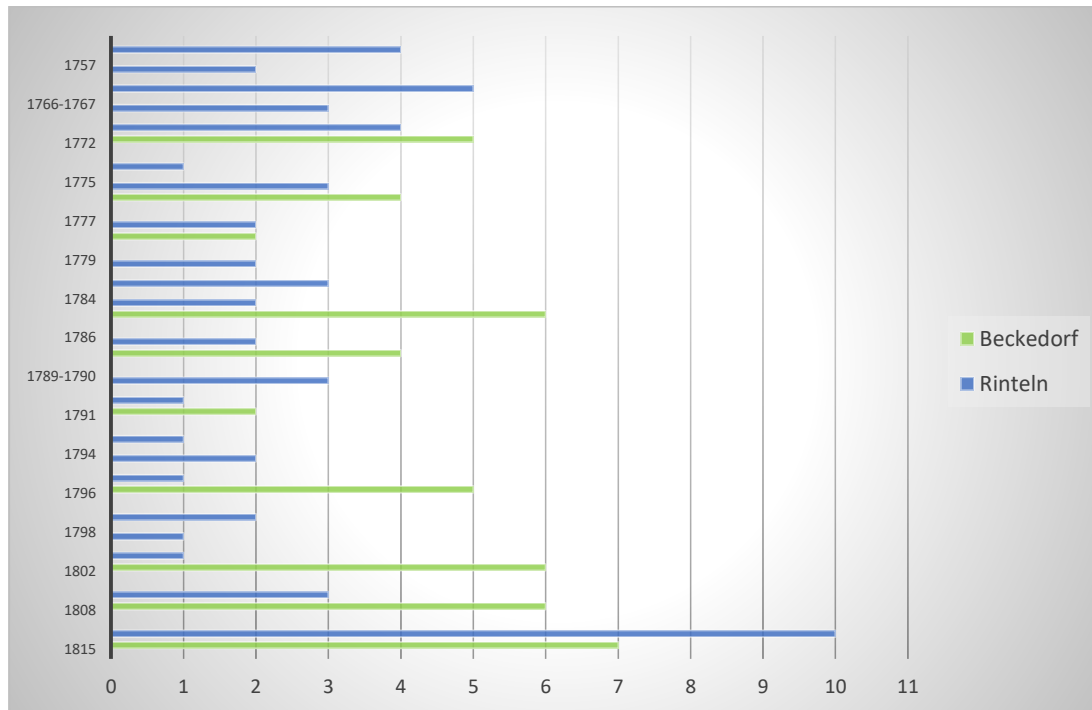


Abb. 58: Pocken – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien in den Kirchspielen Beckedorf und Rinteln (Rbg) (1750–1815) in Jahren

In einem weiteren Schritt wurden zusätzlich die Abstände zwischen den Pockenepidemien im urbanen Rinteln und im ruralen Beckedorf ermittelt (**Abb. 58**). Der Vergleich zwischen Grove (Rbg) und den Kirchspielen Rinteln und Beckedorf ergibt durchaus Abweichungen: In Rinteln traten die Pockenepidemien in rascher Folge auf. Bereits in den 1770er Jahren verringerten sich die Abstände, in den 1790er Jahren wurden Pockentote wiederholt jährlich notiert. Dagegen liegen im dörflichen Kirchspiel Beckedorf die Abstände zwischen den Pockenausbrüchen zumeist bei 4–6 Jahren¹¹⁰⁷ und entsprechen damit den Intervallen, die in anderen Territorien zumeist beobachtet wurden. Eine ähnliche Häufung in den 1790er Jahren wie in Rinteln und Grove (Rbg) blieb aus.

Die Annahme, dass Pockenepidemien Gesetzmäßigkeit unterlagen, lässt sich auf der Grundlage der drei schauburgischen Kirchspiele nicht bestätigen. Die relativ langen

¹¹⁰⁷ Über Pockenepidemien, die dem Jahr 1767 vorausgegangen sind, liegen mangels Angaben der Todesursachen keine Informationen vor.

zeitlichen Abstände im eher dünnbesiedelten Kirchspiel Beckedorf sind Folge eines reduzierten Infektionsgeschehens. In der Stadt Rinteln waren sowohl Bevölkerungsdichte als auch Reiseverkehr erhöht. Die vermehrten Kontakte zwischen den Menschen verkürzten den Abstand zwischen den Epidemien. So findet sich in der Stadt Nürnberg zwischen 1714 und 1804 kaum ein Jahr ohne Pockentote.¹¹⁰⁸ Ähnliches gilt für die schlesische Stadt Brieg. Dort gab es zwischen 1751 und 1800 lediglich 11 Jahre, in denen niemand an den Pocken verstarb.¹¹⁰⁹ Des Weiteren wurden in diesem Zeitraum zehn Pockenepidemien mit auffallend hoher Letalität verzeichnet, die vornehmlich in Abständen von 4–5 Jahren auftraten.¹¹¹⁰ Die Entwicklung im Kirchspiel Grove (Rbg) gibt zudem Anlass zur Vermutung, dass die Epidemien seit dem 17. Jahrhundert zahlenmäßig zugenommen haben. Mit einiger Wahrscheinlichkeit hätten sich ohne Einführung der Vakzination die Abstände zwischen den Epidemien in den ländlichen Kirchspielen Schaumburgs auf lange Sicht ähnlich verkürzt wie in Rinteln.

Masern und Ruhr waren aufgrund von Symptomatik und Frequenz im Untersuchungszeitraum für die Angehörigen der schaumburgischen Bevölkerung relativ sicher zu bestimmen. Die Todesursache *Masern* ist im Kirchspiel Grove (Rbg) erstmals im Jahre 1673 belegt, bereits 3 Jahre später erschien sie erneut (**Abb. 59**). In den folgenden Jahren vergrößerten sich die Abstände zwischen Jahren mit Maserntoten. Da die Letalität der Masern unter der der Pocken liegt (vgl. Kap. 3.4.1), könnten sie jedoch öfter grassiert sein; aktenkundig wurden nur Epidemien, in denen mindestens eine Person zu Tode kam. Bemerkenswert ist, dass die Masern im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts in den Grover Kirchenbüchern überhaupt nicht registriert wurden. Das temporäre Fehlen dieser Todesursache könnte damit zusammenhängen, dass mehr Kinder an den Pocken starben (siehe unten). Dennoch ist *Masern* in diesem Zeitraum nicht gänzlich aus den Registern verschwunden. In den wesernahen Kirchspielen sowie dem benachbarten Kirchspiel Großenndorf wurde diese Todesursache verzeichnet. Die Masern stellten während des gesamten erweiterten Untersuchungszeitraums eine latente Gefahr dar.

¹¹⁰⁸ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 333-335; hierzu auch ELIASSOW (1926), S. 6.

¹¹⁰⁹ Vgl. GINS (1963), S. 71.

¹¹¹⁰ Vgl. EBD., S. 68.

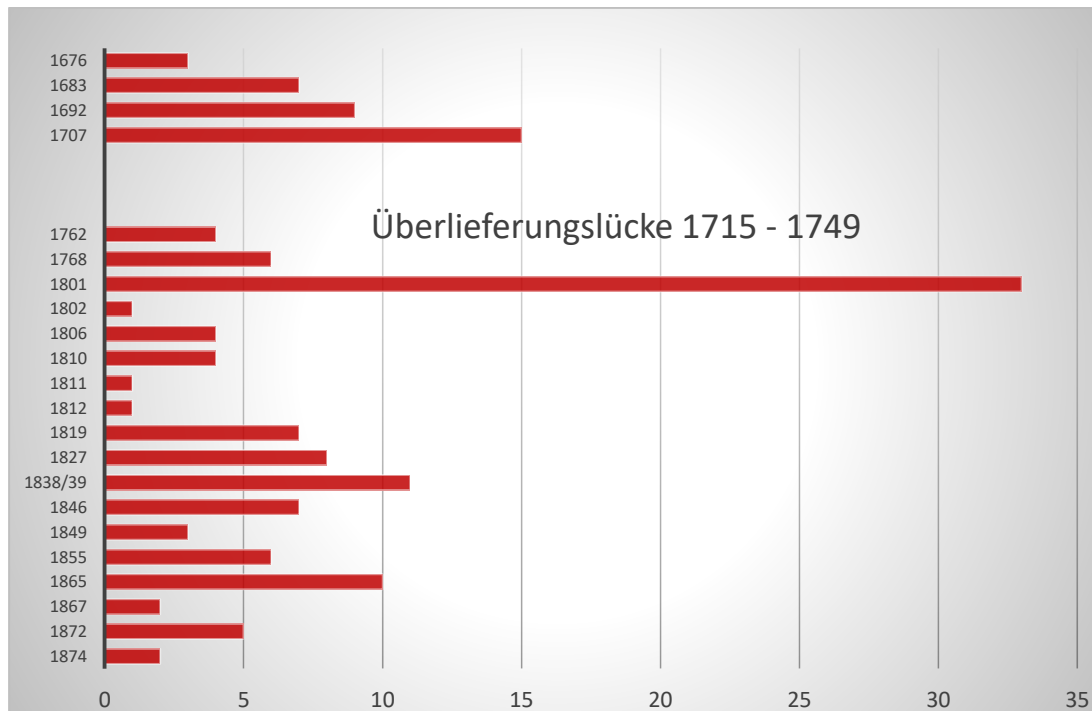


Abb. 59: Masern – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Jahren

Der erste schriftliche Nachweis über das Auftreten der Ruhr im Kirchspiel Grove (Rbg) fällt zeitlich mit der Einführung der Sterberegister im Jahre 1665 zusammen. Bereits ein Jahr später wurde diese Infektionskrankheit erneut aktenkundig (**Abb. 60**). Zumindest in den gutbelegten Zeiträumen lässt sie sich in diesem Kirchspiel ähnlich oft wie die Pocken nachweisen. Zum einen ging die Ruhr aufgrund der unzureichenden therapeutischen Möglichkeiten mit einer gesteigerten Letalität einher. Zum anderen war der Kreis der potentiellen Opfer um die älteren Menschen aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität für gastrointestinale Krankheiten erhöht (vgl. Kap. 3.5.4). Ebenso wie die Masern war auch die Ruhr während des gesamten erweiterten Untersuchungszeitraums präsent, allerdings trennen sehr große zeitliche Abstände einige der Epidemien im 19. Jahrhundert.

Indizien für epidemische Intervalle sind weder für Masern noch Ruhr ersichtlich. Zwar weisen beide Krankheiten Phasen auf, in denen sie ebenso wie die Pocken in relativ gleichmäßigen Abständen aufgetreten sind: Zwischen 1736 und 1757 grassierte die Ruhr jeweils alle 7 Jahre im Kirchspiel Grove (Rbg); auch bei den Masernepidemien ist im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts ein ähnlicher Rhythmus zu beobachten (vgl.

Kap. 3.4.2). In der Betrachtung des jeweiligen Gesamtzeitraums stellen sich diese Phasen dann als zufällig heraus. Für eine Gesetzmäßigkeit spricht nichts. So konstatierte bereits Hauff im Jahre 1836: „Aus dieser Geschichte der Ruhr ergibt sich, dass sie stets in verschiedenen Zeitabschnitten wiederkehrte, ohne sich an einen bestimmten zeitlichen Typus zu binden, wie man einen solchen bei andern epidemisch herrschenden Krankheiten (Pocken, Masern, Scharlach, aber wie ich glaube, auch hier vergebens) nachzuweisen gesucht hat. Denn während sie oft in langer Zeit ganz ruht, folgen ein andermal mehrere heftige Epidemien rasch aufeinander (...).“¹¹¹¹

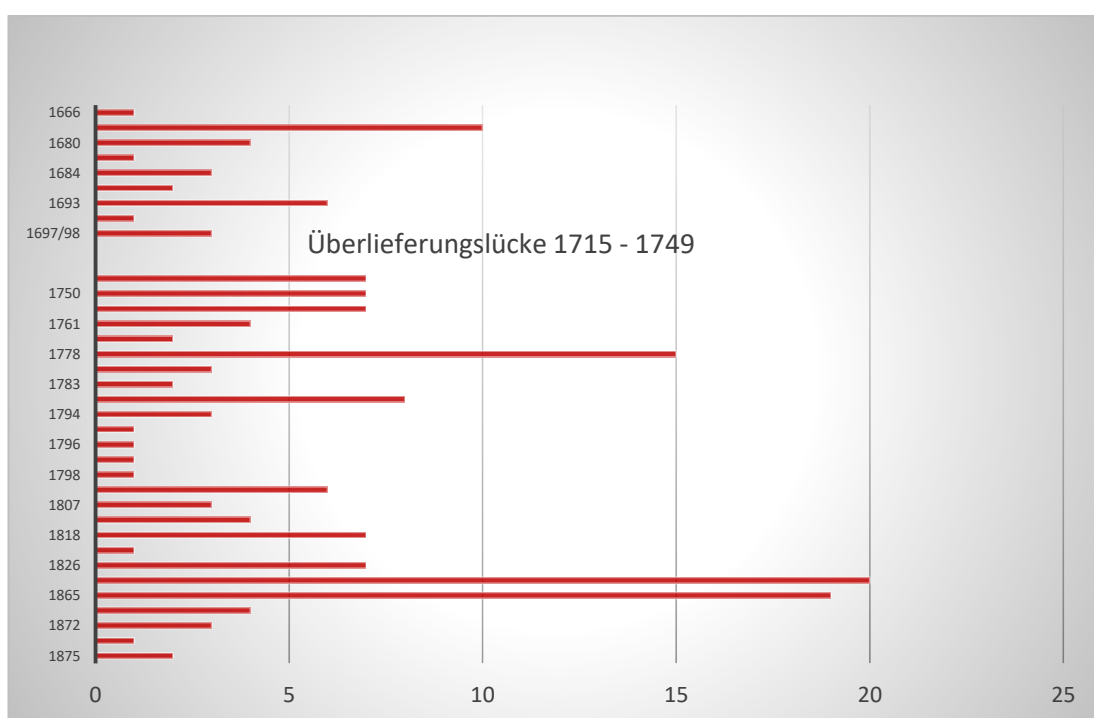


Abb. 60: Ruhr – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Jahren

Im Zusammenhang mit den Pocken wird gelegentlich auf eine hohe Schwankungsbreite der Todesfälle verwiesen. Die Forschung führt dies auf zwei Faktoren zurück.¹¹¹² Zum einen ging eine Epidemie mit der Immunisierung derjenigen Infizierten, die die Erkrankung überlebten, einher. Wurden also in den Folgejahren viele Kinder geboren, erhöhte sich neben der Anfälligkeit für Infektionen auch die Zahl der poten-

¹¹¹¹ HAUFF (1836), S. 207 f.

¹¹¹² Vgl. BRANDLMEIER (1942), S. 84; NORDEN (1984), S. 82; IMHOF (1986b), S. 121; VASOLD (1999), S. 181 f.

tiellen Pockenopfer. Zum andern wird vermutet, dass die Virulenz der Pockenepidemien im Laufe der Frühen Neuzeit nicht nur alternierte, sondern tendenziell zunahm: „Die meisten Berichte über mittelalterliche Epidemien stammen von Laien. Dies rührt wohl daher, dass die Krankheit selbst im 16. Jahrhundert noch recht mild gewesen sein muss. (...) Im 17. Jahrhundert scheint die Krankheit, deren Virulenz periodisch steigt und fällt, viel strenger gewesen zu sein.“¹¹¹³ Mangels Informationen zur Gesamtzahl der Infizierten in Schaumburg lassen sich diese Annahmen nur bedingt überprüfen. Zumindest liegen für eine alternierende Virulenz des Pockenerregers keine Anhaltspunkte vor. War die Zahl der Todesfälle während einer Epidemie niedrig, bestand vielmehr oftmals eine zeitliche Nähe zur vorangegangenen Epidemie. Der Anteil Nicht-Immunisierter war dann noch gering.

Der Annahme, dass die Pocken zu Beginn der Frühen Neuzeit milder verlaufen sind, lässt sich auf der Grundlage der schaumburgischen Kirchenbücher nicht umfassend nachgehen. Doch zumindest das letzte Drittel des 17. Jahrhunderts ist durch die Sterberegister des Kirchspiels Grove (Rbg) abgedeckt.¹¹¹⁴ Im Vergleich dieses Zeitraums mit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ergibt sich durchaus ein Unterschied (**Abb. 61**): Die Todeszahlen in Grove (Rbg) blieben während der Pockenepidemien bis 1714 verhältnismäßig gering. Im zweiten Zeitraum stiegen sie deutlich an. Allein 1665, das mit 20 Verstorbenen am stärksten betroffene Jahr des ersten Zeitraums, wird im 18. Jahrhundert 7-mal übertroffen. Unmittelbar auf die Geburtenzahlen zurückführen lassen sich die Zahlen nicht.

¹¹¹³ ACKERKNECHT (1977), S. 56. Ein Vergleich auf der Grundlage genetischer Analysen wiederum gibt Anlass zur Vermutung, dass die Teilung in zwei Erregerstämme erst durch die Impfungen hervorgerufen wurde (vgl. Kap. 3.4.1).

¹¹¹⁴ Die Sterberegister von Grove (Rbg) enthalten zwischen 1665 und 1714 insg. 2.092 Eintragungen. Bei rund 50 % aller Sterbefälle ist die Todesursache angegeben. Die Pocken als Ursache finden sich in 108 Fällen. Weil jedoch gerade in epidemischen Phasen – *Ruhr*, *Brustseuche*, *Blattern* – eine relativ dichte Dokumentation der Todesursachen erfolgte, dürfte eine mögliche Unterregistrierung der Pockentoten kaum ins Gewicht fallen.

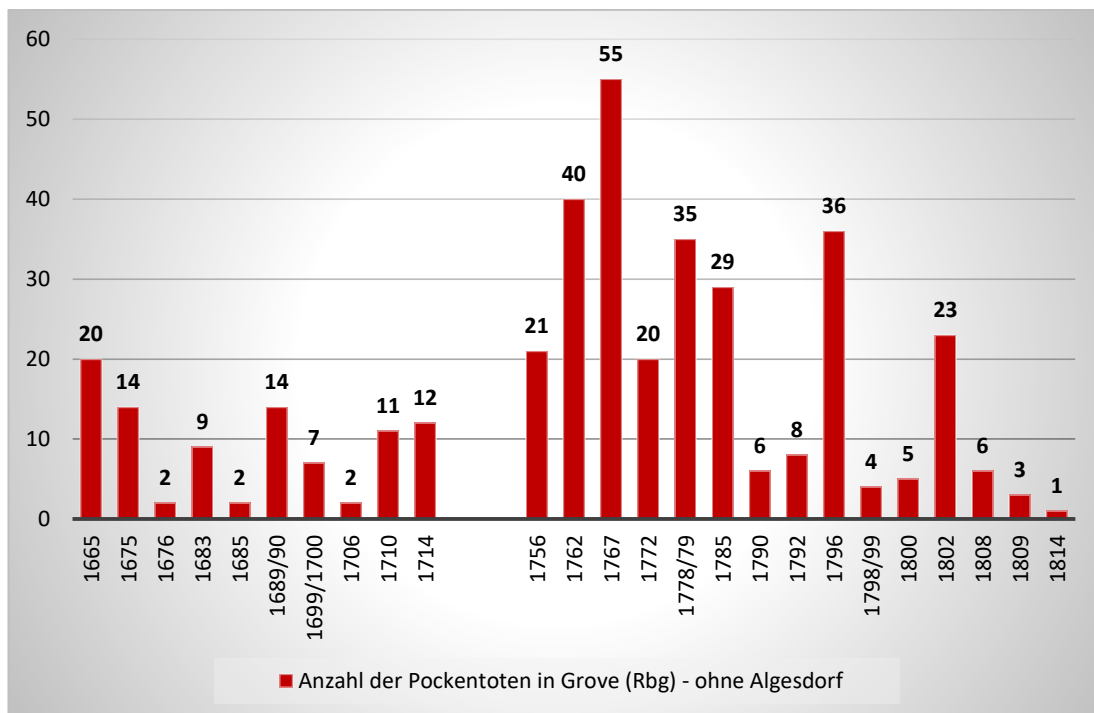


Abb. 61: Pockenepidemien – Verstorbene im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Absolutzahlen

Der Vergleich der beiden Zeiträume im Fünf-Jahres-Schnitt verdeutlicht dies (**Abb. 62**): Die Geburtenzahlen korrelieren zwar leicht mit der Anzahl der Pockentoten; dies gilt vor allem für die 1660er und 1760er Jahre. Doch liegen die Geburtenzahlen im 18. Jahrhundert nicht so hoch über denen des 17. Jahrhunderts, als dass sie für den starken Anstieg der Pockenmortalität verantwortlich sein könnten. Dieser Befund lässt sich als Indiz für eine Steigerung der Virulenz im Laufe der Frühen Neuzeit werten. Gegen die Annahme der Herausbildung einer aggressiveren Variante im europäischen Raum spricht allerdings, dass Variola sehr stabil ist und zu den Erregern mit schwach ausgeprägter Mutationsneigung zählt. Denkbar wäre im Fall von Pockenepidemien mit überdurchschnittlicher Mortalität ein Zusammentreffen mit weiteren pathogenen Faktoren (Syndemie¹¹¹⁵). Der Rostocker Arzt Georg Friedrich Most vermutete bereits in den 1820er Jahren die Verschlimmerung einer Scharlachepidemie aufgrund der sich zugleich verbreitenden Influenza.¹¹¹⁶ Doch bleibt auch dies nur Spekulation. Weil mit der Einführung der Vakzination ein bahnbrechender Faktor hinzukam, der eine zügige regionale Eliminierung der Pocken einleitete und damit eine mögliche Entwicklung

¹¹¹⁵ Bei einer Syndemie, auch syndemische Epidemie, treten mindestens zwei Epidemien gleichzeitig oder in unmittelbarer Abfolge auf.

¹¹¹⁶ Vgl. MOST (1826), S. 176 f.

beendete, ist eine annähernd sichere Beurteilung auf der Basis schriftlicher Quellen nicht möglich. Aufschluss könnten künftig Genomuntersuchungen erbringen.

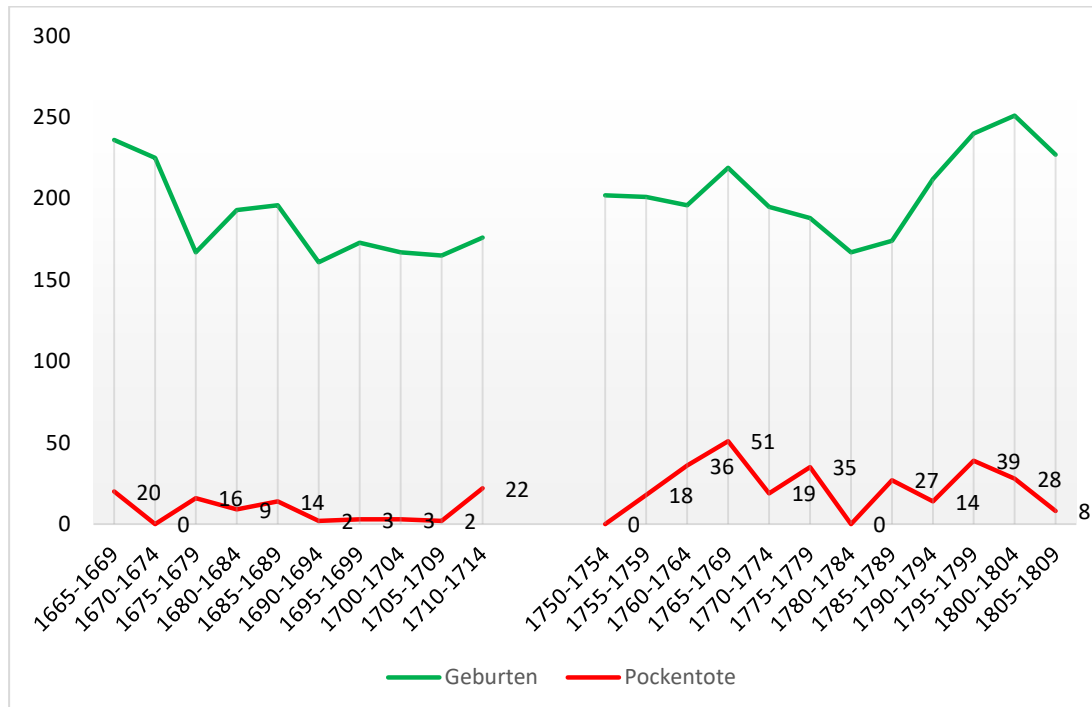


Abb. 62: Pockenepidemien – Vergleich der Geburten und Pockentoten im Kirchspiel Grove (Rbg) im Fünf-Jahres-Schnitt (1665–1809) in Absolutzahlen

Die infrastrukturellen Gegebenheiten in einer Region oder einer Siedlung wirken sich auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten begünstigend oder hemmend aus. Veranschaulichen lässt sich dies am Beispiel der Kirchspiele Beckedorf, Grove (Rbg) und Rinteln (**Abb. 63**): Festgestellt wurde, dass die Weserstadt Rinteln deutlich häufiger von den Pocken als die beiden nordschaumburgischen Kirchspiele heimgesucht worden war. Dass die Zahl an Todesfällen in Rinteln, wo im ausgehenden 18. Jahrhundert rund 2.600 Menschen lebten, nach 1763 in Relation zur Einwohnerzahl zu gering sein dürfte, lässt sich mit lückenhaften Angaben der Todesursachen erklären. In Grove (Rbg) und Beckedorf brachen die Pocken zwar seltener aus, doch fielen ihnen jeweils mehr Menschen zum Opfer. Anzunehmen ist, dass die beständige Wiederkehr der Pocken in Rinteln weitgehend unabhängig vom Grad der Immunisierung der Stadtbevölkerung durch das erhöhte Maß an sozialen Kontakten gefördert wurde. Gleichwohl ist in keinem der drei Kirchspiele eine Korrelation zwischen der Zahl an Pockentoten und dem zeitlichen Abstand der Epidemien zu erkennen. Dass, wie man in der Medizin glaubte, vor dem neuerlichen Ausbruch einer Epidemie erst „genügend empfängliches

Menschenmaterial“¹¹¹⁷ heranwachsen musste, überzeugt insofern nicht, erfasst zumindest nicht deren Komplexität.

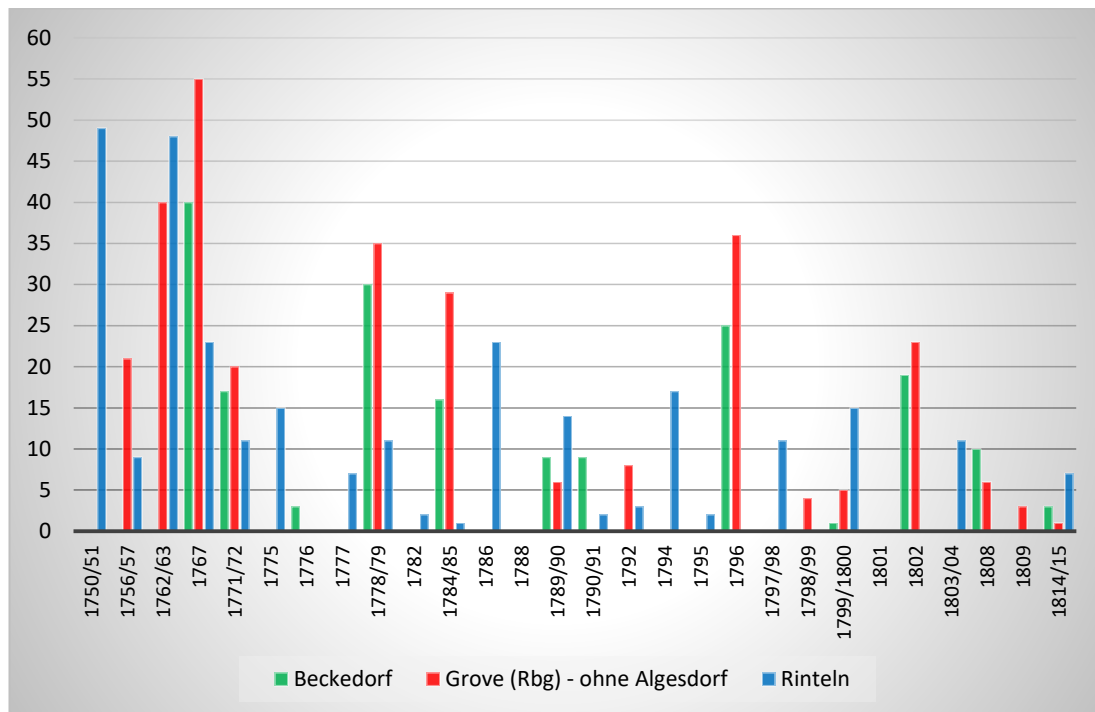


Abb. 63: Pockenepidemien – Vergleich der Pockentoten in den Kirchspielen Beckedorf, Grove (Rbg) und Rinteln (1750–1815) in Absolutzahlen

Die Pocken hatten trotz der Mortalitätsschwankungen spätestens im 18. Jahrhundert eine dominierende Stellung unter den infektiösen Kinderkrankheiten erlangt, könnten die anderen geradezu verdrängt haben.¹¹¹⁸ Dabei lag noch im ausgehenden 17. Jahrhundert das Bedrohungspotential der Masern im Kirchspiel Grove (Rbg) kaum unter dem der Pocken. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts waren die Masern als tödliche Infektionskrankheit der Kindheit nahezu bedeutungslos. Dies änderte sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Die Grover Sterberegister indizieren ein Wiedererstarken der Masern nach Einführung der Pockenschutzimpfung in Schaumburg. Die Masern grassierten nicht nur wieder in kürzeren Abständen, auch die durchschnittliche Zahl an Sterbefällen stieg an (**Abb. 64**). Anders verhält es sich mit der Ruhr, die während des gesamten Untersuchungszeitraums in Grove (Rbg) präsent war. Im Unterschied zu den Masern sank die ruhrbedingte Mortalität im 19. Jahrhundert ungeachtet des Bevölkerungswachstums deutlich unter die der vorangegangenen Jahrhunderte (**Abb.**

¹¹¹⁷ GINS (1963), S. 68; vgl. auch WENDLER (2008), S. 140.

¹¹¹⁸ Vgl. auch MOST (1826), S. 287.

65). Ein direkter Einfluss der Pocken auf die Ruhr lässt sich nicht feststellen. An der Häufigkeit des Auftretens änderte sich nichts. Und der Rückgang der Ruhrletalität hat andere Ursachen (vgl. Kap. 3.5.4).

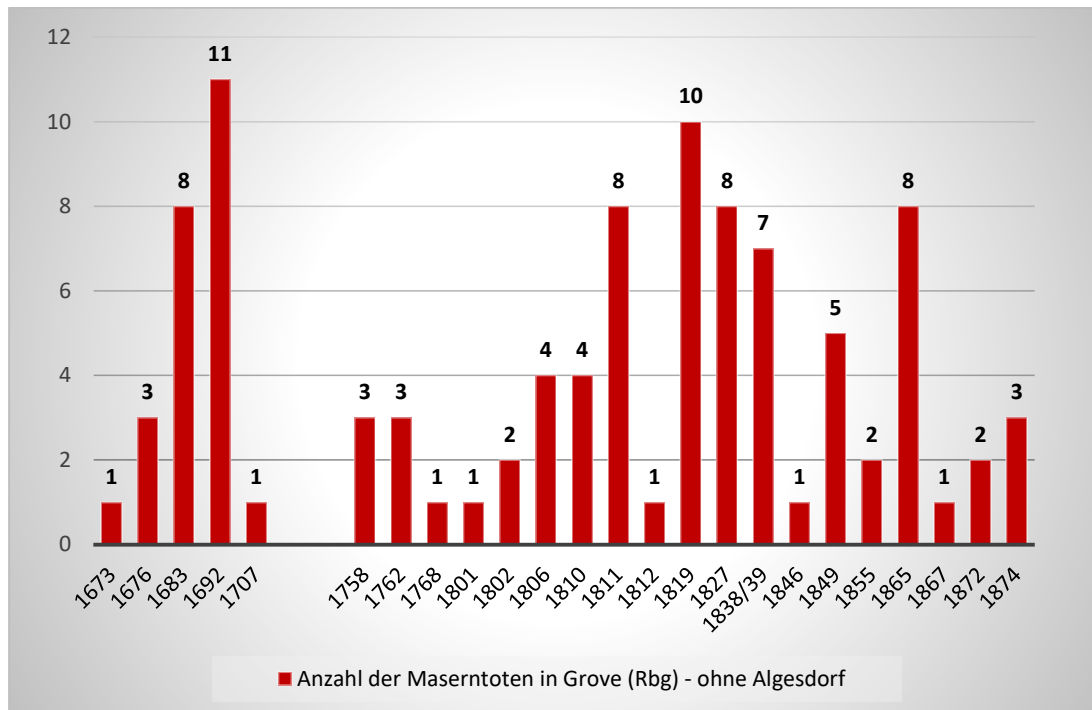


Abb. 64: Masern – Verstorbene im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Absolutzahlen

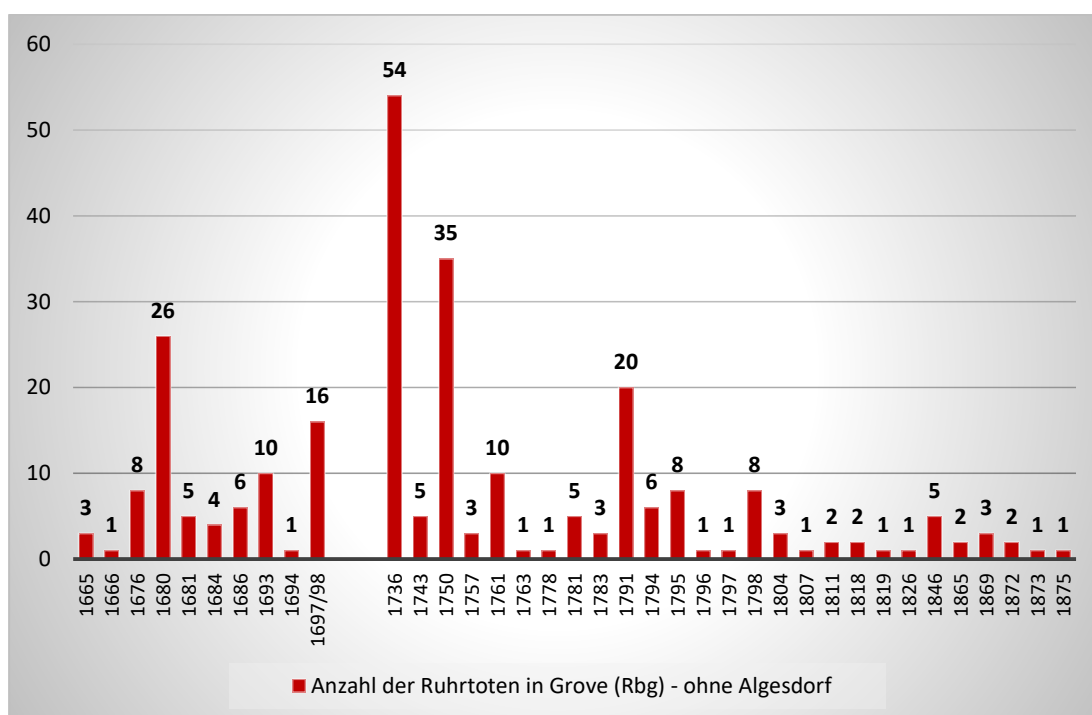


Abb. 65: Ruhr – Verstorbene im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Absolutzahlen

Saisonale Sterblichkeit

Die Verbreitung von Shigella, dem Erreger der Ruhr, stand in Schaumburg in Abhängigkeit zur Jahreszeit. Die Pockensterblichkeit verteilte sich auf das ganze Jahr. Ihr Schwerpunkt fällt in die Phase zwischen Frühling und Frühsommer (vgl. Kap. 3.4.1). Die Unterteilung des Zeitraums von 1670–1869 in drei Abschnitte ergibt ein übereinstimmendes Muster (**Abb. 66**). Die Mortalitätsgipfel erheben sich jeweils im Frühjahr, in den Monaten des Spätsommers und Herbstes sind die Werte am geringsten. Allerdings verläuft die Kurve während des Zeitraums von 1770–1809, der Phase also, in der die Pocken gehäuft auftraten, etwas flacher. Somit scheint sich die Zunahme an Infektionen tendenziell egalisierend auf die Wechselwirkung zwischen Jahreszeit und Infektionsrisiko ausgewirkt zu haben.

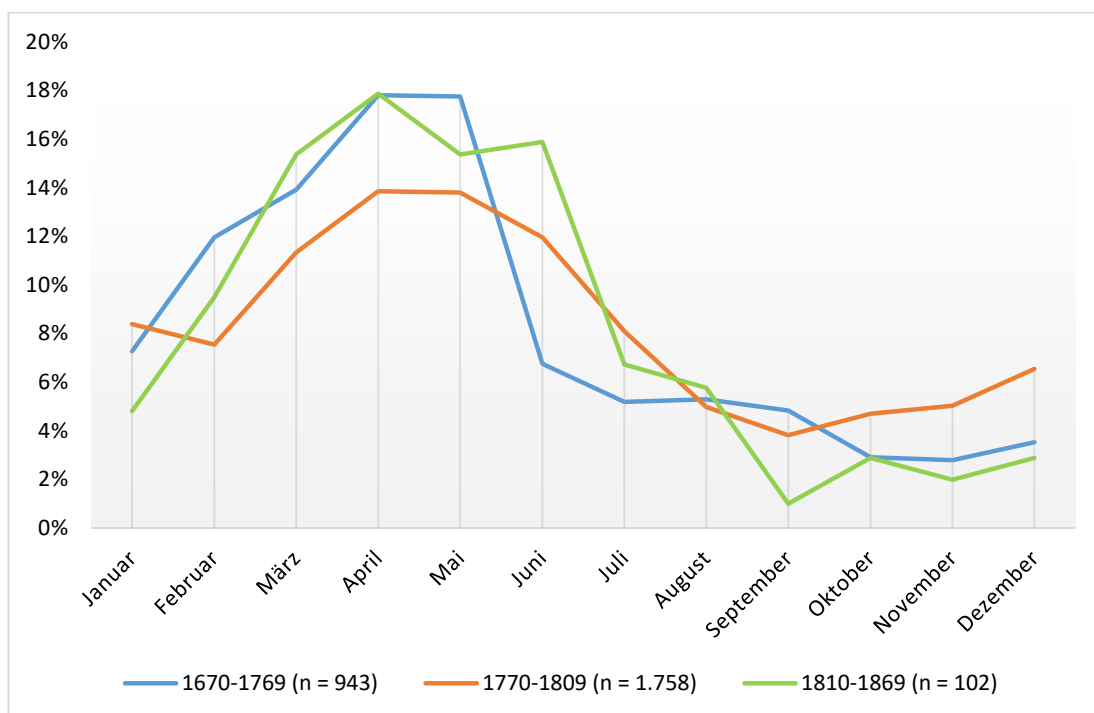


Abb. 66: Pocken – Vergleich der saisonalen Sterblichkeit in drei Zeiträumen (Gft. SHG; 1670–1869) in Prozent

Dasselbe ergibt sich, wenn man die saisonale Sterblichkeit rein dörflicher Kirchspiele mit der in städtischen Kommunen Schaumburgs vergleicht (**Abb. 67**).¹¹¹⁹ In einem

¹¹¹⁹ Die Daten der städtischen Kirchspiele wurden den Sterberegistern der Kirchspiele Hessisch Oldendorf und Rinteln entnommen. Als Kirchspiele mit rein dörflicher Struktur wurden Großenwieden, Kathrinhagen, Hohnhorst, Wennenkamp, Deckbergen, Beckedorf, Rumbeck, Großenenddorf und Welsede herangezogen. Die beiden nordschaumburgischen Kirchspiele Grove (Rbg) und Sachsenhagen sowie die wesernahen Exten und Fischbeck wurden nicht berücksichtigt, da in ihnen weder das rurale noch das urbane Element besonders ausgeprägt war.

weiteren Punkt unterscheiden sich Land und Stadt: Die Pockenepidemien dauerten in den dörflichen Kirchspielen nicht so lange an wie in den städtischen. Für das Kirchspiel Beckedorf wurde ein Abstand zwischen dem ersten und dem letzten Pockensterbefall einer Epidemie von durchschnittlich 3,6 Monaten ermittelt, für die Stadt Rinteln von 6,1 Monaten.¹¹²⁰

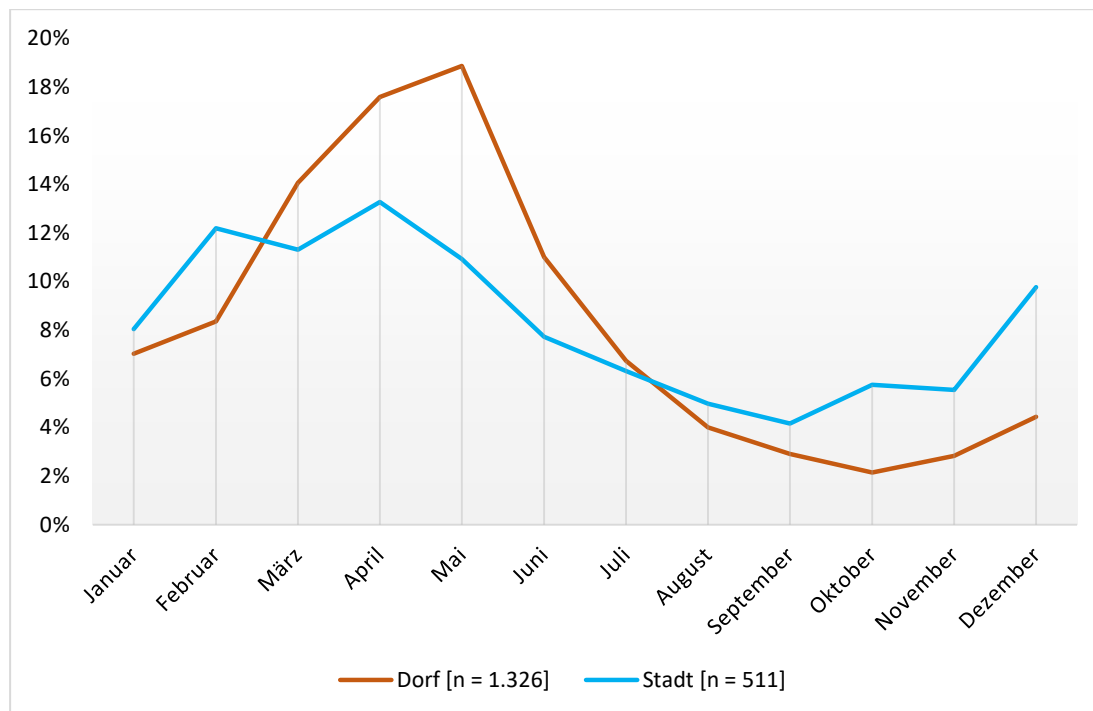


Abb. 67: Pocken – Vergleich der saisonalen Sterblichkeit zwischen ländlichen und städtischen Kirchspielen (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Trotz der festgestellten Unterschiede war der Beginn der warmen Jahreszeit kirchspielübergreifend die Phase der höchsten Pockensterblichkeit. Damit weicht Schaumburg deutlich von den Werten, die für Berlin-Friedrichswerder 1720–90 und Nürnberg in den Jahren 1733/34, 1743/44, 1750/51, 1776 sowie 1799/1800 ermittelt worden sind, ab.¹¹²¹ Dort sind die Mortalitätsgipfel vornehmlich im Übergang vom Herbst zum Winter zu beobachten. Als Grund für die zeitliche Verschiebung kommen für die beiden Städte länger andauernde Epidemien in Betracht. Dass die Phase der höchsten

¹¹²⁰ Die Berechnung erfolgte auf der Grundlage der Eintragungen in den Sterberegistern und bildet die zeitliche Dimension des Infektionsgeschehens nur annähernd ab. Die tatsächliche Dauer der Epidemien in der Grafschaft Schaumburg kann nicht bestimmt werden, da sich weder Anfang noch Ende rekonstruieren lassen.

¹¹²¹ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 335-337; BIELKE (1986), S. 188.

Sterblichkeit im Vergleich zu Schaumburg mit rund 6 Monaten Verzögerung und damit unter jahreszeitlich vollkommen anderen Bedingungen eintritt, erklärt sich daraus allein jedoch nicht.

Um das Verständnis für die Verbreitungsbedingungen von Krankheiten wie den Pocken zu erweitern, bedarf es Informationen zum Infektionszeitpunkt. Die Sterberegister übermitteln den Zeitpunkt des Todes bzw. der Bestattung eines Menschen, der Zeitpunkt der erstmaligen Manifestation der Symptome ist selten dokumentiert. Wurde er mitgeteilt, folgte der Tod häufig 10–14 Tage später (vgl. Kap. 4.1.1). Wahrnehmbar wurde die Erkrankung frühestens im sogenannten Initialstadium.¹¹²² Diese Phase geht der Ausbildung des typischen Exanthems voran und wird durch Fieber sowie Kopf- und Rückenschmerzen begleitet. Hinzuzurechnen ist die Inkubationszeit mit weiteren 10–14 Tagen. Da lediglich die letal verlaufenen Pockeninfektionen aktenkundig wurden, kann mindestens ein Zeitraum von 4 Wochen vom Auftreten des Erregers in einem Kirchspiel bis zum ersten Eintrag in das Sterberegister angenommen werden.¹¹²³ Verlegt man jeweils den Zeitpunkt des ersten registrierten Todesfalls um 4 Wochen nach vorn, wird ersichtlich, dass der Beginn der schaumburgischen Pockenepidemien verstärkt in die Wintermonate fiel (**Abb. 68**). Denn nach dem Abschluss der Feldernte verringerten sich die Arbeitsanforderungen in der Landwirtschaft. Auch in Schaumburg waren die Wintermonate eine Phase erhöhter Geselligkeit. Noch im 20. Jahrhundert war es üblich, dass sich die Frauen gegenseitig besuchten, während Männer das Wirtshaus als Treffpunkt präferierten.¹¹²⁴ In Hinblick auf Hygiene war die kalte Jahreszeit besonders problematisch. Abgesehen von der Furcht vor Erkältungskrankheiten scheiterte eine regelmäßige Reinigung von Körper und Textilien schon an der Schwierigkeit, Wasser zu erhitzen sowie die Wäsche in den niedersächsischen Hallenhäusern zu trocknen. Bettwäsche ist ohnehin selten gewaschen, vornehmlich ausgeschüttelt worden.¹¹²⁵

¹¹²² Vgl. auch GINS (1925), S. 419; MICHALEWSKY (1987), S. 63.

¹¹²³ Eine Ausnahme sind die seltenen schwarzen Pocken (*Variola haemorrhagica*). Im Infektionsfall tritt der Tod zumeist schon innerhalb der ersten Erkrankungswoche ein.

¹¹²⁴ Vgl. GEWEKE (2002), S. 87 f.

¹¹²⁵ Vgl. auch GINS (1916), S. 19.

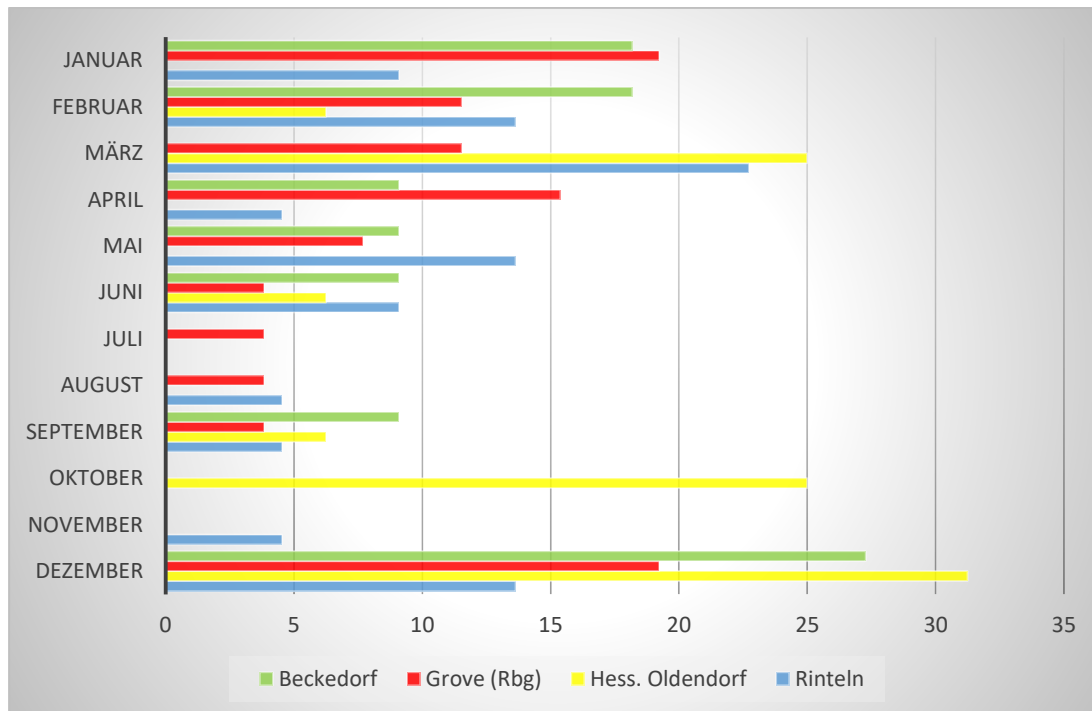


Abb. 68: Pockenepidemien – Beginn (fiktiv) in ausgewählten¹¹²⁶ schaumburgischen Kirchspielen (1665–1875) in Prozent

Der enge Körperkontakt zwischen den Menschen, die sich in ihren Häusern üblicherweise um eine einzige Wärmequelle drängten, sowie die Gewohnheit, sich ein Bett mit anderen Personen zu teilen,¹¹²⁷ begünstigten Infektionen jedweder Art. Gerade unter Geschwistern war eine Ansteckung nahezu unvermeidbar.¹¹²⁸ Die siedlungsübergreifenden Kontakte während der Gottesdienste nahmen aufgrund der kirchlichen Feiertage in den Monaten Dezember, März und April zu. Zur Verbreitung von Kinderkrankheiten haben sicherlich die seit dem 17. Jahrhundert eingerichteten Dorfschulen sowie die Einführung der Schulpflicht in Hessen im Jahre 1726 beigetragen.¹¹²⁹ Wegen der intensiven Einbindung in die Feldarbeit blieben die schaumburgischen Kinder nach-

¹¹²⁶ Berücksichtigt wurden neben Grove (Rbg) die Städte Rinteln und Hessisch Oldendorf sowie – stellvertretend für die rein dörflichen Kirchspiele – Beckedorf.

¹¹²⁷ Vgl. WENDLER (2008), S. 142.

¹¹²⁸ Angenommen wird eine Infektion von 30 % der anfälligen Familienmitglieder; vgl. BOSSI ET AL. (2004). GINS (1916), S. 20, vermutet, dass „die Pocken selten in eine Familie einbrechen, ohne alle pockenfähigen Kinder zu befallen (...)“. Auch in den schaumburgischen Kirchenbüchern finden sich immer wieder Fälle, in denen zwei oder mehr Kinder aus einer Familie während derselben Epidemie an den Pocken verstorben sind. Leider lässt das vorhandene Quellenmaterial eine weiterführende Analyse nicht zu, da sie die zwar erkrankten, aber genesenen Personen nicht aufführen.

¹¹²⁹ Vgl. SCHORMANN (1977), S. 16 f.; KESPER-BIERMANN (2001), S. 73.

weislich oft der Sommerschule fern; für den Winter liegen deutlich weniger Beanstandungen über Verletzungen der Schulpflicht vor.¹¹³⁰ Nicht nur, dass die saisonal vorherrschenden kühl-trockenen klimatischen Bedingungen die Überlebensfähigkeit des Pockenerregers erhöht haben; auch die Einflüsse auf die soziale Interaktion haben dazu geführt, dass die Pocken im ländlich geprägten Schaumburg eine Krankheit der kalten Jahreszeit waren.

Epidemische Verbreitungswege

Am Beispiel des Kirchspiels Grove (Rbg), das sich durch die Verschiedenartigkeit seiner Mitgliedsgemeinden auszeichnet, wurde der Frage nachgegangen, ob eine Beziehung zwischen dem Siedlungstypen und der Pockensterblichkeit besteht. Die jeweiligen prozentualen Anteile an den Pockentoten wurden den auf der Grundlage der Einwohnerzahlen erstellten durchschnittlichen Bevölkerungsanteilen der einzelnen Siedlungen (vgl. Kap. 2.3.2) gegenübergestellt (**Abb. 69**).

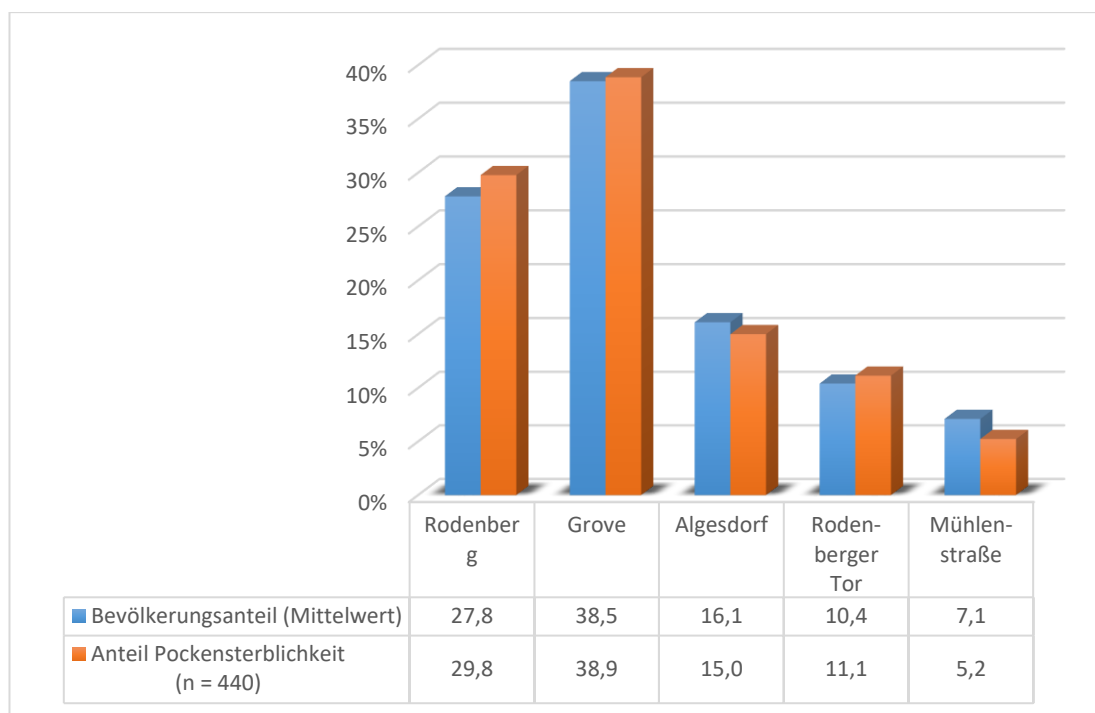


Abb. 69: Pocken – Bevölkerungsanteile und Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Prozent

Die jeweils errechnete Pockensterblichkeit korreliert relativ eng mit den Bevölkerungsanteilen der Siedlungen. Dass die Zahl der Pockentoten im Dorf Algesdorf unter

¹¹³⁰ Vgl. LKAH A 13, Nr. 19 u. D 34, I, A, fasz. 35, Nr. 145.

dem Durchschnitt liegt, könnte Folge einer leichten Unterregistrierung im 17. Jahrhundert sein. Im Fall der kleinen vorstädtischen Gemeinde Mühlenstraße dürfte der Grund für die Abweichungen in der geringen Datenbasis zu suchen sein. Darüber hinaus darf die wechselseitige Beziehung zwischen den Pocken und den Geburtenzahlen sowie der Einfluss weiterer (Kinder-)Krankheiten nicht außer Acht gelassen werden. Lag die Geburtenrate in einer Siedlung aufgrund der Sozialstruktur etwas niedriger oder war die allgemeine Mortalität unter den Säuglingen temporär erhöht, reduzierte dies die Zahl der potentiellen Opfer einer Pockenepidemie. Davon abgesehen beeinflussten soziodemografische Unterschiede die Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) nur bedingt, nivellierend wirkten Engräumigkeit und folglich vielfältige Nachbarschaftskontakte.¹¹³¹

Dieser Befund lässt sich auf rein urbane Räume übertragen. Rödel hat für das frühneuzeitliche Mainz herausgefunden, dass keinerlei Abweichungen zwischen den „besseren“ Wohngebieten und den „Arme-Leute-Pfarreien“ bestanden.¹¹³² Die höchste Steigerung der Sterblichkeitsrate hat er in den Pfarreien der mittleren und oberen Schichten beobachtet, was er darauf zurückführt, dass Kinder aus materiell besser gestellten Familien seltener an anderen Krankheiten starben. Die Pockenepidemien haben diesen Vorteil egalisiert. Weil jeder Stand hinsichtlich der hohen Kontagiosität – der Kontagionsindex liegt bei 0,95 – und Überlebenschancen gleichgestellt war, bezeichnet Vasold die Pocken als eine „demokratische“ Krankheit.¹¹³³ So dürfte bis zur Einführung der Vakzination kaum jemand im Kirchspiel Grove (Rbg) von einer Infektion durch die Pocken verschont geblieben sein. Gleichwohl fällt bei der Betrachtung einzelner Pockenepidemien auf, dass es im Dorf Algesdorf im Gegensatz zu den anderen Kirchspielgemeinden während mehrerer Pockenepidemien überhaupt keine Todesopfer zu beklagen gab. Im Fall der Epidemie von 1675 könnte der Erreger Algesdorf mit zeitlicher Verzögerung erreicht haben (**Abb. 70**): Zwischen Juni und November 1675 starben ausschließlich Kinder aus dem Zentrum des Kirchspiels an den Pocken. Nach einer Unterbrechung von rund 4 Monaten taucht die Todesursache *Blattern* kurz in den Sterberegistern Rodenbergs und Groves auf, ab Mai 1676 nur noch in Algesdorf, wo bis Oktober 1676 vier Kinder starben.

¹¹³¹ Vgl. auch GINS (1916), S. 18.

¹¹³² Vgl. RÖDEL (1979), S. 73-76.

¹¹³³ Vgl. VASOLD (1999), S. 181.

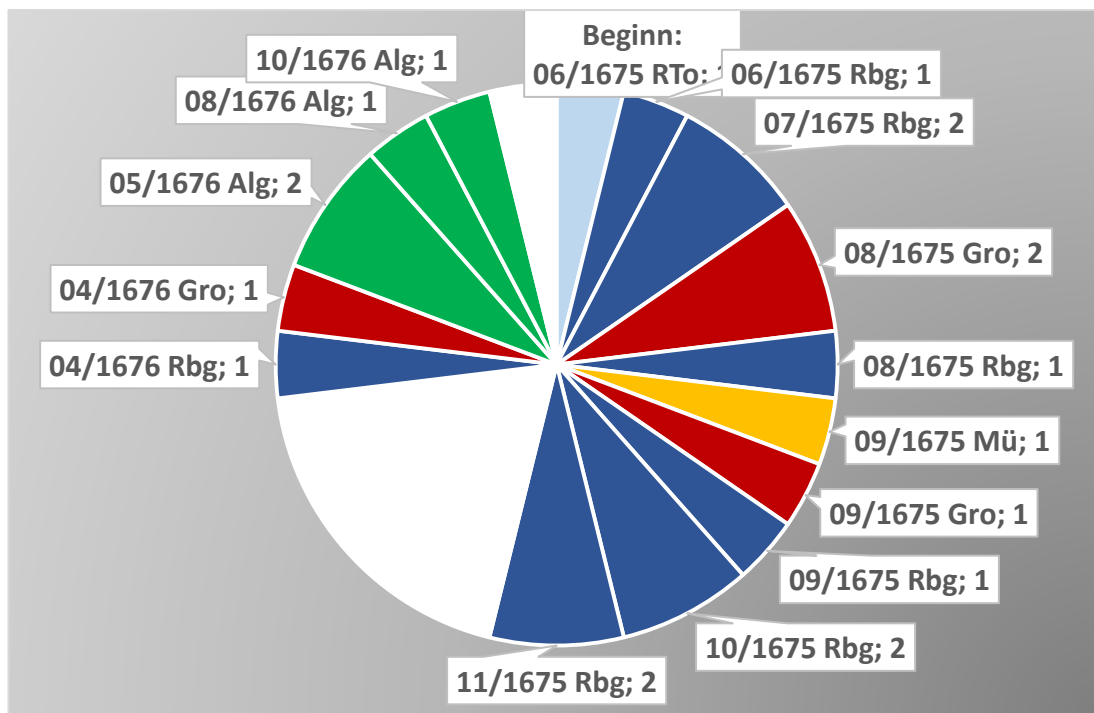


Abb. 70: Pocken – Verlauf der Epidemie 1675/76 im Kirchspiel Grove (Rbg) ¹¹³⁴

Gänzlich ohne Todesopfer kam das Dorf Algesdorf durch die Pockenepidemie von 1767/68,¹¹³⁵ die in der Grafschaft Schaumburg außerordentlich vielen Menschen das Leben kostete. Allein im Kirchspiel Grove (Rbg) wurde 55-mal die Todesursache *Blattern* registriert. Weil seit der letzten Epidemie mittlerweile 5 Jahre verstrichen waren, lebten zu diesem Zeitpunkt etliche Kinder ohne Immunschutz in Algesdorf, das zu den größeren schaumburgischen Dörfern zählte. Die Wahrscheinlichkeit von Todesopfern im Falle einer Epidemie war damit sehr hoch, was den Schluss zulässt, dass ein Übergreifen des Infektionsgeschehens 1767 ausgeblieben ist. Dass die Einwohnerschaft Algesdorfs Maßnahmen zum Schutz ihrer Kinder im Sinne einer aktiven Seuchenprävention ergriffen hat, ist denkbar. Ein gewichtiger Faktor war auf jeden Fall die räumliche Entfernung zum Zentrum des Kirchspiels, die der Verbreitung des Erregers sowohl in die eine als auch die andere Richtung hemmend entgegenstand. Dementsprechend erfolgte die Registrierung der Pockensterbefälle in Algesdorf während einiger Epidemien mit zeitlichem Abstand mal nach, mal vor den anderen Gemeinden. So hat eine Epidemie, die 1778 auch Grove (Rbg) erfasste, vermutlich von Algesdorf aus in das

¹¹³⁴ Die Anzahl der Toten sind jeweils mit Monat/Jahr der Registrierung und dem Namen der Siedlung (Rbg = Rodenberg; Gro = Grove; Alg = Algesdorf; RTTo = Rodenberger Tor; Mü = Mühlenstraße) vermerkt.

¹¹³⁵ Eine Unterregistrierung ist diesmal auszuschließen, weil in dieser Phase die Todesursachen im Kirchspiel Grove (Rbg) dicht belegt sind.

Zentrum des Kirchspiels übergegriffen (**Abb. 71**): Bereits Anfang Oktober wurde die Todesursache *Blattern* im Sterberegister im Fall eines 8-jährigen Mädchens aus Algesdorf notiert. In Rodenberg wurde die Seuche erst Ende November mit dem Tod eines 4-jährigen Jungen aktenkundig. Der Kirchspielort Grove folgte Mitte Dezember. Zu diesem Zeitpunkt war die Seuche in Algesdorf, wo in den kommenden Monaten nur zwei Kinder starben, abgeflaut.

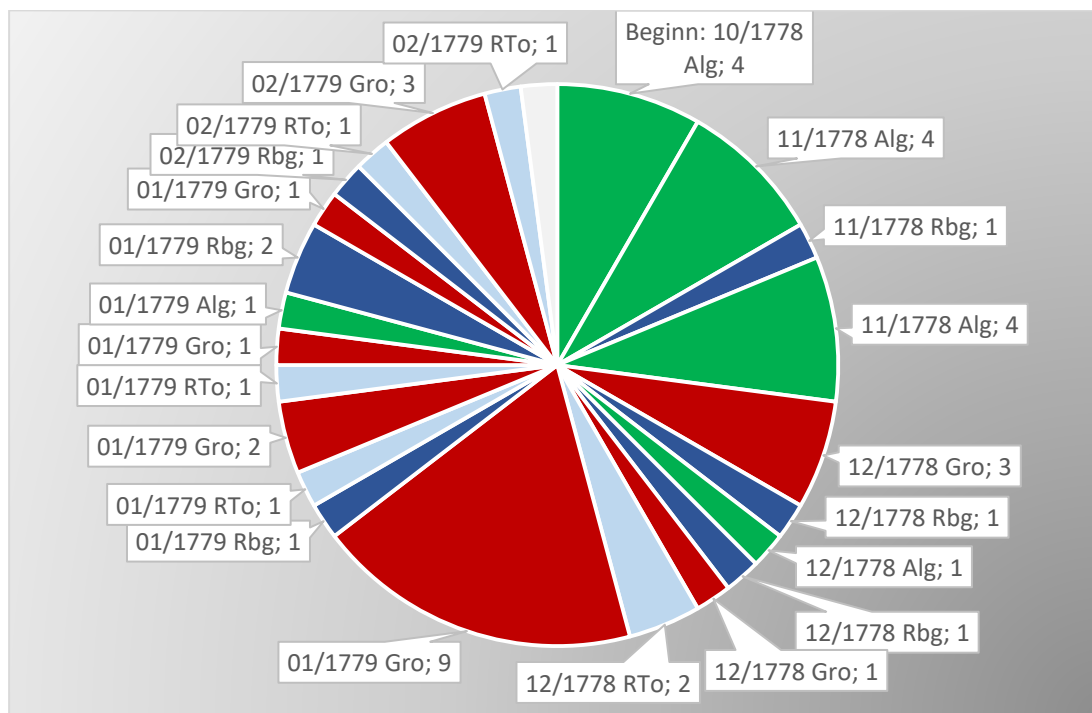


Abb. 71: Pocken – Verlauf der Epidemie 1778/79 im Kirchspiel Grove (Rbg) ¹¹³⁶

Die Topographie spielte bei der Verbreitung von Infektionskrankheiten eine wesentliche Rolle. Bereits die geringe Entfernung, die Algesdorf von den anderen Kirchspielgemeinden trennt, senkte aufgrund der Reduktion von Nachbarschaftskontakten das Infektionsrisiko. Neben einer hohen Fluktuation innerhalb der Einwohnerschaft waren Fremdkontakte stets risikobehaftet. Die überregionale Verbreitung von Krankheitserregern erfolgte in Friedenszeiten durch den Handels- und Reiseverkehr. Beispielsweise sollen die „asiatischen Blattern“ im Jahre 1833 durch einen reisenden Handwerksburschen im lüneburgischen Kirchspiel Suderburg verbreitet worden sein.¹¹³⁷

¹¹³⁶ Die Anzahl der Toten sind jeweils mit Monat/Jahr der Registrierung und dem Namen der Siedlung (Rbg = Rodenberg; Gro = Grove; Alg. = Algesdorf; RTo = Rodenberger Tor; Mü = Mühlenstraße) vermerkt.

¹¹³⁷ Vgl. WENDLER (2008), S. 142.

Eintragungen über *Auswärtige*, die u. a. im Krug zu Riepen gestorben sind, deuten an, dass die Einwohnerschaft von Orten, die in der Nähe stärker frequentierter Straßen lagen, grundsätzlich einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt war.¹¹³⁸ Schaumburg blieb daher nicht von den äußerst heftigen Pockenepidemien, die bereits im zweiten Drittel des 18. Jahrhunderts Mitteleuropa durchzogen haben, verschont.¹¹³⁹ Belegt sind Epidemien in den Jahren 1734¹¹⁴⁰ und 1743–46¹¹⁴¹, weitere folgten 1750/51, 1756/57 und 1761–64. Dennoch war es selbst im Fall der hochinfektiösen Pocken nicht die Regel, dass eine Epidemie, die an einem Ende des Territoriums ausbrach, schrittweise die übrigen Teile heimsuchte. Für ein Territorium wie die Grafschaft Schaumburg, das nicht allein durch natürliche Grenzen geprägt war, sondern auch infrastrukturelle Mängel aufwies, gilt dies in besonderem Maße. Die daraus resultierende Varianz der Verbreitungswege wird ersichtlich, wenn man in die Rekonstruktion der Seuchenzüge die umliegenden Territorien einbezieht.¹¹⁴² Am Beispiel der Ausbreitung der Pocken in den Jahren 1766–68, 1771/72 und 1778–80 in Schaumburg lassen sich drei unterschiedliche epidemische Verläufe beschreiben:

Ausgangsort des epidemischen Geschehens zwischen 1766 und 1768 in Schaumburg war zunächst die Stadt Rinteln, wo im April 1766 ein 4-jähriges Kind mit der Todesursache *Blattern* verzeichnet wurde. Weitere entsprechende Todesfälle folgen zwischen Juli und September, dann durchgehend von November 1766 bis Mai 1767. Das zweite schaumburgische Kirchspiel, in dem sich in dieser Zeit ein Nachweis über die Pocken findet, liegt indes nicht in der Nachbarschaft Rintelns, sondern im Norden des Territoriums. Schon im November 1766 starb ein Kind im Kirchspiel Großnenndorf *an den bösen Blattern*. Im Januar 1767 trat die Krankheit in den ebenfalls im Norden gelegenen Kirchspielen Hohnhorst und Grove (Rbg) sowie Apelern auf. In diesem Monat ist sie auch im Kirchspiel Petzen im Süden der Grafschaft Schaumburg-Lippe belegt. Erst ab Februar 1767 breitete sie sich nach und nach im Weserraum aus. Parallel dazu wurden die Pocken in den Kirchspielen Beckedorf und Sachsenhagen im

¹¹³⁸ Der Krug in Riepen scheint eine Anlaufstelle für Personen, die auf dem Helweg gereist sind, gewesen zu sein. Das Chausseegeld wurde im benachbarten Kirchspielort Beckedorf erhoben.

¹¹³⁹ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 335–337; VASOLD (1999), S. 185 u. 203.

¹¹⁴⁰ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 50.

¹¹⁴¹ Vgl. Kirchenbücher Hessisch Oldendorf und Deckbergen.

¹¹⁴² Für die im Folgenden beschriebenen Rekonstruktionen der Verbreitungswege wurden ergänzend Daten aus Kirchspielen umliegender Territorien herangezogen. Die Daten der Sterberegister der schaumburg-lippischen Kirchspiele Lauenhagen und Meerbeck wurden mir dankenswerterweise von Frau Margarete Sturm-Heumann (Idstein) zur Verfügung gestellt.

Nordosten der Grafschaft Schaumburg registriert. Auch in Schaumburg-Lippe verbreiteten sie sich weiter, wobei der zeitliche Verlauf eine Wanderung vom Süden in den Norden nahelegt. Anfang des Jahres 1768 ist die Epidemie in der Grafschaft Schaumburg beendet. In den Fürstentümern Lippe und Minden hält sie mehr als ein weiteres Jahr an.

Die Epidemie hat im Weserraum ihren Anfang in der Stadt Rinteln genommen. Von dort hat sie sich offenbar kontinuierlich in alle vier Himmelsrichtungen verbreitet und dabei die Grenzen der Grafschaft Schaumburg überschritten. Der sehr frühe Ausbruch in Nordschaumburg könnte über persönliche Kontakte zur Residenzstadt Rinteln initiiert worden sein. Zumindest wurde im Norden das Kirchspiel Großnenndorf Ausgangspunkt der Pockenepidemie. Bemerkenswert ist, dass zwei epidemische Stränge – ausgehend von Rinteln bzw. Großnenndorf – aufeinander zuzuwandern scheinen. Die zeitliche Abfolge legt die Vermutung nahe, dass sich die beiden Stränge im April 1767 im Kirchspiel Segelhorst, das den Übergang zwischen Auetal und Weserregion bildet, vereinigt haben.

In den Jahren 1769 und 1770 wurden die Pocken in der Grafschaft Schaumburg nicht aktenkundig. Die nächste Epidemie begann erneut im Süden. Im Februar 1771 wurde die Todesursache *Blattern* sowohl in Rinteln als auch im wesernahen Segelhorst registriert. Das Infektionsgeschehen beschränkte sich in den folgenden Monaten auf den Weserraum, der gesamte mittlere und nördliche Bereich der Grafschaft Schaumburg blieb zunächst verschont. Ausgenommen Rinteln, wo im Dezember 1771 noch 2-mal *variolis* als Todesursache eingetragen wurde, endete das Pockensterben in Südschaumburg im Spätsommer. Im Laufe des Winters muss sich der Erreger im Norden der hessischen Exklave stark verbreitet haben, denn im März 1772 wurden insgesamt 21 Pockentote in den Registern der Kirchspiele Sachsenhagen, Grove (Rbg), Hohnhorst und Großnenndorf verzeichnet. Denkbar ist ein Übergreifen aus dem südlichen Raum auf den Norden. In Rinteln verstarben ja nachweislich im Dezember zwei Kinder. Doch wahrscheinlicher ist, dass der Erreger über Schaumburg-Lippe eingeschleppt wurde, also gleichsam einen Umweg über das benachbarte Territorium genommen hat. So findet sich in den Sterberegistern des schaumburg-lippischen Stadthagen im Januar 1772 die Todesursache *Blattern*. Die zeitliche Verzögerung spricht für eine Fortsetzung der Epidemie, die rund ein Jahr zuvor im Weserraum ausgebrochen

war. Schaumburg-Lippe war über den Helweg vor dem Sandforde mit den nordschaumburgischen Kirchspielen unmittelbar verbunden. Zudem dürfte die Bevölkerung im nordöstlichen Schaumburg in relativ engem Kontakt zum Nachbarterritorium gestanden haben; ein Teil des ehemals größeren Amtes Sachsenhagen war 1647 dem schaumburg-lippischen Amt Hagenburg zugesprochen worden. Mehrfache Verbindungen zum Nachbarterritorium wären eine Erklärung für das gleichzeitige Auftauchen in vier Kirchspielen im Norden der hessischen Exklave.

Aufschlussreich ist der weitere Verlauf der Epidemie. Die Eintragungen in den Sterberegistern indizieren, dass die Pocken wie in einer Kreisbewegung um den Bückeberg herum nun vom Norden zurück in den Weserraum gewandert sind. Denn nachdem der Erreger sich im ausgehenden Winter in den nordschaumburgischen Kirchspielen manifestiert hatte, griff er zunächst auf das Auetal, also den mittleren Teil der Grafschaft, über. Insbesondere im Frühsommer 1772 wurde der Pockentod dort mehrfach registriert. Vom Hochsommer bis zum Winter 1772 trat die Krankheit dann erneut im Weserraum auf,¹¹⁴³ wo sie im Februar 1771 ihren Anfang in Schaumburg genommen hatte.

Die verheerende Pockenepidemie, die die Grafschaft Schaumburg ab 1778 heimsuchte, begann im Norden. Erstmals nachweisbar¹¹⁴⁴ ist sie im September 1778, als je zwei Kinder aus den benachbarten Kirchspielen Beckedorf und Großenndorf verstarben. In der ersten Phase waren diese beiden Kirchspiele sowie das unmittelbar an Beckedorf grenzende Algesdorf betroffen. Die Verlagerung in das Zentrum des Kirchspiels Grove (Rbg) ist erst Ende November 1778 nachzuweisen, in seiner besonderen Intensität setzte das Sterben dort im Januar 1779 ein (**Abb. 71**). Nach dem Abflauen der Epidemie im Februar 1779 wurde in Nordschaumburg nur noch ein einziges Kind – im April in Großenndorf – mit der Todesursache *Blattern* registriert. Mit Ausnahme des Kirchspiels Kathrinhagen, wo im Januar 1779 ein 6-jähriges Mädchen verstarb,

¹¹⁴³ In einigen der 1772 betroffenen südschaumburgischen Kirchspiele waren 1771 keine Pockentoten registriert worden. Der Grund könnte sein, dass sich der Anteil nichtimmunisierter Kinder zwischenzeitlich vergrößert hat, die Kirchspiele im Jahre 1772 somit vulnerabler für Infektionen waren. Weil gerade in diesem Zeitraum die Todesursachen in der Weserregion mehrfach nur äußerst lückenhaft oder überhaupt nicht überliefert wurden, kommt als Grund jedoch auch eine mangelhafte Überlieferung infrage.

¹¹⁴⁴ In den Sterberegistern der Kirchspiele Sachsenhagen und Hohnhorst wurden in diesen Jahren keine Todesursachen verzeichnet.

nachdem es *beinahe 14 Tage krank an den Blattern* war, verzeichnete der mittlere und südliche Teil der Grafschaft Schaumburg keine weiteren Infektionen. Im Zeitraum von Mai 1779 bis März 1780 erschienen die Pocken dann in den Sterberegistern der Stadt Rinteln sowie der unmittelbar benachbarten Kirchspiele Exten und Hohenrode. Auffallend ist, dass im dichtbesiedelten Rintelner Raum binnen 10 Monaten in drei Kirchspielen nur 27 Pockentote verzeichnet wurden,¹¹⁴⁵ während in den drei Kirchspielen in Nordschaumburg in weniger als 6 Monaten 172 Kinder der Infektion erlagen. Betrachtet man die epidemischen Verläufe in der Grafschaft Schaumburg in diesem Zeitraum isoliert, drängt sich der Eindruck auf, dass die Variante von Variola, die 1778 die Epidemie im Norden verursachte, nicht mit derjenigen identisch ist, die 1779 und 1780 im Süden grassierte.

Aufschlüsse liefert die Einbeziehung der umliegenden Territorien in die Betrachtung des Infektionsgeschehens der Jahre 1778–80: Die ersten Pockentoten wurden im Januar 1778 im schauburg-lippischen Kirchspiel Steinhude registriert. Im März starben die ersten Kinder aus Pollhagen (Kirchspiel Meerbeck), im Mai aus dem benachbarten Kirchspiel Bergkirchen. Im Juni hatte die Pockensterblichkeit Stadthagen erreicht. Bereits im März 1778 war im ca. 35 Kilometer westlich gelegenen mindischen Kirchspiel Windheim erstmals die Todesursache *Blattern* verzeichnet worden, seit dem Sommer 1778 findet man sie in Sterberegistern der Grafschaft Lippe. Die Verbreitung erfolgte sowohl in Schaumburg-Lippe als auch in den Fürstentümern Minden und Lippe in südlicher Richtung. Anders verhält es sich in diesem Fall mit der Grafschaft Schaumburg. Übertragen wurde Variola in den Norden der Grafschaft Schaumburg mit hoher Wahrscheinlichkeit vom nördlichen Schaumburg-Lippe kommend;¹¹⁴⁶ Anhaltspunkte, dass der Erreger daraufhin seinen Weg über das Auetal in die Weserregion genommen haben könnte, liegen nicht vor. Die erst seit Mai 1779 in Rinteln, Exten und Hohenrode belegten Pocken dürften vielmehr über Schaumburg-Lippe oder Lippe eingeführt worden sein. Für die beiden Nachbarterritorien ist bis in den Frühling 1779 ein intensives Infektionsgeschehen belegt. Auch für die Epidemie 1771/72 wurde

¹¹⁴⁵ In diesem Zeitraum sind die Todesursachen in den Kirchspielen Hohenrode und Exten fast ausnahmslos aufgeführt.

¹¹⁴⁶ Zum Auftreten der Pocken im schauburgischen Kirchspiel Sachsenhagen liegen keine Informationen vor, da die Todesursachen zwischen 1773 und 1789 nicht überliefert worden sind.

vermutet, dass die Pocken über die verkehrsmäßig besser erschlossenen Gebiete westlich des Bückebergs Einzug in den entgegengesetzten Landesteil der Grafschaft Schaumburg gehalten haben. Die Grafschaft Lippe war über drei Heer- und Landstraßen in ein Verkehrsnetz eingebunden, das von Sachsen bis in die Niederlande und von Bremen bis ins Rheinland reichte.¹¹⁴⁷ Die Stadt Lemgo hatte aufgrund ihrer Lage an einem Schnittpunkt Verbindungen in alle Himmelsrichtungen. Insofern spricht nichts für die Vermutung, dass zwischen 1778–80 zwei Varianten in der Grafschaft Schaumburg grassierten. Eine Erklärung für die divergierenden Todeszahlen wären unterschiedliche Immunisierungsraten. Im Norden lag die letzte Pockenepidemie 6 Jahre zurück, im Süden waren es 4.

In den Jahren 1766–68 und 1771/72 suchten die Pocken aus dem Süden kommend die Grafschaft Schaumburg heim. Der Ursprung der Epidemie der Jahre 1778–80 liegt im Norden oder Nordwesten, wobei die Verbreitung wohl über das Kirchspiel Steinhude erfolgte. Schaumburg-Lippe hatte im Bereich des Steinhuder Meeres eine lange gemeinsame Grenze mit dem Kurfürstentum Braunschweig-Lüneburg („Kurhannover“), das einen großen Teil des heutigen Niedersachsen umfasste. Auch das Fürstentum Minden grenzte im Norden an Braunschweig-Lüneburg. Die territorienübergreifende Ausbreitung von Infektionskrankheiten verlief zum einen im Rahmen des kleinen Grenzverkehrs oder weiterer sozialer Kontakte, zum andern über den Handels- und Reiseverkehr. Um zu ermitteln, in welchem Umfang eine vielbefahrene Wasserstraße wie die Weser zur Überwindung größerer Strecken beigetragen hat, bedarf es einer überregionalen Untersuchung. Von besonderem Interesse für die Beurteilung epidemischer Krankheiten in der Grafschaft Schaumburg wäre darüber hinaus die Entwicklung in Orten mit Zentrumsfunktion wie den Weserstädten Minden und Hameln. Die stetig wiederkehrenden Pocken in der Stadt Rinteln sind ein Nachweis für die erhöhte Vulnerabilität urbaner Zentren mit günstiger Verkehrslage.

Auf der Grundlage der Sterberegister lassen sich Verbreitungswege und -geschwindigkeit von Infektionskrankheiten, die mit einem hohen Anteil an Todesfällen einhergingen, grob rekonstruieren. Der zeitliche Abstand zwischen dem Auftreten der Pocken in Algesdorf und den anderen Kirchspielgemeinden während der Epidemie von

¹¹⁴⁷ Vgl. HENNIGS (1994), S. 129 f.

1778/79 indiziert, dass sich Variola trotz einer hohen Kontagiosität kleinschrittig verbreitet hat. Im Allgemeinen erschien die Krankheit zunächst in einem Ort und griff von dort auf die Nachbargemeinden über.¹¹⁴⁸ Die Kirchspielorte wirkten innerhalb ihres Sprengels weniger oft als Verteiler des Erregers, als es in Anbetracht ihrer Zentrumsfunktion und der in der Regel höchsten Einwohnerzahl zu erwarten gewesen wäre. In 70,6 % aller Fälle stammten jeweils die ersten Verstorbenen einer Epidemie aus einer der Mitgliedsgemeinden. Im nordschaumburgischen Kirchspiel Hohnhorst wurden beispielsweise bei vier von sieben Pockenepidemien seit 1767 die Todesursache *Blattern* erstmals im Dorf Haste registriert. Haste ist zwar im 18. Jahrhundert eine recht kleine Siedlung, liegt aber an einer Straße, die die benachbarte hannoversche Stadt Wunstorf mit Rodenberg verbindet. Ähnlich verhält es sich mit dem Kirchspiel Exten, wo es vornehmlich die wesernahen Siedlungen Strücken sowie Exten selbst sind, in denen die Pocken nicht nur zuerst belegt sind, sondern auf die sie sich weitgehend beschränkten. Hier wirkte sich die unmittelbare Nähe zur Stadt Rinteln aus.

In Rinteln grassierten die Pocken häufiger als in den ländlichen schaumburgischen Kirchspielen. Dafür gibt es mehrere Gründe. In Städten leben viele Menschen auf engem Raum zusammen, die Zahl der sozialen Kontakte ist per se erhöht. Hinzu kommt die unmittelbare Lage an der Weser. Rinteln war ebenso wie Hessisch Oldendorf bereits vermehrt von der Pest heimgesucht worden.¹¹⁴⁹ Nach dem Dreißigjährigen Krieg wurde die Universitätsstadt Rinteln zudem Sitz der hessischen Regierung und Militärstandort. Neben dem Handels- und Reiseverkehr begünstigten die personelle Fluktuation unter Beamten und Soldaten einschließlich derer Familienangehörigen fortan weitere Kontaktinfektionen. Epidemische Krankheiten fanden in der im Vergleich zu Nordschaumburg dichter besiedelten wirtschaftsstärkeren Weserregion ohnehin gute Bedingungen. Die Nähe zu einer Stadt wie Rinteln, wo insbesondere die Pocken in sehr kurzen Abständen ausbrachen, erhöhte dieses Risiko. Allerdings kam die räumliche Nähe nur zum Tragen, wenn sich daraus eine Intensivierung sozialer Kontakte ergab. Im Vergleich zu Rintelns Nachbarn Exten sind die an das südliche Weserufer grenzenden Kirchspiele Hohenrode und Fuhlen am epidemischen Geschehen im Raum Rinteln mehrfach unterrepräsentiert. Einige der Mitgliedsgemeinden befinden sich abgeschieden in Randlage.

¹¹⁴⁸ Vgl. auch RÖDEL (1979), S. 69.

¹¹⁴⁹ Vgl. BEI DER WIEDEN, HELGE (1981), S. 75 f.

Die nordschaumburgischen Kirchspiele bildeten zusammen mit der Amtsstadt Rodenberg einen eigenen kleinen Wirtschaftsraum mit relativ geringer Anbindung an die Weserregion. Während im Norden die Pocken grassierten, fand diese Krankheit im Süden des Öfteren keinen oder nur zeitlich stark verzögerten Niederschlag in den Kirchenbüchern. Umgekehrt gilt das Gleiche. Die Verbreitungswege der Pocken sind damit ein Indikator für die strukturellen Besonderheiten innerhalb der Grafschaft Schaumburg. Darüber hinaus spiegeln sie wider, wie der Prozess der zunehmenden Verdichtung sozialer Kontakte auf verschiedenen Ebenen im 18. Jahrhundert an Dynamik gewann. Denn seit dem Ende der 1780er Jahre wurden vermehrt Pockentote parallel in Kirchspielen Nord- und Südschaumburgs registriert. Als Jenner seinen Impferfolg feierte, war in der Grafschaft Schaumburg schließlich ein Punkt erreicht, an dem sich Anfang und Ende der Pockenepidemien in einzelnen Landesteile kaum mehr bestimmen lassen. Die Pocken hatten sich als endemische Krankheit etabliert.

Im mittleren Drittel des 18. Jahrhunderts war der europäische Raum von einigen Pockenepidemien durchzogen worden, die Aufsehen erregten, weil sie sehr viele Todesopfer forderten. Im letzten Drittel wurden sie in vielen Regionen zu einer gewohnten Erscheinung (vgl. Kap. 3.4.1). Die Pocken dürften die Verbreitung anderer Kinderkrankheiten gehemmt haben. In den Sterberegistern des schaumburgischen Kirchspiels Grove (Rbg) ist in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts die Todesursache *Masern* unterpräsentiert. Alles in allem lässt sich die Frage nach den Gründen für die erfolgreiche und nachhaltige Verbreitung einzelner Infektionskrankheiten – die spätmittelalterliche Pest ist das wohl prominenteste Beispiel – nur unzureichend beantworten. Vieles bleibt spekulativ. Klimaveränderungen könnten die Infektiosität von Variola, dem kühl-trockene Wetterlagen entgegenkommen, begünstigt haben. Der Erreger fand in seiner Hochphase recht gute Bedingungen im europäischen Raum vor: „(...) in der Periode 1731 bis 1811 kontrastierten kalte, trockene Winter und Frühlingsmonate häufig mit warm-feuchten Sommern, welche in kühle Herbste übergingen.“¹¹⁵⁰ Von medizinischer Seite wird der Einfluss des Klimas auf die Entwicklung der Pocken allerdings bestenfalls als geringfügig bewertet.¹¹⁵¹ Zu berücksichtigen ist – unabhängig von

¹¹⁵⁰ SIFFERT (1993), Kap. 4.3.1.

¹¹⁵¹ Vgl. EBD., Kap. 1.3.

klimatischen Verhältnissen – zudem die regionale Komponente bzw. allgemeine wirtschaftliche und soziale Veränderungen, also Faktoren, die man am ehesten als menschengemacht bezeichnen kann.

In der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts prägte der Dreißigjährige Krieg in weiten Teilen Mitteleuropas das Krankheitsgeschehen. Die wandernden Heere hatten vielerorts Hungerkrisen und Epidemien verursacht, Dauer und Intensität dieses Konflikts eine erhöhte Fluchtmobilität ausgelöst. Der Dreißigjährige Krieg war indes eine Ausnahmeerscheinung. Denn im Allgemeinen dezimierten Krankheiten, die bis weit in die Neuzeit die Heere begleiteten, die Bevölkerung vornehmlich dort, wo es zu unmittelbaren Begegnungen zwischen Militär und Einwohnerschaft kam. Sofern sie in zeitlicher und örtlicher Begrenzung auftraten, hemmten Unruhen und Kriege regionsübergreifende Kontakte eher. In unsicheren Zeiten war die Gefahr, materielle Verluste zu erleiden oder sogar das Leben zu verlieren, besonders groß. Nach dem Ende des Dreißigjährigen Krieges brach in Mitteleuropa für mehr als 100 Jahre eine relativ friedliche Zeit an, was der Intensivierung des Handels- und Reiseverkehrs zugute kam. Der Kameralismus als Spielart des Merkantilismus wurde zur wirtschaftspolitischen Leitlinie im deutschsprachigen Raum. Diplomatie und die allgemeine Einführung der Primogenitur hatten zur Konstituierung territorialer Grenzen beigetragen, nunmehr stand der innere Landesausbau im Fokus. Eine Maßnahme war die Aufnahme und Ansiedlung von Glaubensflüchtlingen. Eine andere die Investition in Bildung und damit eine Zunahme der Studentenzahlen. Das absolutistische Streben nach repräsentativer Prachtentfaltung förderte den Austausch von Handwerkern sowie bildenden Künstlern und Musikern. Die nunmehr friedlich bedingte Mobilität förderte die grenzüberschreitende Verbreitung von Krankheitserregern. Dies gilt um so mehr für die hochkontagiösen Pocken. Im ausgehenden 18. Jahrhundert verringerten sich die zeitlichen Abstände so sehr, dass selbst in einem kleinen urbanen Zentrum wie der Weserstadt Rinteln nahezu in jedem Jahr Menschen an den Pocken starben.

Versuche, den ständigen Pockenausbrüchen präventiv zu begegnen, hat es durchaus gegeben. Deren Erfolglosigkeit ist weniger darauf zurückzuführen, dass weiterführende Kenntnisse über die Ursachen von Infektionskrankheiten sowie ihre Verbreitung fehlten. Neben den Hygieneproblemen, die eng mit den Wohn- und Lebensverhältnissen verknüpft waren, erschwerten vielmehr eingefahrene Verhaltensweisen bis in die

Neuzeit hinein die Einführung und Beachtung individueller Quarantänemaßnahmen. Um die flächendeckende Verbreitung von Informationen zur Seuchenprävention zu gewährleisten, wurden Merkblätter in den Gottesdiensten verlesen.¹¹⁵² In welchem Maße sie befolgt wurden, sei dahingestellt. Beispielsweise sah sich die kurhessische Landesregierung 1796 gezwungen, eine Verfügung aus dem Jahre 1788 zu erneuern, „wodurch die Ausstellung der an den Blättern verstorbenen Kinder verboten“ worden war, weil es trotz Androhung von 10 Rtl. Strafe zu Verstößen kam.¹¹⁵³ Belegt ist eine allgemeine Sorglosigkeit im Umgang mit Infektionskrankheiten.¹¹⁵⁴ Ohnedies ist auch für die Vergangenheit schwer vorstellbar, dass angesichts der stetig wiederkehrenden Epidemien, die nicht selten ein halbes Jahr oder länger andauerten, betroffene Orte stets konsequent gemieden worden wären. Unterblieb das Übergreifen von Infektionskrankheiten auf andere Landesteile oder setzte es erst mit Verzögerung ein, kamen in erster Linie mobilitätshemmende Faktoren wie naturräumliche Hindernisse oder ein schlechtes Wegenetz zum Tragen.

Die Pocken verloren im Laufe des 19. Jahrhunderts vielerorts an Bedeutung. Wo sie dennoch auftraten, hatte man keinen Impfwang verhängt (vgl. Kap. 3.4.7). Durch Bemühungen, den Präventivgedanken und damit das Vertrauen in die Schutzimpfung zu internalisieren, wird bis in die Gegenwart kein ausreichend hoher Bevölkerungsanteil erreicht, um die vollständige Eradikation hochinfektöser Krankheiten wie den Pocken herbeizuführen. Die verheerenden Ausbrüche in den frühen 1870er Jahren sind mithin Ausdruck staatlichen Versagens.¹¹⁵⁵ Während man zumindest über ein wirksames Mittel zur Eradikation der Pocken verfügte, war man bei der Bekämpfung der anderen Infektionskrankheiten weniger effektiv. Zugleich brachte das 19. Jahrhundert neue Anforderungen an die Seuchenmedizin mit sich. Die Erfindung der Eisenbahn und der zügige Ausbau des Schienennetzes erweiterte die Infrastruktur um ein Verkehrsmittel, mit dessen Hilfe auch Krankheitserreger innerhalb kurzer Zeit große Distanzen zurücklegen konnten. Das Bevölkerungswachstum förderte Landflucht und die Entstehung von Elendsquartieren in den Städten, wo Wohnraum ohnehin knapp war. Damit

¹¹⁵² Vgl. BERGE (1954/55), S. 145.

¹¹⁵³ SAMMLUNG HESSLO, Siebenter Theil, 1785-1800, S. 216, 221 u. 693.

¹¹⁵⁴ GINS (1916), S. 17, berichtet von einem wandernden Paar, das im Bett der infizierten Tochter der Gastgeberin übernachtete und 14 Tage später selbst an den Pocken erkrankte.

¹¹⁵⁵ Die große Zahl an Pockentoten insbesondere in Preußen führte zur Verabschiedung des reichsweit geltenden Impfgesetzes vom 8.4.1874 (Reichsgesetzbl. S. 31) (siehe auch Kap. 3.4.7).

kam ein neues Element ins Spiel, von dem das bereits endemische *Mycobacterium tuberculosis* erheblich profitierte. Um 1830 erreichte zudem *Vibrio cholerae* erstmals den mitteleuropäischen Raum. Den Cholerapandemien begegnete man seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit einer Verbesserung der Wasserqualität in den Städten, die Tuberkulose bekämpft man seit dem beginnenden 20. Jahrhundert mit zunehmend wirksameren Antibiotika. Immerhin war es bereits zuvor gelungen, die Tuberkulosemortalität durch die Betreuung Erkrankter im Rahmen der Gesundheitsfürsorge zu senken. Die Erkenntnisse auf dem Gebiet der Bakteriologie steigerten die Effizienz von Hygienemaßnahmen. Der Prozess der Medikalisierung erlebte um die Jahrhundertwende eine Dynamisierung und die Bevölkerung profitierte in zunehmendem Maße von den staatlichen Investitionen in den Aufbau eines modernen Gesundheitswesens.

3. TODESURSACHEN

Bei der Beschäftigung mit den Ursachen von Mortalität in der Frühen Neuzeit ergibt sich ein grundsätzliches Problem, das sich in seiner Gänze niemals lösen lassen wird. Schon aufgrund der Unkenntnis über Krankheitserreger war das medizinische Theoriegebäude ein vollkommen anderes als das der Gegenwart. Überdies wurde es ständig in Frage gestellt, durch verschiedene Strömungen beeinflusst und verändert. Der Umstand, dass sich die Theorien der Vergangenheit nicht mit dem modernen Erkenntnisstand in Einklang bringen lassen, erschwert die Bemühungen um diagnostische bzw. terminologische Zuordnungen. So verzichtet Patrick Sturm in seiner Untersuchung zu Epidemien in süddeutschen Städten auf eine Zuordnung zu modernen Krankheitsbildern und verwendet den Begriff „Pest“ synonym für Infektionskrankheit.¹¹⁵⁶ Erst seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, also zum Ende des Untersuchungszeitraums, setzte ein Wandel des medizinischen Denkens ein. Jean-Pierre Peter (1978) fasst das Problem wie folgt zusammen:

„Die Veränderungen machten auch vor den Krankheitsdiagnosen nicht Halt. Seit jener Zeit basiert die medizinische Diagnose – ganz gleich, ob jeweils zutreffend oder nicht bzw. nur vorläufig, d. h. bis sie durch neue Erkenntnisse oder Untersuchungsmöglichkeiten verifiziert oder valsifiziert wird – auf einer anatomisch ätiologischen Konzeption der Krankheit, während die vorangegangene Nosographie, mit der wir es bei unserer Analyse zu tun haben, die Krankheiten nach den unterschiedlichen *Symptomen* und *Syndromen* einteilte. Demzufolge ist es gar nicht möglich, jedem seinerzeitigen Begriff einen heutigen gegenüberzustellen. Eine ‚Übersetzung‘ muss daran scheitern, dass es keine gemeinsame logische Basis zwischen den beiden Bezugssystemen gibt.“ (S. 293)

Um dieses Problem zu umgehen und weiterführende Informationen über die Krankheiten der Vergangenheit zu gewinnen, entwickelte er einen speziellen methodischen Ansatz. Zumindest für einen Teil der von ihm untersuchten Krankheiten gelang Peter (1978) eine terminologische Zuordnung:

¹¹⁵⁶ Vgl. STURM (2014), S. 13.

„Wir beschritten schließlich den folgenden Weg: bei jedem einzelnen Terminus wurde von allen Elementen abstrahiert, die sich auf das seinerzeitige Diagnosesystem bezogen, und nur jene Informationen übernommen, welche die reale Morbidität betrafen. Bei vielen blieb sehr wenig übrig; in Einzelfällen jedoch erstaunlich viel. Bei diesen letzteren Krankheiten gelangten wir am Ende so weit, dass wir auch nach der heute gültigen Terminologie sagen konnten, *woran* die Leute litten. Die ersteren gestatteten immerhin festzustellen, *wie* sie litten.“ (S. 294)

Für die Beurteilung der Sterblichkeitsentwicklung im Übergang zur Neuzeit ist eine vollständige „Übersetzung“ der Todesursachen in das moderne Diagnosesystem nicht zwingend notwendig. Natürlich wäre es wünschenswert, Informationen beispielsweise über die Entwicklung der Influenza zu erhalten. Die „Spanische Grippe“ hat belegt, dass Erreger dieser Gattung grundsätzlich das Potential haben, in kurzer Zeit weltweit Millionen von Menschen tödlich zu infizieren. Allerdings bedarf es auch in der Gegenwart einer entsprechenden Laboruntersuchung, um eine Influenzainfektion zu bestimmen und dadurch mit ausschließender Wahrscheinlichkeit insbesondere vom Grippalen Infekt abzugrenzen. Gemeinsam ist den Infektionskrankheiten dieser Art, dass sie sich symptomatisch in der Regel unter anderem durch eine Erkrankung der Atmungsorgane manifestieren, die auch von medizinischen Laien wahrgenommen wird. Ob die Verstorbenen in Schaumburg, bei denen beispielsweise die Todesursache *Brustkrankheit* verzeichnet worden ist, an einer Influenza oder einem Grippalen Infekt litten, lässt sich nicht klären. Doch soll der Versuch unternommen werden, Todesursachen, die begrifflich auf eine Beeinträchtigung der Atemwege verweisen, nach akuten oder chronischen Verläufen zu unterscheiden.

Unter den Krankheiten, die Peter terminologisch zuordnen konnte, zählen die Pocken. In den schaumburgischen Sterberegistern finden sich darüber hinaus auch *Masern*, *Scharlach* oder *Stickhusten*. Der Verdacht liegt nahe, dass es sich um die bekannten infektiösen Krankheiten der Kindheit handelt. Um nähere Erkenntnisse zu gewinnen, bietet sich die Historische Demographie an. Daneben gibt es jedoch eine Fülle an medizinischer Fachliteratur, die zunehmend seit dem 18. Jahrhundert zu ganz unterschiedlichen Krankheiten erschienen ist. Bezeichnend ist gerade für das medizinische Wissen, dass aufgrund des beträchtlichen Zuwachses zumindest Teile davon in sehr

kurzer Zeit überholt sind. Gleichwohl befinden sich darunter Konstanten, die in der Vergangenheit oftmals nicht verstanden, aber zutreffend beschrieben worden sind. Da die meisten Todesursachen mit der früheren medizinischen Terminologie übereinstimmen, besteht die Möglichkeit, sich auf der Grundlage der einschlägigen Veröffentlichungen ein Bild von den zeitgenössischen Vorstellungen zu machen. Für die Analyse der Todesursachen wird in besonderem Maße auf Fachliteratur der Vergangenheit zurückgegriffen.

Vor der Auseinandersetzung mit den überkommenen medizinischen Vorstellungen ist es notwendig, sich auf der Basis moderner Erkenntnisse einen Überblick über die Merkmale der in Frage kommenden Krankheiten zu verschaffen. Ein Grundverständnis für pathologische Vorgänge ist Voraussetzung, um die Wirkungsweise von Krankheiten einschätzen zu können. In die folgende Untersuchung wird daher stets auch moderne Fachliteratur einbezogen. Im Zusammenhang mit den Infektionskrankheiten wird überdies der eigentlichen Todesursachenanalyse eine schematisch aufgebaute „klinische Beschreibung“ zu Ursachen, Symptomatik, Verlaufsformen und Therapie vorangestellt.

3.1 Kindbettsterblichkeit

Im Oktober 2014 wurde im Niedersächsischen Landtag ein Entschließungsantrag zur Stärkung und Förderung der natürlichen Geburt eingereicht.¹¹⁵⁷ Anlass war die Tatsache, dass zu diesem Zeitpunkt fast jedes dritte Kind mit Hilfe eines Kaiserschnitts (Sectio caesarea) zur Welt gekommen ist. Vorangegangen war eine Verdoppelung der Zahl dieser Eingriffe innerhalb von 20 Jahren, wobei Niedersachsen sogar 32,9 % über dem Bundesdurchschnitt lag (2011). Die regionale Verteilung war sehr uneinheitlich, was auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt wurde. Begünstigt wurde diese Entwicklung im Wesentlichen von zwei Faktoren: Für die Kliniken bedeuten Schnittentbindungen einen Gewinn an Zeit, weil sie sich genau terminieren lassen. Daneben gilt insbesondere unter vielen schwangeren Frauen der Kaiserschnitt im Vergleich zu einer natürlichen Geburt als risikoärmer für das Kind. Dieses Motiv gründet somit in einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis. Eine medizinische Indikation lag laut WHO lediglich in 10–15 % der Fälle vor. Zudem gab es Hinweise, nach denen sich eine Schnittentbindung auf die Gesundheit des betreffenden Kindes negativ auswirken kann. Die niedersächsische Landesregierung sollte daher durch den Landtag aufgefordert werden, mit Hilfe einer Reihe von Maßnahmen die Akzeptanz der natürlichen Geburt zu fördern. Eine der Maßnahmen, um dem Trend zum Kaiserschnitt entgegenzuwirken, war die Verbesserung der Situation der Hebammen. Obwohl der qualitative Standard innerhalb dieses Berufsbildes seit dem 19. Jahrhundert kontinuierlich angehoben worden ist, üben auch in der Gegenwart viele Hebammen ihre Profession unter schwierigen finanziellen Bedingungen aus.

Der Kaiserschnitt wurde bis ins 20. Jahrhundert hinein als ein für die Schwangere lebensbedrohlicher Eingriff nach Möglichkeit vermieden. Doch auch eine natürliche Geburt war in der Vergangenheit grundsätzlich risikobehaftet und zog nicht selten den Tod der Mutter nach sich. „Als Müttersterbefall gilt der Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft aufgrund von Ursachen, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung

¹¹⁵⁷ Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen v. 04.10.2014 (LT-Drs. 17/2164).

stehen oder durch diese verschlechtert werden.“¹¹⁵⁸ Die Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland ist kontinuierlich gesunken. War die Gesamtzahl noch im Jahre 1960 mit 1.030 verstorbenen Frauen im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern recht hoch, gelang es innerhalb der folgenden 30 Jahre, diesen Wert um 93 % zu reduzieren.¹¹⁵⁹ 2018 kamen auf 100.000 Geburten weniger als 4 Todesfälle.¹¹⁶⁰ Während in den westlichen Industrieländern ein bislang unerreicht hoher Gesundheitsstand erreicht worden ist, ist die Müttersterblichkeit beispielsweise auf dem afrikanischen Kontinent, wo sie regional bei 1:25 liegen kann, weiterhin beträchtlich.¹¹⁶¹

Nicht nur beim Geburtsvorgang, sondern auch im Laufe der Schwangerschaft und des Wochenbettes können unterschiedliche Komplikationen auftreten: Hormonelle Veränderungen¹¹⁶² und/oder Fehlernährung begünstigen die Entstehung eines Gestations- oder Schwangerschaftsdiabetes.¹¹⁶³ Die Anfälligkeit u. a. für kardiovaskuläre Erkrankungen, pulmonale Veränderungen oder bakterielle Infektionen ist erhöht, auch besteht die Gefahr einer Hypothyreose. Mit zunehmendem maternalen Alter steigt auch das Risiko einer Plazenta praevia. Infolge dieser Anomalie kann die Plazenta den inneren Muttermund (Ostium uteri externum) vollständig verdecken, eine vaginale Geburt verhindern und schließlich aufgrund von Verletzungen schwere Blutungen, mit hin eine Sepsis, nach sich ziehen. Sepsen drohen zudem im Falle des intrauterinen Fruchttods. Bei dieser Komplikation stirbt der Fetus zumeist in der 2. Schwangerschaftshälfte ab (vgl. auch Kap. 3.2). Wird der abgestorbene Fetus nicht entfernt, kann es infolge der Zersetzungsprozesse zu einem septisch-toxischen Schock kommen.

Mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gehen Mehrlingsschwangerschaften einher. Das Risiko für das Auftreten einer schwangerschaftsinduzierten Hypertonie liegt hier

¹¹⁵⁸ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Glossar M: Müttersterblichkeit): https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/glossar.html?cms_lv2=9749904 – letzter Zugriff: 2023-11-12.

¹¹⁵⁹ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (1998), S. 16.

¹¹⁶⁰ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S43-Muet-tersterblichkeit-ab-1892.html;jsessionid=C78207510B92864A3A71FFE1E8218E94.2_cid389 – letzter Zugriff: 2023-11-12.

¹¹⁶¹ Vgl. BADER (2005), S. 215.

¹¹⁶² Schwangerschaftshormone können zu einer Erhöhung des Blutzuckerspiegels führen.

¹¹⁶³ Mit einem deutlich erhöhtem Risiko bei genetischer Disposition.

3- bis 5-mal höher.¹¹⁶⁴ Der Geburtsvorgang wird häufiger als bei Einlingen durch fetale Fehlbildungen, Lageanomalien oder die Plazenta praevia erschwert bzw. verhindert. Bei diesen und ähnlichen Komplikationen, beispielsweise Nabelschnurvorfällen, ist der Kaiserschnitt indiziert. Wenngleich nicht mehr generell lebensbedrohend, ist der Kaiserschnitt auch in den modernen Industrienationen nicht gänzlich ungefährlich. Neben verletzungsbedingten Blutverlusten sind Infektionen wie die Endometritis denkbar.

In vielen Entwicklungsländern ist – als unmittelbare Folge einer Geburtskomplikation – zudem die Urogenitalfistel weitverbreitet. Eine Urogenitalfistel kann sich ausbilden, wenn im Rahmen des Geburtsvorgangs Gewebe zerstört oder Organe verletzt worden sind. Hervorgerufen werden entsprechende Verletzungen vornehmlich durch Beckenverengungen. Diese können zwar konstitutionell bedingt bzw. angeboren sein, sind allerdings oftmals die Folge von Mangel- oder Fehlernährung. Auch ein verfrühtes Heiratsalter bzw. eine Niederkunft vor Vollendung der physischen Reifung der Mutter kommen als Ursachen in Betracht.

Ein weiteres Schwangerschaftsrisiko bildet die Praeklampsie, die gegenwärtig „zu den führenden Ursachen mütterlicher Mortalität“ zählt und bei „6 bis 8 % aller Lebendgeburten“ auftritt.¹¹⁶⁵ Sie ist Folge einer Gestose mit zumeist unklarer Ursache. Besonderes Merkmal ist das gemeinsame Vorkommen von Hypertonie und Proteinurie. Die Gefährdung ergibt sich zum einen aus einer möglichen Chronifizierung insbesondere von Nieren- und Gefäßerkrankungen. Zum andern erhöht die Beeinträchtigung des Gefäßsystems bzw. die Ischämie als Begleitsymptom das Schlaganfallrisiko während der Schwangerschaft deutlich. Bei Nullipara kommt es im Falle der Praeklampsie zudem überdurchschnittlich häufig zur Eklampsie (*Eclampsia parturientium*), einem Krampfanfallsleiden, das Organversagen bis hin zur Letalität hervorrufen kann.

Das im Allgemeinen mit der Kindbettsterblichkeit assoziierte Puerperalfieber („Kindbettfieber“) fällt heute zumindest in den Industrienationen quantitativ nicht mehr ins Gewicht. Der englische Ausdruck „puerperal sepsis“ verweist auf den bakteriellen Ur-

¹¹⁶⁴ Vgl. BADER (2005), S. 327.

¹¹⁶⁵ Vgl. EBD., S. 248 f.; hierzu auch HYPERTENSIVE PREGNANCY DISORDERS (2019), S. 7.

sprung dieser Erkrankung. So sind gebärende Frauen besonders gefährdet, weil insbesondere durch die Ablösung der Plazenta eine großflächige Wunde am Uterus entsteht, die pathogenen Bakterien das Eindringen in den Körper erleichtert. Darüber hinaus ist die Schutzfunktion der nach der Geburt stark geweiteten Zervix noch einige Zeit beeinträchtigt. Im Idealfall werden die Bakterien zwar durch die Lochien¹¹⁶⁶, die verstärkt bei stillenden Müttern durch vermehrte Ausschüttung des Hormons Oxytocin auftreten, wieder ausgeschwemmt. Erweisen sich die Lochien indes als zu gering, bietet sich ein optimaler Nährboden für die Bakterien. Der weitverbreitetste und – wegen seines außergewöhnlich hohen pathogenen Potentials – gefährlichste Erreger ist hier *Streptococcus pyogenes* (A-Streptokokken). Allerdings können auch andere Erreger wie *Escherichia coli*, Gonokokken oder Staphylokokken eine Sepsis hervorrufen. In den meisten Fällen geht dieser ein bakterieller Befall des Uterus als Folge einer Entzündung des Endometriums (Endometritis puerperalis) voraus. Begleitet wird die durch eine Infektion ausgelöste Sepsis durch hohes Fieber mit Tachypnoe sowie einer zunehmenden Anämie. Im schlimmsten Fall tritt der Tod infolge eines septischen Schocks ein.

Die seit dem beginnenden 20. Jahrhundert gestiegene Popularität des österreichisch-ungarischen Mediziners Ignaz Semmelweis, der grundlegende Erkenntnisse zur Verhütung des Puerperalfiebers lieferte, hat die Annahme genährt, die Kindbettsterblichkeit sei eine maßgebliche Ursache für die geringe weibliche Lebenserwartung in der vorindustriellen Zeit gewesen.¹¹⁶⁷ Und tatsächlich nähren Schicksale wie die der beiden Ehefrauen des Rodenberger Amtmanns Johann Arnold Caspari die Vermutung, dass der Tod einer Frau im Kindbett Bestandteil frühneuzeitlicher Alltagsnormalität war: Caspari heiratete im April 1770 Christina Carolina Heinichen, die 20-jährige Tochter seines Vorgängers. Bereits nach der Geburt des ersten Kindes, das tot zur Welt kam, starb Christina Carolina im Februar 1771. Im Mai desselben Jahres heiratete Caspari dann Maria Margareta Heinichen, die Schwester seiner ersten Frau. Diese gebar insgesamt elf Kinder, bevor sie 1786 im Alter von 36 Jahren an der Todesursache *Kindbettfieber* starb. Wenngleich sich die Zahl der Niederkünfte erheblich voneinander unterscheidet, verstarben beide Schwestern infolge der Geburt eines Kindes.

¹¹⁶⁶ Die Lochien („Wochenfluss“) setzen sich aus Blut und Wundsekret sowie den Resten der Plazenta zusammen und können bis zu 6 Wochen nach der Geburt ausgeschieden werden.

¹¹⁶⁷ Vgl. BENEDEK (1983), S. 9-11 u. 333-338.

Im Zusammenhang mit der Kindbettsterblichkeit wird Fieber im Allgemeinen mit dem Puerperalfieber assoziiert. Die Vermutung liegt nahe, dass auch Maria Margareta Heinen an einer Sepsis erkrankt war. Der Hinweis auf Fieber in Verbindung mit dem Tod infolge der Geburt eines Kindes erscheint in den schauenburgischen Sterberegistern als *Kindbettfieber*, nur vereinzelt in Kombination mit Todesursachen wie *Gallenfieber*, *entzündliches Fieber* o. ä. In Schaumburg trat das Puerperalfieber noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts nachweislich auf.¹¹⁶⁸ Allerdings steigt die Körpertemperatur auch während der Geburt oder als Folge eines abrupten Abstillens¹¹⁶⁹ nicht selten an, ist damit nicht grundsätzlich als alarmierendes Symptom zu werten. Eine Behandlungsbedürftigkeit sah man erst, wenn sich das Fieber hielt und zusätzlich Schwellungen des Unterleibes auftraten. Als therapeutische Maßnahme galt bis ins 19. Jahrhundert hinein die obligatorische Gabe eines Brechmittels,¹¹⁷⁰ das günstigenfalls das Leiden nicht verschlimmerte. Über die tatsächlichen Ursachen des Puerperalfiebers war man lange vollkommen im Unklaren. Als mögliche Gründe erachtete man eine nicht entfernte Plazenta oder auch deren gewaltsame Entfernung.¹¹⁷¹ Zudem vermeinte man Ähnlichkeiten zwischen dem Puerperalfieber und Krankheiten wie dem Typhus zu erkennen.¹¹⁷² Als in der Wiener Gebärklinik, in der der Mediziner Ignaz Semmelweis zwischen 1846 und 1849 praktizierte, die Kindbettsterblichkeit anstieg, vermutete man zunächst einen endemischen Ursprung, weil die Mortalität in der ersten Abteilung deutlich höher war als in der zweiten Abteilung desselben Hauses.¹¹⁷³ Semmelweis erkannte jedoch, dass die Übersterblichkeit in der ersten Abteilung durch „Kadaverteile“ an den Händen von Ärzten, die gerade eine Sektion durchgeführt hatten, hervorgerufen wurde. In der zweiten Abteilung, wo Hebammen beschäftigt waren, ergab sich dieses Problem nicht. Da sich die „Kadaverteile“ allein durch Händewaschen nicht lösen ließen, regte Semmelweis eine Reinigung durch Chlorkalk an und konnte die Fälle von Puerperalfieber deutlich reduzieren.¹¹⁷⁴

¹¹⁶⁸ In Sachsenhagen starben zwischen 1906 und 1918 mindestens vier Frauen am Puerperalfieber; vgl. STAB Dep. 28, Nr. 311.

¹¹⁶⁹ Dabei handelt es sich um das sog. Milchfieber. Die daraus resultierenden grippeähnlichen Symptome halten 3–4 Tage an. In Anbetracht der hohen Säuglingssterblichkeit war das Milchfieber in der Vergangenheit keine besorgniserregende Erscheinung.

¹¹⁷⁰ Vgl. allg. LÖFLER (1792b).

¹¹⁷¹ Vgl. SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 205; MOST (1839), S. 34.

¹¹⁷² Vgl. SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 235-237.

¹¹⁷³ Vgl. SEMMELWEIS (1912), S. 35.

¹¹⁷⁴ Vgl. EBD., S. 38-45. Als eigentlichen Erreger vermutete er „zersetzten tierisch-organischen Stoff“; EBD. S. 87 f.

Neben dem Puerperalfieber dürfte die Vielzahl an möglichen Komplikationen und das allgemeine Unvermögen vormoderner Geburtshelfer und Hebammen, in kritischen Situationen adäquat zu reagieren, im kollektiven Bewusstsein eine enge Verbindung zwischen Geburtsvorgang und Tod verankert haben. Zudem kommt hier noch eine allgemeine mentale Dimension zum Tragen; denn der von Natur aus schmerzbehaftete Geburtsvorgang wird von einer gesteigerten Dramatik begleitet. Allein die mit der Angst vor Komplikationen verbundenen psychisch-emotionalen Belastungen können Dystokien hervorrufen.¹¹⁷⁵

In der Vergangenheit wurde bereits die Geburt eines einzelnen Kindes als potentielle Bedrohung für das Leben der Mutter erachtet, Mehrlingsgeburten steigerten diese Ängste. Aufgrund der unzureichenden diagnostischen Möglichkeiten ließen sich Mehrlingsschwangerschaften im Vorfeld nicht sicher erkennen. Die Auskultation erforderte Übung und erwies sich nicht immer als zuverlässig.¹¹⁷⁶ Im Allgemeinen galt ein „höherer Grad der gewöhnlichen Leiden und Beschwerden“¹¹⁷⁷ als mögliches Symptom für eine Mehrlingsschwangerschaft. Klarheit erbrachte die Geburt: „Man wird dagegen von dem Vorhandensein eines zweiten Kindes überzeugt, sobald nach der Geburt des ersten, gewöhnlich nicht sehr starken Kindes die Wehen fort dauern, durch die Bauchdecken noch fortwährend Kindesteile zu fühlen sind, bei der inneren Untersuchung aber eine neue Blase, und durch dieselbe, wenn sie nicht sehr gespannt ist, Kindesteile entdeckt werden.“¹¹⁷⁸ Das Unvermögen, Mehrlinge bis zu diesem Zeitpunkt sicher zu bestimmen, mag die Vorstellung eines damit einhergehenden erhöhten maternalen Risikos verstärkt haben. Zudem zeugt selbst ein knapp gehaltener Kirchenbucheintrag (Rinteln, 1754) vom dramatischen Verlauf eines missglückten Geburtsvorgangs, der auf die Beteiligten natürlich nicht ohne Wirkung geblieben ist: *Das eine Kind, ein Sohn, ist lebend zur Welt gekommen, das andere Kind ist bey ihr geblieben.* Die zeitgenössischen Mediziner erachteten die reine Entbindung von Mehrlingen nicht als besonders problematisch.¹¹⁷⁹ Die Richtigkeit dieser Einschätzung lässt

¹¹⁷⁵ Vgl. SIMKIN/ANCHETA (2006), S. 38-40 und 235 f.

¹¹⁷⁶ Vgl. SIEBOLD (1841), S. 149; NAEGELE (1845), S. 149 f.

¹¹⁷⁷ EBD., S. 149.

¹¹⁷⁸ SIEBOLD (1841), S. 244 f.; vgl. hierzu auch NAEGELE (1843), S. 247 f.

¹¹⁷⁹ Vgl. SIEBOLD (1841), S. 244 f.; NAEGELE (1843), S. 246.

sich auch statistisch belegen (siehe unten). Gleichwohl rief die Nachricht einer Mehrlingsgeburt auf Seiten der Gebärenden größte Befürchtungen hervor, möglicherweise gründend auf häufigere Zwischenfälle vor Verbreitung der professionalisierten Geburtshilfe. Hinzu kam die Besorgnis um das Leben der Kinder, das im Falle von Mehrlingsschwangerschaften stets gefährdet war.¹¹⁸⁰ Deshalb riet man den Geburtshelfern, diesen Umstand zunächst zu verschweigen bzw. „nur mit großer Vorsicht von der Gegenwart eines zweiten Kindes“¹¹⁸¹ zu berichten, da dieses „einen sehr gefährlichen Einfluss auf das Gemüth der Gebärenden haben kann.“¹¹⁸²

Auch Totgeburten konnten Komplikationen hervorrufen. Zwar galt das Ausbleiben der Kindesbewegungen als Indiz für das Absterben der Frucht. Doch erst mit der Geburt lieferten Farbe und Geruch des Fruchtwassers oder das Aussehen der Nabelschnur Gewissheit.¹¹⁸³ Immer wieder mussten Geburtshelfer oder Hebammen dann feststellen, dass der Körper des Kindes bereits in einen „hohen Grad von Fäulniss übergegangen ist“¹¹⁸⁴. Der Tod eines Kindes aufgrund endogen bedingter Dystokien gefährdete nicht per se das Leben der Mutter. Allerdings konnten Schwierigkeiten auftreten, wenn das Kind bereits seit Längerem verstorben war, da „durch grosse Nachgiebigkeit der schlottrig gewordenen Kopfknochen den von der Natur bestimmten Drehungen einiger Eintrag geschehen kann, wie auch die Kraft der Wehen in ihrer Wirkung auf den weich gewordenen Körper sehr geschwächt wird, indem sie durchaus den erforderlichen Widerstand (...) nicht findet.“¹¹⁸⁵ Allgegenwärtig war die Gefahr, dass sich die abgestorbene Frucht nur unvollständig entfernen ließ und dann in einen Infektionsherd verwandelte.¹¹⁸⁶ In diesem Fall drohten als maternale Komplikationen Sepsen oder erhöhte Blutungsneigungen.¹¹⁸⁷

Obwohl die Ursachen von Infektionen lange nicht bekannt waren, war man sich der Problematik bewusst und bemühte sich insbesondere nach Operationen, ihr Auftreten

¹¹⁸⁰ Vgl. LABOUVIE (2000), S. 122.

¹¹⁸¹ NAEGELE (1843), S. 280.

¹¹⁸² SIEBOLD (1841), S. 271.

¹¹⁸³ Vgl. EBD., S. 247 f.

¹¹⁸⁴ EBD., S. 246. Im Zusammenhang mit Totgeburten finden sich in den schauburgischen Kirchenbüchern immer wieder entsprechende Hinweise.

¹¹⁸⁵ EBD.

¹¹⁸⁶ EBD., S. 354.

¹¹⁸⁷ Als Folge einer Verbrauchskoagulopathie: „Bei einer länger als 5 Wochen anhaltenden Retention einer abgestorbenen Frucht treten in 18 – 25 % der Fälle Gerinnungsstörungen auf.“ PSCHYREMBEL/DUDENHAUSEN (1971), S. 135.

zu vermeiden: „Die schwierigste Aufgabe für den Geburtshelfer bleibt aber die Behandlung des Wochenbettes nach verrichtetem Kaiserschnitte: sie bildet den wichtigsten Theil der ganzen Operation, deren eigentliche Ausführung am Ende doch nur von einem ausgebildeten technischen Gesckicke abhängt, während die Nachbehandlung die vollste ärztliche Einsicht und Ueberlegung in Anspruch nimmt.“¹¹⁸⁸ Eine Art Hygieneverständnis bestand durchaus: „Lauwarme Injectionen von Chamillen, Fliederblumen oder Cicuta werden theils den Auflösungsprocess befördern, theils für die bestmögliche Reinlichkeit sorgen: eine zweckmäßige, mehr stärkende Diät, von Arzneimitteln aber vor Allem die China, unterstützen die oft so sehr gesunkenen Kräfte der Wöchnerin.“¹¹⁸⁹ War die Gebärende an der Syphilis erkrankt, wurde den Geburtshelfern aufgetragen, das Kind durch besondere Sorgfalt vor einer Infektion zu schützen. Aber auch der Aspekt der Eigensicherung fand Beachtung. Geraten wurde zur Verwendung von reichlich gleitenden Substanzen wie Öl oder Fetten sowie zum Tragen dünner Lederhandschuhe oder einer Rinderblase, wenn die Finger des Geburtshelfers frische Verletzungen aufwiesen. Zudem sollte er seine Hände sorgfältig waschen, allerdings erst nach Beendigung des Geburtsvorgangs.¹¹⁹⁰

Viele Frauen sind an Komplikationen gestorben, die durch endogene Faktoren wie eine Totgeburt oder ein zu enges Becken hervorgerufen worden sind. Betroffen waren insbesondere die Primipara. Mortalitätsbegrenzend wirkte sich immerhin aus, dass die Pubertät zum Zeitpunkt der Heirat im frühneuzeitlichen Europa in der Regel bereits lange abgeschlossen war. Eine unzureichende körperliche Reife als Ursache für Dys-tokien war insofern von untergeordneter Bedeutung. Wenn aufgrund der Erfahrungen mit einer vorangegangenen Geburt Komplikationen erwartet wurden oder im Rahmen einer Untersuchung eine Verengung des Beckeneingangs diagnostiziert worden war, erwies sich die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt als probates Mittel: „Unter künstlicher Erregung der Frühgeburt (...) versteht man dasjenige Kunstverfahren, wodurch der Uterus vor dem regelmäßigen Ende der Schwangerschaft, jedoch zu einer Zeit, wo die Frucht außerhalb des Mutterschoßes fortzuleben fähig ist, zur Vollbringung der Geburt veranlasst wird.“¹¹⁹¹ Als frühestmöglicher Zeitpunkt galt ein Alter

¹¹⁸⁸ SIEBOLD (1841), S. 561.

¹¹⁸⁹ EBD., S. 386.

¹¹⁹⁰ Vgl. EBD., S. 312 f.

¹¹⁹¹ NAEGELE (1845), S. 181.

von 30 Wochen, da andernfalls keinerlei Chancen bestanden, das Kind außerhalb des Mutterleibs am Leben zu erhalten.¹¹⁹² Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wurde die Wehentätigkeit durch mechanische oder chirurgische Eingriffe vorzeitig angeregt. Pharmazeutische Mittel galten als wenig zuverlässig und konnten bei zu hohen Dosen die Gesundheit der Mutter und des Kindes gefährden.¹¹⁹³ Die gebräuchlichsten Methoden waren die manuelle Stimulation des Uterus, Dehnung der Zervix sowie die Punktion der Fruchtblase.¹¹⁹⁴ Die künstliche Frühgeburt war zu Beginn des 19. Jahrhunderts umstritten und konnte sich nur allmählich in Deutschland durchsetzen,¹¹⁹⁵ doch machte man im Vergleich zu den zu erwartenden Problemen im Falle einer Beckenverengung durchaus gute Erfahrungen mit diesem Eingriff.¹¹⁹⁶ Als Vorbereitung auf eine künstliche Frühgeburt wurde zu Diäten, Bädern, Anwendungen von Klistieren oder Aderlässen geraten.¹¹⁹⁷ Allerdings kamen diese Maßnahmen in erster Linie für Frauen aus wohlhabenden Schichten in Frage.

Die Operation galt als das letzte Mittel. Grundsätzlich sollte der Geburtshelfer „der Hand vor den Instrumenten den Vorzug“ geben.¹¹⁹⁸ Für den Fall einer Operation wurde ihm besondere Sorgfalt aufgetragen, wobei er „immer das Wohl beider Individuen, der Mutter und des Kindes, vor Augen“ haben sollte, wenngleich in der Praxis das Leben der Mutter einen höheren Stellenwert hatte als das des Kindes.¹¹⁹⁹ Bereits bei einer Beckenverengung dritten Grades¹²⁰⁰ sah sich der Geburtshelfer vor die Entscheidung gestellt, das Leben des Kindes zu beenden, indem er dessen Kopf durch „Enthirnung“¹²⁰¹ bzw. Perforation verkleinerte oder einen Kaiserschnitt¹²⁰² durchführte. Beide Verfahren waren lebensgefährlich für die Gebärende,¹²⁰³ am Ende wuchs die

¹¹⁹² Vgl. NAEGELE (1845), S. 191 u. 206 f.

¹¹⁹³ Heute bedient man sich der Gabe von Hormonen.

¹¹⁹⁴ Vgl. NAEGELE (1845), S. 196-200.

¹¹⁹⁵ Vgl. MENDE (1828), S. 135; NAEGELE (1845), S. 187.

¹¹⁹⁶ Vgl. MENDE (1828), S. 149; NAEGELE (1845), S. 206.

¹¹⁹⁷ EBD., S. 195 f.

¹¹⁹⁸ SIEBOLD (1841), S. 404 f.; hierzu auch NAEGELE (1845), S. 107-113.

¹¹⁹⁹ Vgl. LABOUVIE (2000), S. 192 f.

¹²⁰⁰ Man unterschied bei dieser Komplikation vier Grade; SIEBOLD (1841), S. 328-331.

¹²⁰¹ Vgl. EBD., S. 330 u. S. 515-541; NAEGELE (1845), S. 114-127.

¹²⁰² Die Sectio caesarea wurde schon im 17. Jahrhundert eingehend beschrieben; vgl. PORTER (2000), S. 233.

¹²⁰³ Zu den Risiken der Perforation vgl. den eindrucksvollen Erfahrungsbericht von MEZLER (1792), S. 274-278; kritisch gegenüber dieser Praxis SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 213-217.

Zahl der Befürworter des Kaiserschnitts,¹²⁰⁴ wobei insbesondere der Wille ausschlaggebend gewesen sein dürfte, „Mutter und Kind zusammen am Leben zu erhalten (...). Groß sind aber die Gefahren, welchen die Mutter, die den Kaiserschnitt erleidet, ausgesetzt ist, und wenn auch der Operation eine absolute Tödlichkeit nicht zuerkannt werden darf, so lehrt doch die Erfahrung, dass sehr viele Frauen in Folge des erlittenen Kaiserschnitts gestorben sind.“¹²⁰⁵ Operationen steigerten das Infektionsrisiko, der hohe Blutverlust gefährdete ohnehin das Leben der Mutter. Die Kenntnisse über die Ursache von Blutverlusten waren sehr beschränkt: „Zuweilen wird auch der Blutfluss durch Krampf der Gebärmutter nach der Geburt bedingt, ein Zustand, der bei schwachen, empfindlichen Frauen mit hysterischer Anlage beobachtet wird, bei welchen schon während der Geburt sich spastische Erscheinungen (...) gezeigt haben.“¹²⁰⁶ Wenngleich die Intensität der auftretenden Blutungen nicht grundsätzlich mit einer schwächlichen Konstitution oder einem angegriffenen Gesundheitszustand in Verbindung gebracht werden konnte, vermutete man bei kräftigeren Frauen eine stärkere Blutzirkulation im Gefäßsystem.¹²⁰⁷ Allerdings hatte man entdeckt, dass Verletzungen der Plazenta große Blutverluste nach sich ziehen.¹²⁰⁸

Gefürchtet war die Plazenta praevia, die fehlerhafte Lage der Plazenta nahe dem Muttermund. Betroffen sind vorwiegend Pluripara.¹²⁰⁹ Führten manuelle Techniken oder die Zuhilfenahme einer Geburtszange zur Veränderung der Lage nicht zum Ziel, wandte man die Methode des *Accouchement forcé* an. Weil das Kind dabei gewaltsam mit der Hand herausgezogen wurde, hatte diese Methode nicht nur dessen Tod zur Folge, sondern bedrohte wegen der damit verbundenen Blutungen überdies das Leben der Mutter.¹²¹⁰ Die Plazenta praevia war jedoch relativ selten. Eine Aufstellung der in den Jahren 1835 bis 1854 in Kurhessen vorgekommenen künstlichen Entbindungen führt bei 519.328 Geburten insgesamt 332 Fälle von Plazenta praevia an. Auf den Kreis Schaumburg entfallen insgesamt 23 Fälle.¹²¹¹

¹²⁰⁴ SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 218-222.

¹²⁰⁵ SIEBOLD (1841), S. 544 f. NAEGELE (1845), S. 107, beziffert die Mortalität mit „weit mehr als der Hälfte der Operierten“, an anderer Stelle (S. 132) mit „mindestens zwei Drittel der Mütter“; hierzu auch FILIPPINI (2002), S. 124.

¹²⁰⁶ SIEBOLD (1841), S. 631.

¹²⁰⁷ EBD., S. 630.

¹²⁰⁸ Vgl. allg. SIEBOLD (1841), S. 370-388.

¹²⁰⁹ Vgl. TUCKER (2000), S. 92.

¹²¹⁰ Vgl. MELITSCH (1792), S. 27-34 u. 39 f.; SIEBOLD (1841), S. 572 f.; NAEGELE (1845), S. 182.

¹²¹¹ Im Physikat in Rinteln 6, in Obernkirchen 4, in Oldendorf 5 und in Rodenberg 8; vgl. StAB H 2, Nr. 477.

Die ebenfalls sehr gefürchtete, doch recht seltene Eklampsie wird in ihrem äußeren Erscheinungsbild durch heftige Krämpfe bestimmt, die zu einer Einschränkung der Körperfunktionen führen können. Schlimmstenfalls kommt es zu einem Multiorganversagen. Man lernte die Eklampsie im 19. Jahrhundert als Schwangerschaftskomplikation und damit eigenständiges Krankheitsbild von neurologisch bedingten Krampfanfallsleiden zu unterscheiden. Als Therapie empfahl man kalte Umschläge, Aderlässe oder die Gabe von Medikamenten wie Opium.¹²¹² Relativ viele Frauen dürften Verletzungen infolge angeborener, vermutlich auch ernährungsbedingter¹²¹³ Beckendysto-
kien erlitten haben. Der gefürchtete, wenngleich eher seltene „Scheidenriss“ wurde in der zeitgenössischen medizinischen Fachliteratur beschrieben. Dessen Ursache sah man in „scirrhösen Entartungen der Scheide, Blutaderknoten, theils in stürmischen Wehen bei engem Becken, in roher Instrumentalhülfe u. s. w. (...). Blutungen, enorme Schmerzen, Convulsionen, ja schleuniger Tod können die traurigen Folgen sein, welche freilich nach dem Grade der Verletzung sich äußern.“¹²¹⁴

Der Vorgang der Geburt gehört zu den existentiellen Erfahrungen. Die damit verbundene Dramatik wird erheblich gesteigert, wenn Komplikationen auftreten, die das Leben von Mutter und Kind gefährden. Noch im ausgehenden 19. Jahrhundert musste in diesem Fall oftmals die Entscheidung getroffen werden, wessen Leben man den Vorzug geben wolle. Die Betroffenen hatten sich dann nicht nur mit ihrer Trauer auseinandersetzen, sondern sahen sich auch mit einem Gewissenskonflikt konfrontiert. Dieser verschärfte sich im Übergang zur Neuzeit: „Ende des 18. Jahrhunderts wurde die traditionelle Wertehierarchie umgestülpt und der unbedingte Vorrang des Lebens der Mutter zur Diskussion gestellt.“¹²¹⁵ Damit rückte die Frage des Kaiserschnitts ins Zentrum. In der Gegenwart sieht man sich mittlerweile veranlasst, dessen Verzicht zu fordern, sofern keine zwingende medizinische Notwendigkeit besteht. In der Vergangenheit verringerte die Entscheidung, das Kind per Kaiserschnitt gesund zur Welt zu bringen, die Überlebenschancen der Mutter immens. Die potentiellen Gefahren einer

¹²¹² Vgl. SIEBOLD (1841), S. 282.

¹²¹³ So galt die englische Krankheit bzw. die Rachitis als eine Ursache für eine Beckenverengung; vgl. SIEBOLD (1841), S. 50 f.

¹²¹⁴ EBD., S. 317.

¹²¹⁵ FILIPPINI (2002), S. 124.

Schwangerschaft waren nicht zuletzt innerhalb der gebildeten Öffentlichkeit stets präsent. Untersuchungen haben eine erhöhte Kindbettsterblichkeit insbesondere in der bürgerlichen Oberschicht ergeben.¹²¹⁶ Die Thematisierung auf literarischem Gebiet hat die Bevölkerung zusätzlich für die Risiken von Schwangerschaft und Entbindung sensibilisiert.

Tabelle 9

Prozentualer Anteil der Kindbettsterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen¹²¹⁷ nach Altersgruppen (1770–1869)

Lebens- jahr	Kindbett		sonstige		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
bis 20.	3	2,6	97	85,1	14	12,3
21. - 25.	12	21,1	38	66,7	7	12,3
26. - 30.	35	17,9	131	66,8	30	15,3
31. - 35.	22	11,3	146	75,3	26	13,4
36. - 40.	45	19,1	164	69,8	26	11,1
41. - 45.	23	10,1	169	74,4	35	15,4
46. - 50.	4	1,8	181	80,4	40	17,8
51. - 55.	0	0	250	84,7	45	15,3

Die historische Forschung ist in der Beurteilung insbesondere der quantitativen Bedeutung der Kindbettsterblichkeit im Rahmen des frühneuzeitlichen Mortalitätsspektrums unentschieden.¹²¹⁸ Bezogen auf die Gesamtsterblichkeit einer Bevölkerung ist ihr Anteil, der etwa bei 1 % lag, eher zu vernachlässigen.¹²¹⁹ Betrachtet man nur die Gruppe der Frauen im gebärfähigen Alter, hat der Tod im Kindbett durchaus eine Rolle gespielt. Im Kirchspiel Leezen betrifft dies zwischen 1770 und 1869 rund ein Drittel aller im 3. und 4. Lebensjahrzehnt verstorbenen Frauen.¹²²⁰ In den schauburgischen Kirchspielen Grove (Rbg), Großenndorf und Exten wurde bei rund einem Fünftel

¹²¹⁶ Vgl. KOHL (1985), S. 140; GLEIXNER (2002), S. 87.

¹²¹⁷ Analysiert wurden hier nur Grove (Rbg), Großenndorf und Exten, da in diesen Kirchspielen im Zeitraum 1770–1869 die Todesursachen nahezu vollständig verzeichnet worden sind.

¹²¹⁸ Vgl. IMHOF (1981a), S. 145 u. 154-158; GEHRMANN (1984), S. 97; NORDEN (1984), S. 68-70; ZSCHUNKE (1984), S. 186-188; KOHL (1985), S. 129; SCHLUMBOHM (1988), S. 158 f.; VASOLD (1999), S. 201; GEHRMANN (2000), S. 141 f.; LABOUVIE (2000), S. 168 f.; RETTINGER (2002), S. 288 f.; WENDLER (2008), S. 201 u. 205.

¹²¹⁹ Für Schaumburg wurden Werte zwischen 0,59 % und 1,64 % errechnet. In den berücksichtigten Kirchspielen wurden zumindest von 1808 bis 1843 durchgehend die Todesursachen dokumentiert. Die statistische Aussagekraft ist aufgrund des kurzen Vergleichszeitraums und der geringen Datenbasis zur Kindbettsterblichkeit nicht sehr hoch.

¹²²⁰ Allerdings basieren die Ergebnisse auf einer recht geringen Datenbasis; vgl. GEHRMANN (1984), S. 98.

aller Frauen, die in ihrem 3. Lebensjahrzehnt verstorben sind, die Todesursache *Kindbett* verzeichnet (**Tab. 9**). Im 31.–35. Lebensjahr sinkt der Wert auf 11,3 %, im 36.–40. Lebensjahr steigt er wieder auf 19,1 %. Dass nur wenige Frauen im 5. Lebensjahrzehnt im *Kindbett* starben, ist auf die altersbedingt verminderte Konzeptionsfähigkeit zurückzuführen.

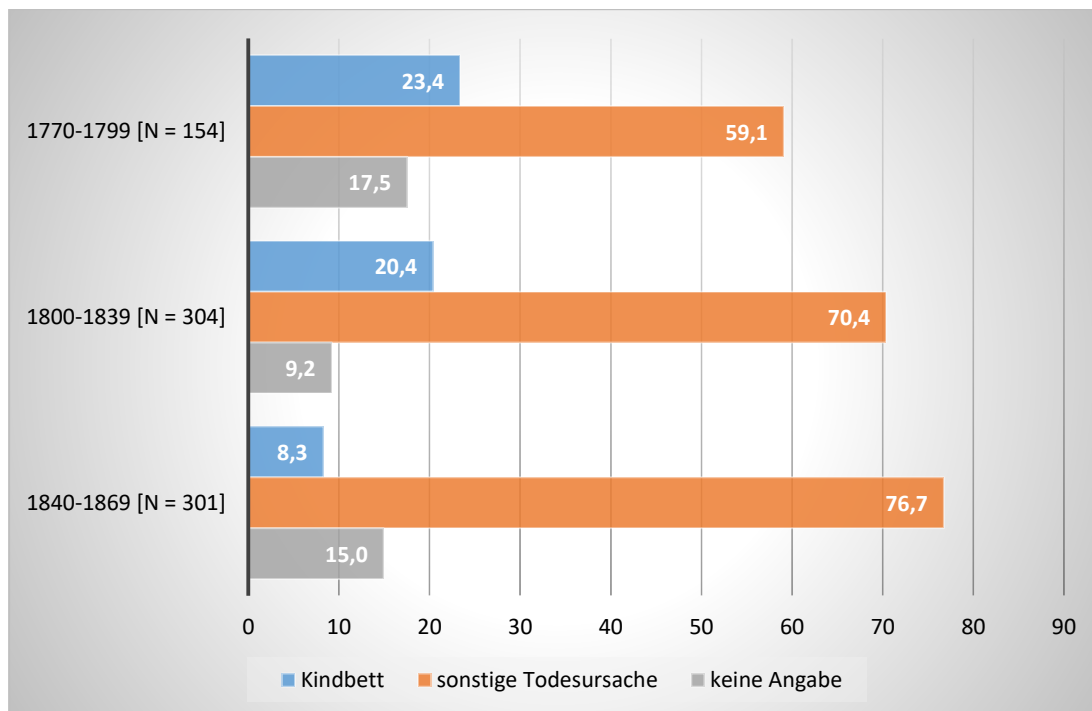


Abb. 72: Kindbettsterblichkeit in ausgewählten¹²²¹ schauburgischen Kirchspielen – Vergleich dreier Zeiträume (1770–1869) in Prozent

Übereinstimmung konnte seitens der historischen Forschung auch in der Frage der zeitlichen Entwicklung der Kindbettsterblichkeit nicht erzielt werden. Die Einschätzungen sind teilweise stark durch das Kindbettfieber, das mit Gründung von Krankenhäusern und Gebäranstalten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts „epidemisch“ aufgetreten sein soll, geprägt.¹²²² Ein zum Teil auffälliger Rückgang wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beobachtet. Für Schaumburg lässt sich nur Letzteres bestätigen. Um Verzerrungen aufgrund von Heiratsalter oder Konzeptionsfähigkeit zu vermeiden, wurden allein Frauen, die in ihrem 21.–40. Lebensjahr verstorben sind, berücksichtigt: In den Zeiträumen 1770–99 und 1800–39 lautet bei jeweils rund einem Fünftel von ihnen die Todesursache *Kindbett* (**Abb. 72**). Im Zeitraum 1840–69

¹²²¹ Grove (Rbg), Großenndorf und Exten.

¹²²² Vgl. insbesondere VASOLD (1999), S. 201.

sinkt der prozentuale Anteil dann auf 8,3 %. Ein Vergleich der Kindbettsterblichkeit in den Kirchspielen Grove (Rbg) und Großenndorf bezogen auf jeweils 1.000 Geburten ergibt, dass es sich bei dem auffallenden Rückgang im jüngsten Zeitraum um eine allgemeine Erscheinung handelt (**Tab. 10**).

Tabelle 10

Sterblichkeitsrate / Müttersterblichkeit – ausgewählte Kirchspiele (1770–1869)

	Grove (Rbg)		Großenndorf	
	n	Todesfälle / 1.000 Geburten	n	Todesfälle / 1.000 Geburten
1770 - 1799	12	8,4	12	8,6
1800 - 1839	15	6,0	23	9,9
1840 - 1869	7	4,6	6	2,9

Als Ursachen für diese Entwicklung, die sich im Laufe der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Schaumburg vollzogen hat, kommen unterschiedliche Faktoren in Frage. So wird die hohe Kindbettsterblichkeit in den modernen Entwicklungsländern insbesondere auf ein tendenziell geringes Heiratsalter zurückgeführt. Die körperliche Entwicklung der Frauen ist zum Zeitpunkt der Eheschließung nicht immer abgeschlossen. Zudem erhöht ein geringes Heiratsalter die Zahl an Konzeptionen und damit die Wahrscheinlichkeit, an Geburtskomplikationen zu sterben.

Auf der Grundlage der vitalstatistischen Daten des Kirchspiels Grove (Rbg) wurden die Werte für das durchschnittliche Heiratsalter der Frauen zum Zeitpunkt der ersten Verhehlung in unterschiedlichen Zeitabschnitten sowohl für das gesamte Kirchspiel als auch jeweils die beiden städtischen Siedlungen¹²²³ und das Dorf Algesdorf ermittelt (**Tab. 11**): Die Frauen im Kirchspiel Grove (Rbg) haben im Alter von durchschnittlich 25 Jahren erstmals eine Ehe geschlossen. Im Zeitraum 1665–1749 heirateten die Algesdorferinnen durchschnittlich etwas über ein Jahr später als die Frauen aus Rodenberg und Rodenberger Tor. In den beiden jüngeren Zeiträumen war es umgekehrt. Eine Korrelation zwischen Heiratsalter und Siedlungstyp ist nicht ersichtlich, eine städtische oder rein dörfliche Prägung wirkte sich im Kirchspiel Grove (Rbg) nicht auf das

¹²²³ Im Gegensatz zur eher ländlich geprägten Vorstadt Mühlenstraße ähnelt die Vorstadt Rodenberger Tor hinsichtlich der Zusammensetzung ihrer Einwohnerschaft der Stadt Rodenberg (vgl. Kap. 2.1.5).

Heiratsalter aus. Im 18. Jahrhundert sank das durchschnittliche Heiratsalter allgemein vorübergehend, stieg danach aber kontinuierlich an und erreicht seinen höchsten Stand am Ende des Untersuchungszeitraums. Diese Entwicklung könnte sich auf das Risiko eines Todes im Kindbett ausgewirkt haben. Denn in den Zeiträumen 1770–99, 1800–39 und 1840–69 sank die Kindbettsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg), zugleich stieg das Heiratsalter an. Dagegen spricht, dass im Kirchspiel Großenndorf die Kindbettsterblichkeit im Zeitraum 1800–39 gestiegen ist.¹²²⁴ Darüber hinaus ist fraglich, ob bereits die geringfügige Erhöhung des durchschnittlichen Heiratsalters zu einer Minderung von Geburtskomplikationen geführt hat. Anhaltspunkte für eine Kausalität zwischen der Entwicklung von Heiratsalter und Kindbettsterblichkeit liegen für Schaumburg nicht vor.

Tabelle 11

Durchschnittliches weibliches Heiratsalter im Kirchspiel Grove (Rbg) – drei Zeiträume (1665–1875)

	Kirchspiel Grove (Rbg)		Rodenberg und Rodenberger Tor		Algesdorf	
	n	Heiratsalter	n	Heiratsalter	n	Heiratsalter
1665 - 1749	312	25,53	99	25,02	61	26,24
1750 - 1819	473	24,63	132	24,51	89	23,57
<i>1770 - 1799</i>	191	<i>24,70</i>				
<i>1800 - 1839</i>	313	<i>25,42</i>				
1820 - 1875	498	25,98	157	25,98	93	25,44
<i>1840 - 1869</i>	295	<i>26,04</i>				

Der Abstand zwischen dem Zeitpunkt der Heirat und der ersten Geburt war nicht selten sehr gering, voreheliche sexuelle Kontakte damit nicht unüblich. Für das Kirchspiel Grove (Rbg) wurde dieser Abstand mit durchschnittlich 0,99 (1750–1819) bzw. 0,92 (1820–69) Jahre errechnet. Im Übergang zur Neuzeit stieg die Zahl an unehelichen Geburten allgemein an. Dieser Trend spiegelt sich in der Verringerung des Abstands zwischen Eheschließung und erster Geburt wider. Die Sanktionierung der Illegitimität schwächte sich im 19. Jahrhundert ab, was den Druck, eine Ehe aufgrund einer vorehelichen Empfängnis zu schließen, minderte. Ein weiteres Indiz hierfür ist der Anstieg des Heiratsalters in Grove (Rbg). Ein Vergleich der Altersgruppen verdeutlicht

¹²²⁴ Die Ermittlung der Entwicklung des durchschnittlichen Heiratsalters auch in diesen Kirchspielen wäre äußerst zeitaufwändig und ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

dies (**Abb. 73**): Die Zahl der Frauen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres ihr erstes Kind geboren haben, ist von 11,2 % (1750–1819) auf 2,8 % (1820–69) gesunken. Der Anteil der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen verringerte sich von 38,7 % auf 31,1 %. Die prozentualen Anteile der beiden folgenden Altersgruppen stiegen hingegen signifikant an. Eine auffällige Korrelation gibt es jedoch allein in der jüngsten Altersgruppe. Das Absinken des Anteils von Primipara bis zum 21. Lebensjahr erklärt die Verringerung des Anteils verstorbener Kindbetterinnen in dieser Altersgruppe. Im quantitativen Sinne wirkte sich die Kindbettsterblichkeit der jüngsten Altersgruppe kaum aus. Im älteren Zeitraum wurden in den schauburgischen Kirchspielen lediglich 5, im jüngeren 2 Frauen registriert, die bereits als Teenager infolge der Niederkunft starben. Nahezu unverändert bleiben die hohen prozentualen Anteile der beiden ältesten Gruppen.¹²²⁵

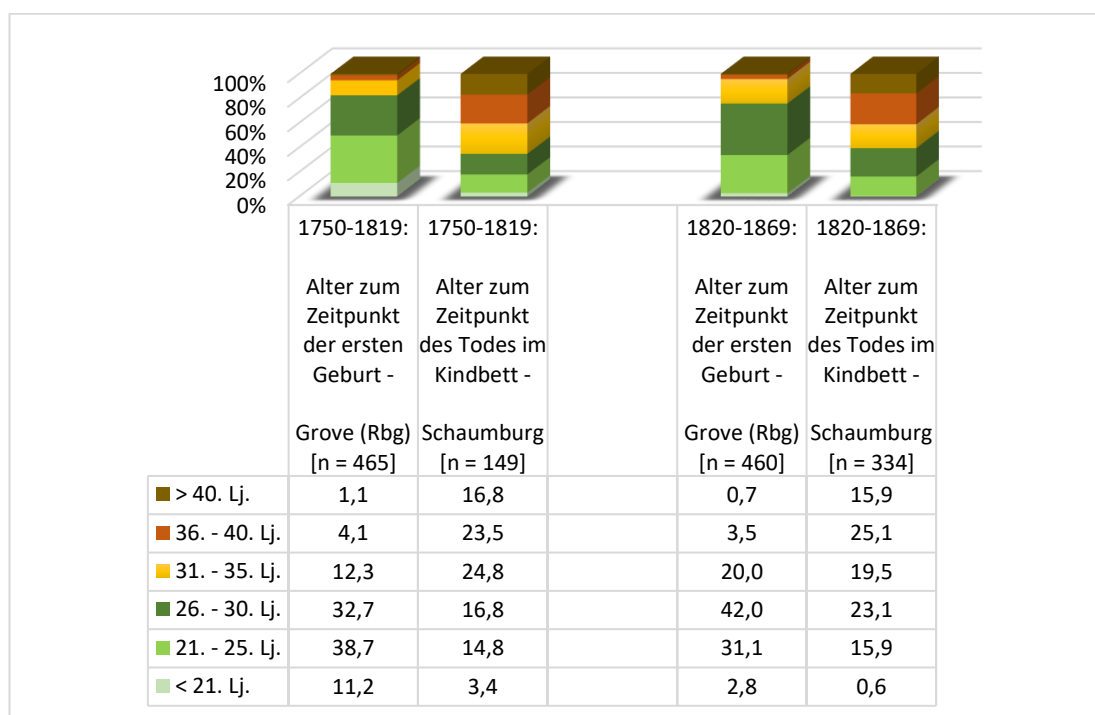


Abb. 73: Erste Geburt und Kindbettsterblichkeit¹²²⁶ – Altersgruppenvergleich in zwei unterschiedlichen Zeiträumen (1750–1869) in Prozent

Sowohl im 18. als auch 19. Jahrhundert bestand für Frauen in Schaumburg im Falle einer Schwangerschaft ein ausgeprägtes Risiko, im fortgeschrittenen Alter im Kindbett

¹²²⁵ Vgl. auch IMHOF (1979), S. 505.

¹²²⁶ Die Ermittlung der prozentualen Anteile der Altersgruppen zum Zeitpunkt der ersten Geburt basieren auf der nominalen Analyse der Ehe- und Geburtenregister des Kirchspiels Grove (Rbg). Um die Repräsentativität der Datenbasis zu erhöhen, wurden für den Vergleich die Eintragungen zur Todesursache *Kindbett* aus allen schauburgischen Kirchspielen zugrundegelegt.

zu sterben. Zwar bildet erst die um das 50. Lebensjahr einsetzende Menopause eine natürliche Grenze.¹²²⁷ Dennoch wurde die hohe Mortalität der Schaumburgerinnen, die in ihrem 5. Lebensjahrzehnt im Kindbett starben, nicht durch eine hohe Geburtenzahl im fortgeschrittenen Lebensalter hervorgerufen. Dies gilt selbst für katholische Gebiete, wo die Frauen zum Zeitpunkt der letzten Geburt tendenziell älter als Protestantinnen waren. Dort endete die Prokreationsphase im 18. Jahrhundert etwas über, im 19. Jahrhundert unter dem 41. Lebensjahr.¹²²⁸

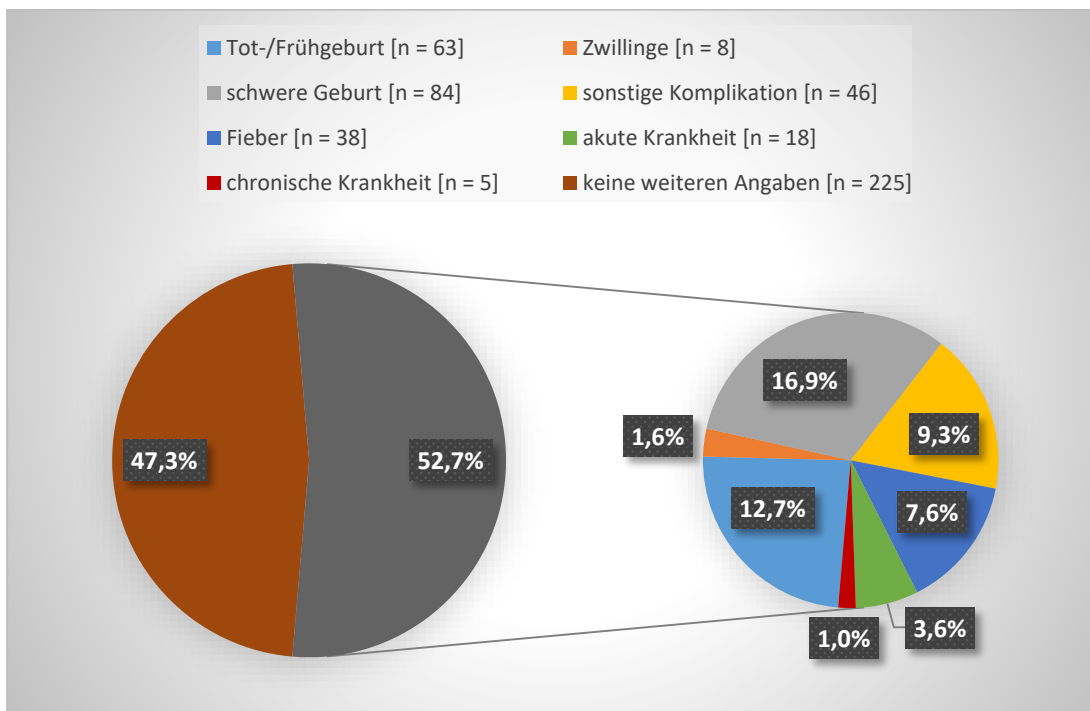


Abb. 74: Kindbettsterblichkeit – Ursachen und Komplikationen in der Grafschaft Schaumburg (1750–1875) in Prozent

Auch zur Todesursache *Kindbett* finden sich in den schaumburgischen Sterberegistern immer wieder ergänzende Hinweise. Eine exakte Diagnose im modernen Sinne ist erstmals 1870 dokumentiert und betrifft eine 24-jährige Primipara aus Grove, deren Todesursache mit *Eklampsie* angegeben wurde. Da in 80 % dieser Fälle Primipara betroffen sind,¹²²⁹ kann davon ausgegangen werden, dass tatsächlich eine Eklampsie vorlag. Zusätze wie *Krämpfe*, *an krampfartigen Zufällen* oder *Nervenschlag* bzw. *Schlagfluss* lassen zwar ebenfalls an Eklampsien denken; doch reicht das Altersspektrum in

¹²²⁷ Anhaltspunkte für ein früheres Einsetzen in der Vergangenheit liegen nicht vor. Entsprechende Vermutungen wurden widerlegt; vgl. RETTINGER (2002), S. 366.

¹²²⁸ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 231; ZSCHUNKE (1984), S. 211; RETTINGER (2002), S. 363-369.

¹²²⁹ Vgl. PSCHYREMBEL ONLINE (Artikel „Eklampsie“) – letzter Zugriff: 2021-09-19.

den betreffenden schauburgischen Fällen von 22–44 Jahren, wobei die meisten Frauen in ihren Dreißigern verstorben sind, also in der Regel zu den Multipara zählen. Die ergänzenden Hinweise, die in etwas mehr als der Hälfte aller verzeichneten Todesfälle mit Bezug zur Kindbettsterblichkeit enthalten sind, lassen sich daher nur Obergruppen zuteilen (**Abb. 74**). In rund einem Viertel der Fälle – Obergruppen „schwere Geburt“ und „Komplikationen“ – gründet das Benennungsmotiv allgemein auf dem Leiden der Gebärenden: *in Kindesnöthen, ein klägliches Wochenbett gehalten, nach einer harten Entbindung*. Insbesondere Zusätze wie *schwere Geburt* oder *Mutterblutsturz* verweisen auf erlittene Verletzungen im Zuge des Geburtsvorgangs, die hohe Blutverluste oder ein Organversagen nach sich zogen. Als Ursachen kommen physische Beeinträchtigungen wie eine Beckenverengung, eine ungünstige Lage des Kindes oder die problematische Entfernung einer Fehl- oder Totgeburt in Betracht. Eine Tot- bzw. Frühgeburt wurde in 12,7 % aller Fälle explizit als Ursache für die Komplikation registriert. Da Fehlgeburten, ggf. auch Totgeburten, nicht grundsätzlich in den Kirchenbüchern aufgeführt worden sind (siehe Kap. 3.2), ist anzunehmen, dass ihre Exzision nicht selten die Ursache für *Kindesnöthe* etc. war und somit ihr Anteil weitaus höher liegt.

Kindbettsterblichkeit infolge von Mehrlingsschwangerschaften fällt quantitativ kaum ins Gewicht, was die Annahme der zeitgenössischen Mediziner bestätigt. Lediglich 8-mal wird der Tod der Mutter ausdrücklich als Folge der Entbindung von Zwillingen bezeichnet. Da unter den kirchenbuchführenden Personen die Neigung bestand, außergewöhnliche Todesumstände zu dokumentieren, ist eine Unterregistrierung im Falle der Mehrlingsgeburten eher unwahrscheinlich.

In annähernd jedem zehnten Fall wurde der Tod im Kindbett nachweislich von auffallend hohem Fieber begleitet. In der Todesursache *Kindbettfieber* manifestiert sich vermutlich häufig eine Sepsis infolge einer geburtsbedingten Infektion.¹²³⁰ Die zugrundeliegende Verletzung braucht nicht erheblich zu sein. Infektionen können schon bei geringfügigen Gewebeschädigungen auftreten. Die mancherorts signifikante Zunahme

¹²³⁰ In diesen Zusammenhang fallen auch Tetanusinfektionen, wie sie nach Entbindungen mit operativen Eingriffen oder Aborten beobachtet wurden; vgl. HILWEG (1927), passim. Zum Nabelschnurtetanus vgl. Kap. 3.3.

des Puerperalfiebers hängt mit dem Rückgang an Hausgeburten infolge der Einrichtung von Krankenhäusern im 19. Jahrhundert zusammen. So infizierten sich die meisten betroffenen Mütter in der Wiener Gebärklinik mit den pathogenen Bakterien im Rahmen der Genitaluntersuchung durch die Ärzte, resultierend aus dem erheblichen Anstieg an Leichensektionen.¹²³¹ Das Puerperalfieber war in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zuallererst ein Problem großstädtischer Krankenhäuser. Dass das Puerperalfieber auch in Schaumburg auftrat, steht außer Frage. Ob es vorübergehend gehäuft auftrat, ist eher unwahrscheinlich. Kliniken wie das schaumburgische Krankenhaus in Rinteln sind nicht mit einem akademischen Lehrbetrieb, wo ständig Sektionen vorgenommen werden, zu vergleichen.¹²³² Wieviel Frauen in Rinteln niedergekommen sind, ist nicht bekannt. Allerdings wurde das 1835 gegründete Krankenhaus in Rinteln von der schaumburgischen Bevölkerung sehr schnell angenommen und 16 Jahre später um eine Hebammenlehranstalt erweitert (vgl. Kap. 2.2.2). Zwar häuft sich die Todesursache *Kindbettfieber* in den wesernahen Kirchspielen sowie der Stadt Rinteln insbesondere im Zeitraum von 1850 bis 1875; doch ist dies auch die Phase, in der die Todesursachen aus den Sterberegistern in Regionen, wo sich bereits viele akademisch ausgebildete Mediziner niedergelassen hatten, zunehmend exakten Diagnosen wichen. Tatsächlich wird nur ein einziger Fall von *Kindbettfieber* während eines Krankenhausaufenthalts dokumentiert.¹²³³

Im 19. Jahrhundert war in Schaumburg die Hausgeburt die Regel. Anhaltspunkte dafür, dass das Puerperalfieber durch die mangelhaften hygienischen Bedingungen in bäuerlich-unterbäuerlichen und Handwerkerhaushalten begünstigt worden sein könnte,¹²³⁴ liegen nicht vor. Der Anteil des berüchtigten Puerperalfiebers dürfte außerhalb größerer Städte in geringerem Ausmaß als gemeinhin angenommen zur Kindbettsterblichkeit beigetragen haben. In erkenntnistheoretischer Hinsicht war die Entdeckung von Semmelweis zukunftsweisend, einen maßgeblichen Effekt im quantitativen Sinne dürfte der Rückgang des Puerperalfiebers nicht hervorgerufen haben.

¹²³¹ Vgl. SEMMELWEIS (1912), S. 50 f.

¹²³² Vgl. hierzu auch PULZ (2001), S. 12.

¹²³³ Dabei handelt es sich um eine 25-jährige Frau aus Westendorf, Kirchspiel Deckbergen, die 1874 starb.

¹²³⁴ Vgl. HINZE (1792c), S. 618 f.

Relativ selten finden sich in den schauburgischen Kirchenbüchern Fälle, in denen als Todesursache eine Kombination von *Kindbett* und *Brustkrankheit*, *Frieseln* o. ä. erscheint. Die Verstorbenen könnten bereits vor der Niederkunft ernsthaft erkrankt gewesen, der Tod somit nicht ursächlich durch die Gestation hervorgerufen worden sein. Eine Unterscheidung in akute oder chronische Leiden lässt sich eigentlich nur bei epidemisch auftretenden Krankheiten wie der Ruhr treffen. Aber zumindest langjährige Erkrankungen der Atemwege waren keine Seltenheit: „Husten wird gewöhnlich aus der Schwangerschaft mit auf das Gebärbette gebracht: er stört den Geburtshergang im höchstem Grade, und kann selbst Erstickungszufälle hervorbringen.“¹²³⁵

Der geringe Anteil sehr junger Frauen belegt, dass auch in Schaumburg die vorzeitige Gestation kein Faktor ist, durch den die Entwicklung der Kindbettsterblichkeit maßgeblich beeinflusst worden sein kann. Bereits das Heiratsalter, resultierend aus ökonomischen Zwängen, setzte hier eine schützende Grenze. Doch ungeachtet der körperlichen Reife besteht für Gebärende jederzeit die Gefahr, eine langfristige gesundheitliche Schädigung davonzutragen. In der Vergangenheit ließ sich den Einflüssen mäteraler Vorerkrankungen mit den medizinischen Möglichkeiten nur unzureichend begegnen. Anzunehmen ist, dass viele Frauen aus Schaumburg zwar Geburtskomplikationen überlebten, dann aber ein Leben lang unter den Beeinträchtigungen aufgrund von Vernarbungen und Organverletzungen litten. Diese Beeinträchtigungen wiederum machten nachfolgende Gestationen risikoreicher.¹²³⁶ Obwohl die Konzeptionsfähigkeit mit zunehmendem Lebensalter nachlässt, waren in der Vergangenheit gerade ältere Frauen von Kindbettsterblichkeit betroffen. Eine hohe Geburtenzahl verminderte das Risiko für Geburtskomplikationen demnach nicht.¹²³⁷ Die Auswertung der schauburgischen Sterberegister hat ergeben, dass zusammengenommen rund 40 % aller im Kindbett verstorbenen Frauen das 35. Lebensjahr vollendet hatten. Dieser Wert vereint die Daten aus dem gesamten Untersuchungsgebiet. Für die Kirchspiele Grove (Rbg), Großnenndorf und Exten ist mit rund 30 % für diese Altersgruppe ein

¹²³⁵ SIEBOLD (1841), S. 283 f.

¹²³⁶ Zu Wiederholungsrisiken vgl. HYPERTENSIVE PREGNANCY DISORDERS (2019), S. 52.

¹²³⁷ Vgl. auch KOHL (1985), S. 142 f.

geringerer Anteil ermittelt worden (siehe oben **Tab. 9**). Als Ursache kommen strukturelle Unterschiede zwischen einzelnen Kirchspielen bzw. Regionen in Schaumburg in Betracht, die sich auf die gesundheitliche Versorgung ausgewirkt haben könnten.¹²³⁸

Die Zahl an Medizinem, die eine akademische Ausbildung als Geburtshelfer durchlaufen hatten, nahm in Schaumburg erst im Laufe des 19. Jahrhunderts zu. Von einer flächendeckenden Versorgung kann für den gesamten Untersuchungszeitraum nicht gesprochen werden, da sich das hochqualifizierte medizinische Personal zunächst nur in den Städten niederließ. Die Geburtshilfe insbesondere in den stadtfernen Gebieten wurde durch die ansässigen Hebammen geleistet. Der hohe Anteil gerade älterer Frauen unter den verstorbenen Kindbetterinnen ist ein Beleg dafür, dass neben Vorerkrankungen in erster Linie exogene Faktoren, letztlich Schädigungen infolge vorangegangener Entbindungen, eine tragische Rolle gespielt haben. Althergebrachte und gesundheitsschädliche Praktiken sowie Unwissenheit und mangelnde Erfahrung insbesondere auf Seiten der Hebammen sollen noch im 19. Jahrhundert zu einem nicht geringen Teil zur Mütter- und Säuglingssterblichkeit beigetragen haben: „Bei etwa 80 Prozent aller Geburten in den Gemeinden würden noch die ‚Weiber‘ gerufen, die ‚erst im Alter aus Noth Bademütter geworden, ohne allen Unterricht, und ohne weitere Kenntnisse, als die sie etwa bey eigenen und anderen Geburten sich kärglich zu erwerben vermochten‘.“¹²³⁹

Im Übergang zur Neuzeit haben sich auf dem Gebiet der Geburtshilfe weitreichende Änderungen vollzogen (vgl. auch Kap. 2.2.3). Bis zum Beginn des 18. Jahrhunderts war die Geburtshilfe vornehmlich von den Hebammen und Wundärzten praktiziert worden, im Rahmen der akademischen Ausbildung der Ärzte spielte sie bestenfalls eine untergeordnete Rolle.¹²⁴⁰ Dies änderte sich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. 1751 wurde in Göttingen die erste Universitäts-Gebärklinik Europas eröffnet, der bald viele weitere folgten.¹²⁴¹ In den Entbindungsanstalten wurden nicht nur praktische Erfahrungen vermittelt, sie waren auch Forschungsstätten. Der bis dahin recht

¹²³⁸ Vgl. IMHOF (1979), S. 505 f., der eine geringere Müttersterblichkeit in kleinen Städten gegenüber dem ländlichen Bereich festgestellt hat.

¹²³⁹ NORDEN (1984), S. 130 f.; hierzu auch EBD., S. 65 f.; GEHRMANN (1984), S. 98 u. 168; DERS. (2000), S. 141 f.; SCHLÖDER (2014), S. 193.

¹²⁴⁰ Vgl. SCHLUMBOHM (1988), S. 154. Die Kranken in den Anstalten wurden öffentlich sogar als „die geeignetsten Objekte für Experimentierkurse“ bezeichnet; EBD., S. 157.

¹²⁴¹ Vgl. BUELTZINGSLOEWEN (2004), S. 15.

dürftige Kenntnisstand auf dem Gebiet der Geburtshilfe erfuhr bis zum 19. Jahrhundert eine rasche Erweiterung.¹²⁴² Wo eine fachkundige Betreuung sichergestellt war, verlief die Mehrzahl der Geburten ohne Schwierigkeiten. So wurden in der Berliner Entbindungsanstalt 1826/27 lediglich in 7 von 134 Fällen „zur Beendigung der Geburt künstliche Hülfe erfordert“.¹²⁴³ Allerdings partizipierten an den neuen theoretischen Erkenntnissen und verbesserten chirurgischen Fertigkeiten neben einer Reihe von Wundärzten primär die akademisch ausgebildeten „Hebärzte“. Diese wurden jedoch in der Regel frühestens konsultiert, wenn aufgrund der physiologischen Disposition der Gebärenden mit Geburtskomplikationen zu rechnen war. Sowohl Kostengründe als auch die räumlichen Entfernungen standen dem entgegen. Im ländlichen Raum war die Heranziehung eines der wenigen männlichen Geburtshelfer unüblich: „(...) denn in meiner Gegend ruft man den Arzt erst, wens durch einige Tage nimmer weiter gehen will.“¹²⁴⁴ Weil in Schaumburg vor dem ausgehenden 18. Jahrhundert kaum akademisch ausgebildete Ärzte ansässig waren, leisteten in der Regel die Wundärzte erweiterte Geburtshilfe.¹²⁴⁵ Herangezogen wurden sie selten, zumindest finden sich in den Sterberegistern kaum Belege für ihre Mitwirkung.¹²⁴⁶ Hier mögen Scheu und Misstrauen auf Seiten der Bevölkerung hineingespielt haben, denn vor der Verbreitung der Geburtszange wurde ein wundärztlicher Eingriff als gleichbedeutend mit dem Tod des ungeborenen Kindes erachtet.¹²⁴⁷ Außerdem bestand in Schaumburg lange eine wundärztliche Unterversorgung, sieht man von der Amtsstadt Rodenberg und der Region zwischen Rinteln und Hessisch Oldendorf ab.¹²⁴⁸ Dagegen belegen die häufigen Erwähnungen der im Schaumburgischen auch als *Bademutter* bezeichneten Frauen in den Kirchenbüchern,¹²⁴⁹ dass Geburtshilfe in aller Regel ohne Beteiligung eines ausgebildeten Mediziners geleistet wurde.

Die Landgrafschaft Hessen bemühte sich seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts auf dem Verordnungswege, Verbesserungen des Hebammenwesens herbeizuführen,

¹²⁴² Vgl. HARTEMANN (1992), passim; BUELTZINGSLOEWEN (2004), passim.

¹²⁴³ MENDE (1828), S. 243 f.

¹²⁴⁴ MEZLER (1792), S. 276; hierzu auch SIEBOLD (1841), S. 385.

¹²⁴⁵ Bis zum 18. Jahrhundert wurde die reine Geburtshilfe als handwerklicher Akt betrachtet und fiel ohnehin in den Bereich der wundärztlichen Tätigkeit; vgl. HAMPE (2001), S. 53 f. Die weitere Betreuung der Kindbetterin erfolgte allerdings durch eine Hebamme; vgl. LESEMANN (1993), S. 109.

¹²⁴⁶ Vgl. hierzu auch LABOUVIE (2000), S. 105 f.

¹²⁴⁷ Vgl. LABOUVIE (1992), S. 494 f.; LINZBACH (1996), S. 200; LOYTVED (2001b), S. 98.

¹²⁴⁸ Hinweise in den Kirchenbüchern auf wundärztliche Behandlungen betreffen überwiegend die südlichen Kirchspiele.

¹²⁴⁹ Dies gilt insbesondere für Totgeburten, wo zumeist Hebammen als Zeuginnen aufgeführt werden.

wirkliche Fortschritte erbrachte erst die Gründung der Hebammenlehranstalt zu Marburg im Jahre 1838 (vgl. Kap. 2.2.3). Fortan sollten die angehenden Hebammen intensiv im Rahmen eines strukturierten Unterrichts mit allgemeinverbindlichen Inhalten geschult werden. Die Vermittlung der praktischen Fähigkeiten übernahmen erfahrene Geburtshelfer. In der hessischen Enklave Schaumburg rief die Reform einen Nachwuchsmangel unter den Hebammen hervor. Von den Frauen wurde erwartet, über einen Zeitraum von 3 Monaten in Marburg zu leben. In dieser Zeit konnten sie sich also weder um die Führung ihres Haushalts noch um ihre eigenen Kinder kümmern.¹²⁵⁰ Erschwerend wirkte sich die sprachliche Barriere aus: Da die Schaumburgerinnen in der Regel nur plattdeutsch sprachen, gab es Verständigungsschwierigkeiten zwischen ihnen und den hessischen Geburtshilfelehrern. Bis zur Einrichtung der Marburger Lehranstalt hatte sich dieses Problem nicht gestellt, weil die Hebammen durch die jeweils zuständigen Kreisphysici, in der Regel gebürtige Schaumburger, unterwiesen worden waren.¹²⁵¹ 1850 verfügte die hessische Regierung daher, das in Planung befindliche neue Landkrankenhausgebäude in Rinteln mit einer eigenen Hebammenschule zu versehen.¹²⁵² Unterrichtet werden sollten die Hebammen durch einen Krankenhausarzt.

Rund 4 Jahre nach Einrichtung der Marburger Lehranstalt war erstmals der Kenntnisstand der schaumburgischen Hebammen überprüft worden. Dabei hatten die in Marburg ausgebildeten Frauen in theoretischer und praktischer Hinsicht stets die besten Ergebnisse erzielt.¹²⁵³ Schenkt man dem Rintelner Kreisphysicus Kahler, der selbst Hebammenunterricht erteilt hatte, Glauben, so waren die anderen Hebammen zum Teil ähnlich gut, zumindest nicht wesentlich schlechter qualifiziert als die Marburger Absolventinnen. Ein vollkommen anderes Bild als Kahler zeichnete sein Amtskollege Matthaei aus Rodenberg, obwohl viele der von ihm beurteilten Hebammen durch ihn selbst ausgebildet worden waren. Zu den Ergebnissen der Hebammenprüfung konnte Matthaei nur selten eine Aussage treffen, da die Zeugnisse in den meisten Fällen *abhanden* gekommen waren. Die theoretischen Kenntnisse bezeichnete er mehrfach als *mangelhaft* bzw. *höchst mangelhaft*, die praktischen Kenntnisse als *rathbedürftig*. Ob

¹²⁵⁰ Das Folgende nach StAB H 2, Nr. 514.

¹²⁵¹ Vgl. auch StAB Dep. 28, Nr. 314, u. StAB Dep. 59, Nr. 145.

¹²⁵² Vgl. StAB H 2, Nr. 1905.

¹²⁵³ Vgl. StAB H 2, Nr. 513, 514 u. 519.

die im Marburger Hebammenunterricht gelehrtten Kenntnisse und Fähigkeiten auf lange Sicht in der Praxis Anwendung fanden, ist fraglich. Zudem konnte die Autorität einer älteren Hebamme sowie Forderungen und Ansprüche der Gebärenden den ärztlicherseits vermittelten akademischen Erkenntnissen entgegenstehen.¹²⁵⁴

Im Jahre 1851, kurz vor Eröffnung der Lehranstalt im Rintelner Krankenhaus, reichte der Arzt und zukünftige Hebammenlehrer Selberg einen Bericht über den Ausbildungsstand der Geburtshelferinnen ein.¹²⁵⁵ Rund 10 Jahre nach der ersten Überprüfung fand Selberg ganz erhebliche Mängel. So sei es um die theoretischen Kenntnisse der Frauen schlecht bestellt gewesen, *denn der Privat=Unterricht durch die Physiker taugte nicht viel*. Insbesondere beanstandete er, dass die Hebammen *auch seit ihrer Lehrzeit nie wieder ein Lehrbuch in die Hand genommen hatten, ja zum Theil nicht einmal ein solches besaßen*. Selberg bemängelte auch das Fehlen von Instrumenten¹²⁵⁶ wie Nabelschnurscheren¹²⁵⁷, wobei es sich um ein allgemeines Problem gehandelt zu haben scheint. Noch 1864 erging diesbezüglich eine landesherrliche Verordnung, „da sich ergeben hat, daß die im § 360 der Medicinal-Ordnung enthaltene Bestimmung über die Hebammen-Geräthschaften dem Bedürfnis nicht überall entspricht (...)“¹²⁵⁸ Man könnte dem zukünftigen Hebammenlehrer Selberg ein finanzielles Interesse an einer ungünstigen Darstellung des Ausbildungsstands in Schaumburg unterstellen,¹²⁵⁹ nichtsdestotrotz deckt sich seine Einschätzung mit dem allgemeinen Bild, das durch die Ärzteschaft gezeichnet worden ist. Selberg sah die Ursache für die beschriebenen Mängel in erster Linie in den schwierigen Lebensumständen dieser Frauen. Die mit dem Erwerb des Lebensunterhalts verbundenen Mühen haben die Landhebammen abstumpfen *und in ihrer Kunst nicht Fortschritte, sondern Rückschritte machen* lassen. Die Folgen der Haus- und Feldarbeit haben sich zudem nachteilig auf den praktischen Aspekt der Geburtshilfe ausgewirkt: *Man besichtige nur die Hände der Hebammen auf dem Lande und man wird sich überzeugen, dass die lederharten, schwieligen Fin-*

¹²⁵⁴ Vgl. MOST (1839), S. 32 f.

¹²⁵⁵ Vgl. StAB H 2, Nr. 514.

¹²⁵⁶ Die Zusammensetzung der mit sich zu führenden Arbeitsmittel der Hebammen war in der Mitte des 19. Jahrhunderts schon weitgehend standardisiert; vgl. NAEGELE (1843), S. 254.

¹²⁵⁷ Dagegen sollen sich lt. Bericht des Kreisphysicus Kahler aus dem Jahre 1842 die benötigten Gerätschaften sämtlich in *gutem* oder *gehörigem* Zustand befunden haben; vgl. StAB H 2, Nr. 513.

¹²⁵⁸ Verordnung v. 12.10.1864, in: SAMMLUNG KURHESSEN 17.

¹²⁵⁹ Selberg erhielt pro Schülerin ein Salär von 10 Tl.; vgl. StAB H 186 c, Nr. 3.

*ger nicht so viel Tastsinn behalten haben können, als zur zweckmäßigen Untersuchung, selbst wenn dieselbe auch durch frühere Touchir-Uebungen vervollkommt (sic!) worden wäre, nothwendig ist.*¹²⁶⁰

Die von Selberg festgestellten Mängel datieren in die Mitte des 19. Jahrhunderts und fallen damit in einen Zeitraum, in dem durch die Reformierung des Medizinalwesens bereits deutliche Fortschritte erzielt worden sind. In den vorangegangenen Jahrhunderten war es um die Qualität des ländlichen Hebammenwesens nicht besser bestellt, weil diesem Bereich von staatlicher Seite kein Interesse entgegengebracht worden ist.¹²⁶¹ Ein wiederkehrender Vorwurf der zeitgenössischen Ärzte betraf die zu frühe und damit komplikationsträchtige Einleitung der Geburt. Heftig kritisiert von den Ärzten wurde zudem das unter den Hebammen übliche Verfahren, die Beendigung der letzten Geburtsphase und damit die Lösung der Plazenta mit verschiedenen Methoden, u. a. durch „zerren und ziehen“¹²⁶² an der Nabelschnur, zu beschleunigen.¹²⁶³ Ursache für diese Praktiken war zum einen der Zeitfaktor. Diese Phase konnte sich relativ lange hinziehen und bedeutete damit eine zusätzliche Belastung für die Landhebammen, die diese Profession lediglich nebenberuflich ausübten. Darüber hinaus bestanden Befürchtungen, nach denen sich die Zervix noch vor „Austreibung“ der Plazenta schließen und Beschwerden hervorrufen könnte.¹²⁶⁴ Doch konnte diese Praktik zu schweren Blutungen führen, die insbesondere das Leben der Mutter gefährdeten.¹²⁶⁵ Der größte Teil der Ärzteschaft sah nur in seltenen Fällen die Notwendigkeit einer vorzeitigen Entfernung der Plazenta.¹²⁶⁶ Geling es nicht, die Nachgeburt zu entfernen, wurde dazu geraten, abzuwarten, bis diese sich zersetzte bzw. vom Körper ausgestoßen wurde.¹²⁶⁷ Gewohnheiten wie die künstliche Erweiterung des Muttermundes zur Beschleunigung

¹²⁶⁰ Die Beeinträchtigung des Tastsinns wirkte sich auf die Fähigkeit aus, die Lage des Kindes, einzelner Körperteile oder der Nabelschnur zu bestimmen.

¹²⁶¹ Vgl. auch NORDEN (1984), S. 127.

¹²⁶² NAEGELE (1843), S. 283.

¹²⁶³ Vgl. HANNOVERISCHES MAGAZIN 1786, S. 497-508; MOST (1839), S. 33 f.

¹²⁶⁴ Vgl. NAEGELE (1843), S. 286.

¹²⁶⁵ SIEBOLD (1841), S. 627 f. u. 641; NAEGELE (1843), S. 285.

¹²⁶⁶ Vgl. HANNOVERISCHES MAGAZIN 1786, S. 501 und 505. Zur Diskussion um das Für und Wider dieser Praxis vgl. LÖFLER (1792a), S. 314-320; SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 201-206.

¹²⁶⁷ Vgl. SIEBOLD (1841), S. 386.

der Geburt gefährdeten die Gesundheit der Gebärenden.¹²⁶⁸ Daneben kamen abergläubische Praktiken zur Anwendung.¹²⁶⁹ Bisweilen ist auf Alkohol zurückgegriffen worden, wengleich nicht nur als Betäubungsmittel.¹²⁷⁰ Die Verdrängung tradierter und bisweilen gesundheitsgefährdender Maßnahmen und Arbeitstechniken setzte erst allmählich mit den Reformen des Medizinalwesens ein.

Die Einschätzungen zum Niveau des frühneuzeitlichen Hebammenwesens fußen größtenteils auf Untersuchungen, in deren Mittelpunkt die Städte stehen, der ländliche Bereich ist mangels Quellen nur unzureichend erforscht.¹²⁷¹ Die Dorfhebammen wurden kaum reglementiert, über ihre tatsächliche Zahl herrschte Unklarheit.¹²⁷² Ihre Kontrolle erfolgte zunächst allein durch die Kirche.¹²⁷³ Überprüft wurden nicht die fachlichen Fähigkeiten, sondern die Einhaltung sittlicher und religiöser Vorgaben (z. B. Illegitimität, Nottaufe). Eine Dorfhebamme musste das Vertrauen der Frauen, denen die Beurteilung ihrer Befähigung oblag, auf sich vereinen. Zumindest das ländliche Hebammenwesen blieb lange ein tabuisierter, von männlicher Einflussnahme weitgehend freier Bereich.¹²⁷⁴ Die Erkenntnisse der historischen Forschung über das städtische Hebammenwesen sind nicht auf das Land übertragbar.¹²⁷⁵ Manche städtische Hebamme stand aufgrund der Erfahrung, wie sie eine langjährige Berufstätigkeit mit sich bringt, in ihrer Kompetenz auf dem Gebiet der Geburtshilfe der der Wundärzte nicht

¹²⁶⁸ Vgl. NAEGELE (1843), S. 261.

¹²⁶⁹ Vgl. allg. HINZE (1792c). Unter anderem schildert der Autor, wie er sich den Unmut der Frauen zuzog, wenn er die Plazenta an sich nahm, um zu verhindern, dass ein Teil derselben der Wöchnerin in Form einer Suppe gereicht wurde; hierzu auch SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 271-288; SCHILLING (1980), S. 229; LABOUVIE (1992), S. 484; DIES. (2000), S. 126 f.

¹²⁷⁰ „So bin ich mehreremale an das Kreißbette gemeiner Weiber gerufen, die auf keine meiner Fragen vernünftig zu antworten vermochten, und entweder schnarchend, wie apoplectische, ununterbrochen fortschliefen, oder die widersinnigsten Antworten auf meine Fragen ertheilten. Gewöhnlich fand ich bey solchem, mein ganzes menschliche Gefühl empörenden Zustande, die Hebamme in ähnlicher, durch Trunk verursachten Sinnlosigkeit, und überdieß eine Versammlung alter Weiber aus der Nachbarschaft, die mir mit kreischenden Tönen: An Wasserflüssen Babylon u. s. w. oder ein ähnliches dummes Lied, um die noch nicht genug gequälte Kreisende völlig zu betäuben, gurgelnd entgegen schrieen.“ HINZE (1792c), S. 617 f. Zur sozialen Bedeutung des „Kindbettzechens“ vgl. LABOUVIE (2000), S. 203-217; hierzu auch LESEMANN (1990), S. 119; LINZBACH (1996), S. 118; THATCHER ULRICH (1998), S. 37.

¹²⁷¹ Vgl. LABOUVIE (1992), S. 479.

¹²⁷² Vgl. MENSSSEN/TAUBE (1980), S. 188.

¹²⁷³ Vgl. SCHILLING (1980), S. 229 f.; LABOUVIE (1996), S. 219; LINZBACH (1996), S. 187.

¹²⁷⁴ Vgl. LABOUVIE (1992), passim.

¹²⁷⁵ Vgl. LABOUVIE (1996), S. 218.

nach.¹²⁷⁶ So sind im 17. und 18. Jahrhundert von Hebammen auch medizinische Lehrbücher verfasst worden.¹²⁷⁷ Diese Frauen haben indes wenig gemeinsam mit ihren zumeist dörflichen Berufsgenossinnen, die ja das Gros der Geburtshelferinnen stellten, in der Regel weder lesen noch schreiben konnten und ihren Beruf oftmals aus wirtschaftlicher Not gewählt haben.¹²⁷⁸ Die Kenntnisse der Dorfhebammen sowie darüber hinaus beteiligter Frauen reichten zwar aus, um die meisten Geburten zu einem glücklichen Ausgang zu bringen.¹²⁷⁹ Dass sie im Falle von Komplikationen in der Lage waren, den gesundheitlichen Zustand der Gebärenden sowie des Kindes zu beurteilen und adäquat zu reagieren, ist zweifelhaft. Die Annahme, die (männliche) Ärzteschaft hätte „trotz ihrer Mittelmäßigkeit“ und obwohl sie „den Hebammen nichts voraus“ hatten, diese im Laufe des 18. Jahrhunderts „verdrängt“, lässt sich nicht bestätigen.¹²⁸⁰ Dies gilt auch für die Annahme, die Ärzte hätten mit ihrer Kritik ein monetäres Interesse verfolgt.¹²⁸¹ Die Inanspruchnahme der Dienstleistung akademisch ausgebildeter Geburtshelfer war für einen großen Teil der Bevölkerung finanziell nicht erschwinglich. Ärzte wurden in der Regel nur gerufen, wenn Komplikationen auftraten. Im Jahre 1849 galten in Württemberg 96 % der Geburten als „natürlich“.¹²⁸² Neben den Ärzten klagte auch das Verwaltungspersonal über den Zustand des ländlichen Hebammenwesens. Letztere hatten kein materielles Interesse an einer negativen Darstellung. Ihre Angaben über die Missstände stützten sich oftmals auf Klagen aus der Bevölkerung.¹²⁸³

Eine Konkurrenz im ökonomischen Sinne bestand zwischen Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern auf dem Land nicht. Noch im 19. Jahrhundert war die Arztdichte zu gering, während die zeitliche Beanspruchung im Rahmen der Geburtshilfe viel zu hoch war, als dass hier eine Verdrängung hätte stattfinden können. Die Betreuung von Geburten war ein aufwendiges Geschäft, der Verdienst würde *nicht dem schlechtesten Boten genügen*;¹²⁸⁴ dass Frauen überredet werden mussten, das Amt einer Hebamme

¹²⁷⁶ Vgl. LOYTVED (1997), S. 25.

¹²⁷⁷ Vgl. LABOUVIE (1996), S. 225; PULZ (2001), S. 13; hierzu auch LINZBACH (1996), S. 192 f.

¹²⁷⁸ Vgl. auch NORDEN (1984), S. 131.

¹²⁷⁹ Vgl. auch GEHRMANN (1984), S. 167 f.

¹²⁸⁰ Stellvertretend zu diesem Standpunkt vgl. THURER (1995), S. 303.

¹²⁸¹ Vgl. LOYTVED (2001a), S. 64; STENZEL (2001), S. 36 f.

¹²⁸² Im Gegensatz zu den „künstlichen Geburten“; GROSS (1998), S. 237.

¹²⁸³ Vgl. NORDEN (1984), S. 128 f.; LABOUVIE (2000), S. 119 f.

¹²⁸⁴ Vgl. STAB H 2, Nr. 514; hierzu auch BERGE (1954/55), S. 148 f.; LABOUVIE (1992), S. 504; LINZBACH (1996), S. 198; GROSS (1998), S. 223 f.

zu übernehmen, dürfte nicht ungewöhnlich gewesen sein.¹²⁸⁵ Die Frauen mögen Geburtshilfe als einen Akt weiblicher Solidarität im Rahmen der „dörflichen Not- und Hilfgemeinschaft“¹²⁸⁶ betrachtet haben, für die (semi-)professionelle Hebamme war sie nichts weniger als harte Arbeit.

Das Qualifikationsniveau des großstädtischen Hebammenwesens lag bis in die Neuzeit hinein deutlich über dem ländlich-kleinstädtischen. Die grundsätzliche Möglichkeit des fachlichen Austauschs begünstigte die Verbreitung neuer medizinischer Erkenntnisse, die höhere Bevölkerungsdichte erlaubte eine hauptberufliche Ausübung des Gewerbes und es bestand eine vergleichsweise engmaschige staatliche Kontrolle. Durch die Aufnahme der praktischen Aspekte der Geburtshilfe in den akademischen Diskurs im Laufe des 18. Jahrhunderts konnte eine Kenntniserweiterung auf diesem Gebiet erzielt werden.¹²⁸⁷ Die Verbreitung der zunächst als Geheimnis gehüteten Geburtszange sowie die Entwicklung weiterer Hilfsmittel taten ein Übriges.¹²⁸⁸ Wenngleich neue wissenschaftliche Erkenntnisse nur allmählich die Grenzen der akademischen Kreise verließen, könnten städtische Wöchnerinnen bereits im 18. Jahrhundert von den Verbesserungen profitiert haben.¹²⁸⁹ Wann die Reformen tatsächlich griffen und zu einer Verringerung der Kindbettsterblichkeit beitrugen, ist umstritten.¹²⁹⁰ Demgegenüber steht die Annahme, dass erst mit der Entdeckung bzw. Einführung aseptischer Maßnahmen eine Wende vollzogen wurde.¹²⁹¹ Schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden Zweifel geäußert, dass die relativ kurze Schulung die Hebammen in ihrer Befähigung sonderlich hob.¹²⁹² Zudem waren nicht alle Inhalte, die vermittelt worden sind, für die Arbeit der Hebammen tatsächlich praxisrelevant.

Die zeitgenössischen Ärzte sahen eine Mitschuld für die Kindbettsterblichkeit bei den Hebammen, weil diese ihren Empfehlungen häufig nicht Folge leisteten, sondern die Wöchnerinnen nach alter Gewohnheit versorgten: „Man darf sich (...) nicht wundern,

¹²⁸⁵ Vgl. STENZEL (2001), S. 40 f.

¹²⁸⁶ LABOUVIE (2000), S. 103.

¹²⁸⁷ Vgl. LINZBACH (1996), S. 190-192; HAMPE (2001), S. 53 f.; LOYTVED (2001a), S. 72 f.

¹²⁸⁸ Vgl. LOYTVED (2004), S. 82-89.

¹²⁸⁹ Vgl. HINZE (1792a), S. 513 f.

¹²⁹⁰ Vgl. LINZBACH (1996), S. 202.

¹²⁹¹ WISCHHÖFER (1991), S. 402, hat in ihrer Untersuchung des lippischen Gesundheitswesens festgestellt, dass ungeachtet der erfolgten Reformen unter den Müttern eine gleichbleibende Rate in Höhe von ca. 1 % an der Gesamtmortalität zumindest bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts bestehen blieb.

¹²⁹² Vgl. SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 195-197.

wenn man z. B. den bei der Geburt eingerissenen Damm wacker mit Charpie, oder noch besser mit Lumpen ausgestopft findet.“¹²⁹³ Andererseits brauchten neue medizinische Erkenntnisse ebenfalls ihre Zeit, bis sie sich an den Universitäten durchsetzen konnten. Infolge der lange vorherrschenden Miasmenlehre galt zunächst die Luft als Gefahrenquelle ersten Grades. Noch in den 1840er Jahren wurde dazu geraten, die Wunde nach Durchführung des Kaiserschnitts möglichst schnell zu versorgen, „da ein längerer Zutritt von Luft in das Innere der Bauchhöhle von dem größten Nachtheile ist.“¹²⁹⁴ Das Vernähen des Uterus nach einem Kaiserschnitt, um dessen Blutung zu unterbinden, war bis in die 1880er Jahre ungebräuchlich.¹²⁹⁵ Auch Semmelweis Entdeckung stieß zunächst auf breite Ablehnung und konnte sich nur langsam durchsetzen. Schließlich kommt ein weiterer Faktor hinzu, auf den weder die Hebammen noch die Ärzte direkt Einfluss nehmen konnten: Da die Arbeitskraft der Frauen benötigt wurde, gerieten Geburten nicht zuletzt angesichts ihrer hohen Zahl zur Nebensache. Zwar riet man den Frauen, das Haus nach einer Geburt 4–6 Wochen nicht zu verlassen und auf Schonung zu achten.¹²⁹⁶ Indes konnte diese Empfehlung vom größten Teil der Frauen nicht befolgt werden; solange keine akute Erkrankung vorlag, war von Seiten des sozialen Umfelds kaum Akzeptanz zu erwarten.¹²⁹⁷

Trotz aller potentiellen Schwierigkeiten war die komplikationslose Geburt in der Frühen Neuzeit nicht Ausnahme, sondern Regel. Die Hebammen verfügten im Allgemeinen über die notwendigen Fertigkeiten, um Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge unterstützend zu begleiten. Die Fähigkeit, beim Auftreten von Komplikationen adäquat reagieren zu können, hing vom individuellen Kenntnisstand und Geschick ab. Die Senkung der Sterberate unter Kindbetterinnen belegt, dass durchaus Qualifikationsbedarf bestanden hatte, die staatlichen Bemühungen in Schaumburg aber erfolgreich waren. Die Qualifizierung der Hebammen hat zum Rückgang der Kindbettsterblichkeit beigetragen. Weitere Faktoren sind die Erhöhung der Diagnosesicherheit, die Erweiterung der chirurgisch-therapeutischen und medikamentösen Möglichkeiten sowie die Erhöhung der Hygienestandards. Der signifikante Rückgang der Kindbettsterblichkeit

¹²⁹³ SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 230.

¹²⁹⁴ SIEBOLD (1841), S. 559. Im Zusammenhang mit der Behandlung der Wöchnerin wird geraten, ihr Zimmer gut zu lüften, um schädliche Dünste fernzuhalten bzw. zu reduzieren; vgl. EBD. S. 606; hierzu auch NAEGELE (1843), S. 307 f.

¹²⁹⁵ Vgl. allg. LEHMANN (1986).

¹²⁹⁶ NAEGELE (1843), S. 305.

¹²⁹⁷ Vgl. TOPPE (1993), S. 77.

bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts in der Grafschaft Schaumburg ist letztlich eine Folge der im Zuge des Medikalierungsprozesses eingeführten Verbesserungen auf dem Gebiet der Geburtshilfe.

3.2 Aborte und Totgeburten

Seit dem 19. Jahrhundert ist die allgemeine Kindersterblichkeit in den westlichen Industrienationen stetig gesunken. In der Gegenwart gilt der Tod eines Kindes daher nicht mehr als etwas Alltägliches, sondern wird als ein außergewöhnliches Ereignis wahrgenommen, dessen Tragik sich auch Außenstehenden mitteilt.¹²⁹⁸ Seit einigen Jahren scheint sich in der Einstellung zum pränatalen Tod ebenfalls eine tiefgreifende Veränderung zu vollziehen. Aborte und Totgeburten können ein gesteigertes Trauererleben bis hin zur depressiven Reaktion hervorrufen.¹²⁹⁹ Den Gefühlen der Mutter wird im Falle eines pränatalen Kindstods ein größeres Maß an Aufmerksamkeit durch das soziale und medizinische Umfeld entgegengebracht.¹³⁰⁰ Indizien hierfür sind u. a. die zunehmende Publikation entsprechender Fachliteratur, die Bildung von Selbsthilfegruppen oder die Entstehung von Internetforen, auf denen Betroffene sich zu diesem Thema austauschen können. Doch lässt sich der allgemeine Bewusstseinswandel nur zu einem Teil mit der geringen Kindersterblichkeit erklären. Als weiterer Grund kommt das Bestreben moderner Eltern in Betracht, Schwangerschaften und Phasen der Kindererziehung einen geplanten und zeitlich festumrissenen Platz innerhalb ihres Lebenszyklus zuzuweisen. Da gleichzeitig das Empfängnisalter steigt, werden weniger Kinder geboren, was zu einer Potenzierung der mit dem einzelnen Kind verbundenen Erwartungen führt.¹³⁰¹ Der pränatalen Phase wird mehr Bedeutung zugemessen und das ungeborene Kind stärker denn je zuvor als Individuum empfunden. Damit kann dessen Tod bereits in einer sehr frühen Entwicklungsphase zu einer außerordentlichen emotionalen Belastung werden. In Anerkennung der veränderten gesellschaftlichen Sichtweise wurden im Jahre 2013 Aborte im Rahmen der standesamtlichen Erfassung den Tot- und Lebendgeburten angeglichen.¹³⁰² Auf Wunsch der Eltern kann eine Registrierung erfolgen. Auch der Umgang mit den Körpern der pränatal verstorbenen

¹²⁹⁸ Vgl. auch BADINTER (1991), S. 63.

¹²⁹⁹ Vgl. BEUTEL (2002), passim.

¹³⁰⁰ Die Gefühle des Vaters spiel[t]en in diesem Zusammenhang zunächst eine untergeordnete Rolle; vgl. EBD., S. 68.

¹³⁰¹ Die vor einigen Jahren propagierte Beschallung Ungeborener mit den Werken klassischer Komponisten als Maßnahme der musikalischen Früherziehung und Intelligenzförderung war hier nur ein bescheidener Anfang. In den USA wurde für Ungeborene die Prenatal University, California, eingerichtet. Die Einschreibungen, deren Zahl sich mittlerweile im vierstelligen Bereich bewegt, werden stellvertretend durch die werdenden Mütter vorgenommen.

¹³⁰² § 31 Abs. 3 Personenstandsrechts-Änderungsgesetz v. 7. Mai 2013, veröffentlicht im BGBl. 2013 Teil I Nr. 23. Allerdings handelt es sich hierbei nur um eine Bescheinigung, nicht um eine Beurkundung. Rechtliche Ansprüche sind daraus nicht abzuleiten; vgl. BT-Drs. 17/10489, S. 49 f.

Kinder in den Kliniken wurde neu geregelt. Zwar unterscheiden sich die einzelnen Bundesländer in ihren Verordnungen. Doch wird zum Teil explizit vorgeschrieben, dass die Bestattung unter würdigen Umständen zu erfolgen hat. Eine „Entsorgung“ der Aborte ist nicht mehr möglich. Vor wenigen Jahren war es unüblich, den Eltern das verstorbene Kind zu zeigen, weil man glaubte, dass andernfalls die Trauerbewältigung erschwert würde.¹³⁰³ Mittlerweile entscheiden sich immer mehr Eltern bewusst für eine Beisetzung der „Sternenkinder“ im Rahmen einer feierlichen Trauerzeremonie.

Aufgrund der Fortschritte insbesondere auf dem Gebiet der Intensivmedizin wurden die Unterscheidungskriterien zwischen Abort und Totgeburt in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1994 verändert. Der Abort ist seitdem definiert als die „Beendigung der Schwangerschaft vor der 24. SSW oder bei einem fetalen Gewicht von unter 500 g, entweder spontan oder induziert.“¹³⁰⁴ Die Totgeburt ist die Folge des intrauterinen Fruchttods innerhalb der 2. Schwangerschaftshälfte. Der Tod des Kindes tritt entweder im Mutterleib oder unmittelbar während des Geburtsvorgangs ein. Als totgeboren gilt in der Bundesrepublik Deutschland ein Kind, wenn „nach § 31 Personenstandsverordnung Leibesfrucht mit Körpergewicht \geq 500 g oder mit erreichter 24. Schwangerschaftswoche, bei der sich nach Trennung vom Mutterleib keines der für eine Lebendgeburt maßgeblichen Kennzeichen (Herzschlag, natürliche Lungenatmung, Nabelschnurpulsation) gezeigt hat. Für Totgeborene besteht eine standesamtliche Meldepflicht.“¹³⁰⁵ Die vormalige Gewichtsgrenze von 1.000 g wurde halbiert, die Phase der Schwangerschaft um 8 Wochen reduziert und damit an den verbesserten Behandlungserfolg im Falle einer Frühgeburt angepasst.

Die embryonale Verlustrate ist außerordentlich hoch. Infolge der Inzidenz des menschlichen Embryoverlusts endet vermutlich jede zweite Schwangerschaft in einem vorzeitigen Abort. Der überwiegende Teil betrifft subklinische Schwangerschaften, der Anteil der Aborte unter allen „klinisch nachgewiesenen Schwangerschaften“ liegt bei

¹³⁰³ BEUTEL (2002), S. 1.

¹³⁰⁴ PSCHYREMBEL ONLINE – letzter Zugriff: 2021-09-15. Bis 1994 galt ein Abort als „vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch Ausstoßung eines Fetus mit einem Gewicht von unter 1.000 g u. weniger als 35 cm Körperlänge bei Fehlen aller für e. Lebendgeburt maßgebl. Lebenszeichen (...). International wird auch eine zeitliche Grenze angesetzt (vor dem Ende der 28. SSW)“; PSCHYREMBEL (1994), S. 5.

¹³⁰⁵ PSCHYREMBEL ONLINE – letzter Zugriff: 2021-09-15.

15–20 %.¹³⁰⁶ Weil sie sich vornehmlich als Spontanaborte in den ersten Wochen der Schwangerschaft ereignen, bleiben sie zumeist unbemerkt. In das erste Trimenon fallen rund 80 % aller Aborte.¹³⁰⁷ Während die Häufigkeit von Aborten auch in der Gegenwart nur geschätzt werden kann, lassen sich die Totgeburten aufgrund der vorgeschriebenen standesamtlichen Registrierung genau quantifizieren.¹³⁰⁸ Betrug der Anteil der Totgeburten in der Bundesrepublik in der Mitte des 20. Jahrhunderts noch über 2 %, gingen die Zahlen in den folgenden Jahrzehnten deutlich zurück.¹³⁰⁹ Seit dem Jahr 2000 liegt der Wert fast kontinuierlich unter 0,4 % aller Geburten.¹³¹⁰

Als Hauptursache für Aborte gelten Erbgutschäden des kindlichen Organismus. Da die Wahrscheinlichkeit chromosomaler Veränderungen mit zunehmendem Alter der Mutter steigt, erleiden ältere Frauen eher einen Abort. Genetisch bedingt sind Aborte infolge von Chromosomenaberrationen (z. B. Poly- und Aneuploidie, Trisomie). Auf Störungen des kindlichen Erbguts gehen 50–60 % zurück. Neben genetischen kommen umweltbedingte Faktoren in Betracht.¹³¹¹ Umweltbedingte Aborte können u. a. Folge von Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Infektionen, Intoxikationen (Alkohol, Nikotin, Koffein, Medikamente), Zervixinsuffizienzen oder intrauterinen Adhäsionen (Asherman-Syndrom) sein. Da die Organogenese erst in der 12. SSW abgeschlossen ist, besteht innerhalb dieser Phase stets die Gefahr von Fehlbildungen infolge noxischer Einflüsse. Grundsätzlich steigt das Risiko mit der Zahl vorangegangener Aborte an. Kommt es vor der 20. SSW zu drei oder mehreren konsekutiven Aborten, spricht man vom habituellen Abort. Hiervon betroffen sind annähernd 2 % aller Paare mit Kinderwunsch. Für habituelle Aborte kommen sowohl genetische als auch umweltbedingte Ursachen in Frage. Bis zu 40 % aller Fälle gelten als idiopathisch, zumindest liefern die diagnostischen Möglichkeiten der Gegenwart keine Aufschlüsse über die Ursachen.

¹³⁰⁶ Vgl. BADER (2005), S. 116.

¹³⁰⁷ Bis dahin gelten sie als Frühaborte. Ab der 12. SSW spricht man von Spätaborten.

¹³⁰⁸ Die weiterhin bestehende Dunkelziffer ist hier eher zu vernachlässigen.

¹³⁰⁹ Die Änderung des Geburtsgewichts Totgeborener auf mindestens 500 Gramm zum 01.04.1994 (vom 01.07.1979 bis 31.03.1994 1.000 Gramm) wirkte sich kaum aus, da die jährliche Totgeburtenrate in den 1990er Jahren bereits ein sehr niedriges Niveau (< 0,5 %) erreicht hatte.

¹³¹⁰ Die Berechnung erfolgte auf der Grundlage der im Rahmen der GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES [www.gbe-bund.de] veröffentlichten und allgemein zugänglichen Daten.

¹³¹¹ Vgl. BADER (2005), S. 116 f.

Bei Totgeburten spielt der fetale Faktor im Allgemeinen eine untergeordnete Rolle. Der weitaus größte Teil ist umbilikoplazentar bedingt, betrifft Nabelschnur- oder Plazenta.¹³¹² Umschlingungen oder Vorfälle der Nabelschnur ereignen sich vorzugsweise in der späteren Schwangerschaftsphase (34.–40. SSW). Der quantitative Anteil letaler Nabelschnurkomplikationen an der Gesamtrate der Totgeburten kann in der Gegenwart bis zu einem Drittel der Todesfälle betragen.¹³¹³ Allein Insuffizienzen der Plazenta gelten als ursächlich für jede zweite Totgeburt.¹³¹⁴ So führt die akute Plazentainsuffizienz beim Fetus zu Hypoxien. Vorausgegangen sind in der Regel Hämorrhagien in der Plazenta oder Nabelschnurkomplikationen während der Geburt. Eine weitere Akutgefahr bedeutet eine vorzeitige Plazenta[ab]lösung, da die damit verbundenen uterinen Blutungen bei der Mutter einen hämorrhagischen Schock, beim Fetus Hypoxien hervorrufen können. Ursache für längerfristige fetale Entwicklungsdefizite wiederum sind oftmals chronische Plazentainsuffizienzen aufgrund maternaler Vorerkrankungen (z. B. Hypertonie, Niereninsuffizienz). Zu den hypertensiven Erkrankungen, also Komplikationen aufgrund von Bluthochdruck, zählen insbesondere Praeklampsie und Eklampsie (siehe Kap. 3.1). Auch das Auftreten des Gestationsdiabetes kann die Entwicklung des Fetus ungünstig beeinflussen.

Intrauterine Infektionen können sowohl zu Aborten als auch Totgeburten führen. Rund ein Fünftel aller Totgeburten treten in Zusammenhang mit dem Amnioninfektionssyndrom [AIS = Oberbegriff für intrauterine Infektionen] auf.¹³¹⁵ Dabei handelt es sich um eine „Infektion von Fruchthöhle, Plazenta und Eihäuten sowie des Feten in der Schwangerschaft oder unter der Geburt.“¹³¹⁶ Eine diaplazentare Übertragung, etwa infolge einer Listeriose (siehe unten), ist eher selten. Zumeist ist eine aszendierende Infektion durch unterschiedliche Keime, wie sie in der Genitalregion beheimatet sind (u. a. Escherichia coli, Streptokokken A und B, Enterokokken), vorausgegangen.

¹³¹² Vgl. TJONG (2003), S. 11 u. 67.

¹³¹³ Vgl. EBD., S. 41 u. 44; BFS (2007), S. 25.

¹³¹⁴ Vgl. TJONG (2003), S. 40.

¹³¹⁵ Vgl. EBD., S. 40 u. 67.

¹³¹⁶ PSCHYREMBEL ONLINE – letzter Zugriff: 2021-09-15.

Ein Schwangerschaftsrisiko bildet die Toxoplasmose.¹³¹⁷ Der weitverbreitete Erreger *Toxoplasma gondii* ist ein Parasit, der über Katzenkot¹³¹⁸ und rohes Fleisch übertragen werden kann. Schätzungen gehen von einer Durchseuchung der europäischen Bevölkerung von bis zu 50 % aus, wobei sich die Rate mit steigendem Lebensalter erhöht. In 80–90 % aller Fälle bleibt die Toxoplasmose-Infektion unbemerkt. Doch kann die Erstinfektion vor allem im ersten Schwangerschaftstrimenon Aborte begünstigen. Erfolgte die Infektion bereits vor der Gravidität, überträgt die Mutter in der Regel ihren Immunschutz auf den Fetus.

Ähnliches gilt für die Listeriose, die für erwachsene Personen unter normalen Umständen nicht lebensbedrohend wirkt, wohl größtenteils auch unbemerkt bleibt. Die Übertragung des Erregers, ein Bakterium aus der Gattung *Listeria*, erfolgt sowohl über tierische als auch pflanzliche Lebensmittel.¹³¹⁹ Bei Menschen mit Immunabwehrschwäche kann die Listeriose Komplikationen wie Sepsis, Meningitis oder Enzephalitis hervorrufen. Übertragen infizierte Gravidae den Erreger über die Plazenta auf den Fetus, sind Aborte, Tot- oder Frühgeburten sowie Missbildungen zu befürchten.

Ein sehr hohes Risiko für den Fetus birgt der Röteln-Virus.¹³²⁰ Die Kontagiosität des Virus, der auf den Menschen als Wirt beschränkt ist, ist nur etwas geringer als die des Masern-Erregers. Deshalb erfolgen die Infektionen in der Regel bereits im Kindes- und Jugendalter.¹³²¹ Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Komplikationen. Das Röteln-Virus geht einher mit einer ausgeprägten Virämie und kann von infizierten Gravidae diaplazentar übertragen werden. Zumindest für das erste Trimenon ist von einer Komplikationsrate, darunter Spontanaborte und Frühgeburten, bis zu 90 % auszugehen.

¹³¹⁷ Vgl. RKI-Ratgeber für Ärzte: Toxoplasmose (Stand: 18.10.2018) [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Toxoplasmose – letzter Zugriff: 2023-11-12].

¹³¹⁸ Als potentielle Gefahrenquelle gilt die Gartenarbeit bzw. der Umgang mit Gartenerde oder kontaminierter Nahrung.

¹³¹⁹ Erreger ist ein Bakterium der Gattung *Listeria*; vgl. RKI-Ratgeber für Ärzte: Listeriose (Stand: 0.04.2010) [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Listeriose.html?nn=2398102 – letzter Zugriff: 2023-11-12].

¹³²⁰ Vgl. RKI-Ratgeber für Ärzte: Röteln (Stand: 05.08.2021) [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Roeteln.html – letzter Zugriff: 2023-11-12].

¹³²¹ Die 1974 in der Bundesrepublik Deutschland (in den neuen Bundesländern 1990) eingeführte Rötelnimpfung hat maßgeblich dazu beigetragen, die Immunitätslücken weitgehend zu schließen.

Zu nennen ist noch die Varizellen-Infektion, eine weitere typische Kinderkrankheit, von der allerdings nur eine geringe fetale Gefährdung ausgeht.¹³²² Eine diaplazentare Übertragung des Varizella-Zoster-Virus ist selten. Erfolgt die Infektion innerhalb des 1. und 2. Trimenons, bildet sich in bis zu 2 % aller Fälle das fetale Varzellensyndrom, das zu neurologischen Erkrankungen, Fehlbildungen oder Aborten führen kann, aus. Erhöht ist das Gefährdungspotential für das Kind jedoch, wenn die maternale Infektion perinatal – im Zeitraum von 5 Tagen vor bis 2 Tagen nach der Niederkunft – erfolgt.

Neben Infektionen, maternalen organischen Erkrankungen und genetisch bedingten Fehlbildungen des Fetus gibt es eine Reihe weiterer Faktoren, die einen Abort bzw. eine Tot- oder Frühgeburt begünstigen können. Drogen wie Alkohol wurden bereits frühzeitig als Risikofaktoren bzw. Verursacher unmittelbarer fetaler Schädigungen identifiziert. Einigkeit besteht in der Annahme, dass pränataler Stress den Verlauf einer Schwangerschaft beeinflussen kann.¹³²³ Allerdings bestehen weiterhin viele Unklarheiten über die genaue Wirkungsweise physiologischer oder emotionaler Stressfaktoren auf den maternalen und fetalen Organismus. Relativ gut untersucht sind die hormonellen Auswirkungen. So gilt als gesichert, dass Stress sich auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse auswirkt. Im Laufe der Schwangerschaft führt dies u. a. zu einer vermehrten Produktion des Kortikotropin-Releasing-Hormons (CRH), das „eine bedeutende Rolle bei der Auslösung der Geburt zu spielen“¹³²⁴ scheint. Darüber hinaus wurde CRH in hohen Konzentrationen bei Gravidae nachgewiesen, die unter einer Präeklampsie litten.¹³²⁵

Neben Stress können endokrinologische Störungen auch durch Ernährungsmängel aufgrund von Unterversorgungen an Vitaminen und Mineralstoffen hervorgerufen werden. So haben Gravidae einen deutlich erhöhten Folsäurebedarf¹³²⁶, wobei ein

¹³²² Vgl. RKI-Ratgeber für Ärzte: Windpocken (Varizellen) (Stand: 01.08.2017) [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Varizellen.html – letzter Zugriff: 2023-11-12].

¹³²³ Vgl. BINDT/HUBER/HECHER (2008), S. 98-101.

¹³²⁴ Vgl. EBD., S. 99.

¹³²⁵ Vgl. WEIDINGER (2008), S. 47; hierzu auch EBD., S. 69-72.

¹³²⁶ Folsäuremängel können u. a. durch Alkohol und Nikotin sowie Erkrankungen des Verdauungstrakts hervorgerufen werden.

Mangel nachweislich die Inzidenz für Neuralrohrdefekte sowie Aborte und Totgeburten erhöht.¹³²⁷ Eine defizitäre maternale Ernährung gilt zudem allgemein als die häufigste Ursache für die intrauterine Wachstumsrestriktion (IUGR).¹³²⁸ Bis zu 8 % aller Schwangerschaften sind von dieser Entwicklungsstörung, die auch als fetale Hypotrophie bezeichnet wird, weil der Fetus nicht das übliche Größen- und/oder Gewichtswachstum erreicht hat, betroffen. Eine IUGR begünstigt das Auftreten perinataler Komplikationen und damit Aborte und Totgeburten.

Das Interesse an den Ursachen für Aborte und Totgeburten war in der Vergangenheit nicht sehr ausgeprägt. Die Wahrnehmung der fetalen Phase als eigenständige, aber notwendige Stufe im Gesamtzusammenhang der individuellen Entwicklung setzte erst in der Mitte des 18. Jahrhunderts ein.¹³²⁹ Allerdings blieb diese Sichtweise zunächst auf die Medizinwissenschaft beschränkt, wobei sich einmal mehr der wachsende Einfluss der Anatomie bemerkbar machte. Auf den Umgang mit Leichnamen von Kindern hatte dies keinen Einfluss, hier herrschte weiterhin „Unempfindlichkeit“ vor.¹³³⁰ So wurden im Göttinger Gebärdhaus die von den ledigen Müttern entbundenen „schicklichsten Leichname in Weingeist aufbewahrt und als die natürlichsten Puppen zu den Übungen am Phantome gebraucht. Sind sie durch vielen Gebrauch verdorben, so werden sie ebenfalls begraben.“¹³³¹ Allerdings trug die Zurschaustellung konservierter oder in Wachs nachgebildeter Feten in Naturalienkabinetten dazu bei, dass seit dem 18. Jahrhundert außerhalb der medizinischen Fachwelt eine neue Sichtweise Einzug hielt.¹³³²

Die Diskussion nach dem Stellenwert des Kindes in den mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Gesellschaften wurde nicht zuletzt durch die auffallend hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit (vgl. Kap. 3.3 u. 3.4) geprägt. Die Menschen der Gegenwart werden nur äußerst selten mit dem Tod von Kindern konfrontiert. In der Vergangenheit war es genau umgekehrt. Dennoch führte dies nicht zu einer Gewöhnung im Sinne

¹³²⁷ Vgl. KEHLBACH (2004), S. 11-13.

¹³²⁸ Vgl. WEIDINGER (2008), S. 8 u. 68 f. Intrauterine Wachstumsrestriktionen können jedoch von einer Reihe weiterer, ganz unterschiedlicher Faktoren ausgelöst werden, z. B. Alkohol, Nikotin, Infektionskrankheiten oder genetische Dispositionen.

¹³²⁹ Vgl. FILIPPINI (2002), S. 100 f.

¹³³⁰ Vgl. BADINTER (1991), S. 63-65.

¹³³¹ Zitat nach SCHLUMBOHM (1988), S. 158.

¹³³² Vgl. ENKE (2002), S. 208-210; zur Präparation menschlicher Feten bzw. Embryonen und deren Verbreitung allg. HOPWOOD (2002).

emotionaler Abstumpfung. In den Selbstzeugnissen spiegelt sich eine große Bandbreite an Reaktionen wider, wobei der Tod älterer Kinder stärker thematisiert wurde als der sehr junger, oftmals ungetauft verstorbener. Dass in der Vergangenheit eine Vorstellung von Individualität in Verbindung mit einem Kind entwickelt werden konnte, das nach dem Tod im Mutterleib aus diesem chirurgisch entfernt werden musste, ist daher schwer vorstellbar. Doch schon allein, weil der Umgang mit Aborten und Totgeburten einen Eindruck von der zeitgenössischen Körperwahrnehmung vermittelt, lohnt es sich, näher darauf einzugehen.

Die Frage drängt sich auf, wie betroffene Eltern im Falle von Aborten oder Totgeburten reagierten. Die Quellen decken ein Spektrum ab, das Gemütszustände von Gleichgültigkeit bis hin zu großer Trauer umfasst.¹³³³ Für französische Gemeinden ist überliefert, dass Eltern den Begräbnissen ihrer Kinder fernblieben, wenn diese noch nicht das 5. Lebensjahr vollendet hatten.¹³³⁴ Andererseits gab es katholische Regionen, in denen bis ins 18. Jahrhundert hinein Eltern Wallfahrten zugunsten ihrer ungetauft verstorbenen Kinder auf sich nahmen. Ziel war dabei die „Wiedererweckung“ und Taufe der Kinderleichname, um auf diesem Wege deren Aufnahme in die christliche Gemeinschaft herbeizuführen.¹³³⁵ Unklar ist, ob das Motiv Kindesfürsorge im Sinne einer „Herstellung von emotionalen Bindungen“¹³³⁶ war oder vielleicht eher Schuldgefühle und die Angst vor Wiedergängerei o. ä.¹³³⁷ Unabhängig vom Motiv erscheint aus moderner Sicht der Umgang mit den Körpern verstorbener Kinder bisweilen befremdlich. Dies gilt nicht zuletzt für zwei Fälle, die sich im Kirchspiel Grove (Rbg) zugetragen haben: Im Jahre 1691 hatte ein Schneider sein (getauftes) Kind *Abends Heimlich boshaftiger Weise, Selbst begraben*. 1787 sorgte der Rodenberger Amtmann, also eine Standesperson, für Aufsehen, als er sein ungetauft verstorbenes Kind ohne *davon Anzeige zu thun und die Jura Stolae zu entrichten* in der Familiengruft bestattete, indem er es in den Sarg zur Leiche eines im Jahr zuvor verstorbenen Kindes legen ließ. Im Fall des Schneiders ist es sehr wahrscheinlich, dass das Motiv tatsächlich die Ersparnis der Begräbnisgebühren war. Im Fall des Amtmanns gestaltet sich die Beurteilung

¹³³³ Vgl. TOPPE (1993), S. 44-50; THURER (1995), S. 259-262; LABOUVIE (2000), S. 176-189.

¹³³⁴ Vgl. BADINTER (1991), S. 65; hierzu auch LABOUVIE (1998), S. 297; SCHLÖDER (2014), S. 165.

¹³³⁵ Vgl. GÉLIS (1998); ULRICH-BOCHSLER/GUTSCHER (1998), S. 244-246, 260 u. 263-265; LABOUVIE (2000), S. 176.

¹³³⁶ LABOUVIE (1998), S. 293.

¹³³⁷ Vgl. ULRICH-BOCHSLER/GUTSCHER (1998), S. 248 f.

schon schwieriger, denn es ist belegt, dass Eltern nicht selten versuchten, das Verbot, ungetaufte Kinder an geweihter Stelle¹³³⁸ beizusetzen, zu umgehen.¹³³⁹

Wenngleich sich vor dem Hintergrund der Volksfrömmigkeit Rituale herausbildeten, um ungetauft verstorbenen Kindern den Weg ins Himmelreich zu bahnen, gibt es keine Belege dafür, dass sich die Öffentlichkeit darüber hinaus näher mit Aborten und Totgeburten beschäftigt hat. Von offizieller Seite wurde ihnen nachweislich wenig Interesse entgegengebracht. Die Kirche bemühte sich zwar im Allgemeinen um eine Nottaufe von Kindern;¹³⁴⁰ die Dokumentation der Aborte und Totgeburten in den schau-burgischen Kirchenbüchern erfolgte üblicherweise nur in knapper und emotionsloser Form durch Begriffe wie *totgeboren* oder *zu früh*. Weiterführende Informationen sind dabei die Ausnahme und beziehen sich lediglich auf den Zustand des Fetus (*in Fäulung übergegangen* o. ä.) oder die Umstände seiner Extraktion.

Während die Ausstellung von Feten in Naturalienkabinetten für Unempfindlichkeit spricht, sind schon im 18. Jahrhundert Anzeichen für eine Sensibilisierung gegenüber dem Tod eines Kindes im Mutterleib erkennbar. Nun fällt der Beginn dieser Entwicklung in einen Zeitraum zunehmender staatlicher Peuplierungsbemühungen. Die Vermutung, dass die Aufmerksamkeit durch ökonomische Interessen motiviert worden ist, liegt nahe. Die Rolle des Kindes in der Vergangenheit unterscheidet sich grundsätzlich von der heutigen. Bis weit in die Neuzeit hinein waren Kinder zunächst Funktionsträger. In bäuerlichen Familien hatten sie früh praktische Aufgaben zu übernehmen. Adlige Kinder hatten den Fortbestand der Dynastie bzw. der Familie sicherzustellen. Aborte oder Totgeburten verzögerten in diesem Kontext das Erreichen der gesetzten Ziele. Wies ein Fetus offenkundige Missbildungen auf, so ist in Anbetracht der negativen gesellschaftlichen Einstellung gegenüber körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen dessen Tod vermutlich mit Erleichterung zur Kenntnis genommen worden. Wirklich problematisiert wurden Aborte und Totgeburten – ähnlich den Fertili-

¹³³⁸ Ungetaufte Kinder wurden seit dem Hochmittelalter in ungeweihter Erde und damit außerhalb der christlichen Gemeinschaft beigesetzt, weil man sie als mit der Erbsünde behaftete Heiden ansah; vgl. ULRICH-BOCHSLER/GUTSCHER (1998), S. 247 f.

¹³³⁹ LABOUVIE (2000), S. 188 f.

¹³⁴⁰ Eine Ausnahme bildeten calvinistische Gemeinden, wo gerade die Geistlichen Nottaufen unterbanden; vgl. EBD., S. 171 f.

tätsstörungen – sicherlich erst, wenn es zu mehreren aufeinanderfolgenden bzw. habituellen Aborten kam. Betroffen waren nur wenige Paare (siehe unten), so dass Aborte und Totgeburten ein Randthema blieben. Ein sich verschärfender Blick auf das ungeborene Kind als potentieller Wirtschaftsfaktor mag dazu beigetragen haben, dessen Stellenwert zu steigern, im Mittelpunkt stand er sicher nicht.¹³⁴¹

Seit dem 18. Jahrhundert begann sich mit einem wandelnden Mutterbild eine normative Kraft herauszubilden, die schnell die engen Grenzen der bürgerlichen Schichten überschreiten sollte.¹³⁴² Zunächst setzte das – literarisch gebildete – Bürgertum mit der Entdeckung des Gefühls neue Maßstäbe der Interaktion. Im Mittelpunkt des Interesses stand nach wie vor die Liebe zwischen Individuen unterschiedlichen Geschlechts. Doch obgleich nicht nur Angehörige gehobener Schichten einen Begriff von dieser Form der Liebe hatten,¹³⁴³ standen die Beziehungen zwischen den Menschen unter der Maßgabe des Gebots der Existenzsicherung. Erst weit in der Neuzeit wurde die Liebesheirat zu einem eigenständigen und erstrebenswerten Ziel, hinter dem materielle Ansprüche oder Bedenken zurückzustehen hatten. Uneingeschränkt vernünftig erschien die Liebe zwischen Eltern und Kindern. Zudem konnte sie argumentativ – als Ausdruck der Sorge um das Kindeswohl – zur Durchsetzung des elterlichen Willens eingesetzt werden. Weil die Versorgung der Kinder den Frauen oblag, wurde die Mutterliebe schließlich zum Wert an sich. Nichtsdestotrotz waren die Dimensionen von Emotion und Affekt im 18. Jahrhundert noch völlig anders gelagert als in der Gegenwart.¹³⁴⁴ Um nicht als kaltherzig zu gelten, hatte man in bestimmten Situationen Gefühle zu zeigen. Gleichzeitig wurden junge Eltern gemahnt, verstorbene Kinder nicht allzulange zu betrauern, gaben Abbildungen gütiger und aufopferungsvoller Mütter das Ideal vor, dem es nachzueifern galt.¹³⁴⁵ Im Märchen „Das Totenhemdchen“ der Brüder Grimm fand ein verstorbenes Kind erst Ruhe, als die Mutter nicht mehr weinte. Dass die Eltern verstorbener Kinder zunehmend einer sozialen Kontrolle unterstanden, wirkte sich auf die Art der Trauer aus. Erst im Laufe des 18. Jahrhunderts änderte sich

¹³⁴¹ Vgl. allg. BADINTER (1991), S. 113-121.

¹³⁴² Vgl. ROEBLING/MAUSER (1996), S. 12 f. Als Beispiel für die literarische Umsetzung dieser Forderung vgl. allg. PESTALOZZI (1996). Zum Wandel der „Mutterbilder“ im Laufe der Menschheitsgeschichte siehe THURER (1995).

¹³⁴³ Vgl. BREIT (1991), S. 227.

¹³⁴⁴ Vgl. TOPPE (1993), S. 51; FREVERT (2011), S. 18, 22 f. u. 33-35; vgl. auch allg. KESSEL (2000).

¹³⁴⁵ Vgl. THURER (1995), S. 294 f.

das „Totengedenken“, drängten sich die Gefühle der Hinterbliebenen in den Vordergrund.¹³⁴⁶

Im Laufe des 19. Jahrhundert war die Neudefinition von Mutterschaft abgeschlossen. Doch bedeutete dies nicht, dass schon dem im Mutterleib heranwachsenden Fetus besondere Aufmerksamkeit geschenkt, dieser mithin als „autonomes Subjekt“¹³⁴⁷ begriffen wurde. Durch die öffentliche Zurschaustellung präparierter Feten konkretisierte sich das Bild vom Kind im Mutterleib, indes bedeutete Mutterschaft zunächst nur Fürsorge um das geborene und lebensfähige Kind. Von einer pränatalen Bindung der Mutter bzw. Eltern zum Kind war man weit entfernt. Schwangerschaft als Notwendigkeit im reproduktiven Sinn wurde erstrebt und mit Erwartung begleitet, die Gestation an sich blieb für die betroffenen Frauen und ihr soziales Umfeld von eher untergeordneter Bedeutung. Thematisiert wurden vornehmlich Schmerzerfahrungen.¹³⁴⁸ Ohnehin ist zu bezweifeln, dass überhaupt – und das gilt für den gesamten Bereich der Sexualität – weiterführende Kenntnisse bestanden haben.¹³⁴⁹ Zwar waren empfängnisverhütende oder abtreibende Praktiken verbreitet,¹³⁵⁰ trotzdem dürften die Wissensdefizite gerade unter jüngeren Frauen nicht unerheblich gewesen sein.¹³⁵¹ Obwohl Sexualität in deren Peer Groups durchaus ein Thema war, ist der Informationsgehalt dieser Gespräche nicht sonderlich hoch einzuschätzen und dürfte kaum über das, was rein äußerlich beim allgegenwärtigen Haus- und Nutzvieh abzuschauen war, hinausgegangen sein.¹³⁵² Bei der verbalen Weitergabe von Wissen wurden intime Dinge nicht explizit angesprochen, sondern eher umschrieben. Interessensbekundungen in Form von Nachfragen konnten vor allem junge Frauen in Verruf bringen.¹³⁵³ Weiterhin erfuhr in der Phase sich intensivierender Medikalisierung die Sphäre des Intimen eine zunehmende Tabuisierung. Im 18. Jahrhundert empfanden Frauen verhältnismäßig wenig Scheu, Menschen in ihrem sozialen Umfeld auch intimere Dinge mitzuteilen. Im ausgehenden

¹³⁴⁶ Vgl. OESTERLE (2003), S. 47 f.

¹³⁴⁷ DUDEN (2002), S. 15.

¹³⁴⁸ Vgl. LABOUVIE (2000), S. 141 f.

¹³⁴⁹ Vgl. BECKER (1990), S. 141 f.

¹³⁵⁰ Vgl. IMHOF (1985b), S. 188 f.; BECKER (1990), S. 142-147; LÜKE (2001), S. 210 f.; LISCHKA (2006), S. 252 f.; WENDLER (2008), S. 186.

¹³⁵¹ Vgl. DUDEN (1987), S. 97; SOHN (1997), S. 65 f.; LABOUVIE (2000), S. 143.

¹³⁵² Das Beobachtungslernen spielte bei der Wissensvermittlung grundsätzlich eine große Rolle; vgl. VERDIER (1982), S. 58 u. 60-62; hierzu auch GAY (1986), S. 336-338 u. 341.

¹³⁵³ Vgl. LESEMANN (1994), S. 109 u. 163.

19. Jahrhundert hatte sich eine Schamgrenze aufgebaut, die es unterband, die weibliche Sexualität zu verbalisieren.¹³⁵⁴ Dass gleichzeitig ein erhebliches Wissensbedürfnis bestand, belegt die „Blüte“ der sexuellen Aufklärungsliteratur in diesem Zeitraum.¹³⁵⁵

Alles in allem ist unklar, in welchem Umfang die mit einer Schwangerschaft einhergehenden körperlichen Veränderungen von den betroffenen Frauen wahrgenommen worden sind.¹³⁵⁶ Beobachtet wurden sie durchaus,¹³⁵⁷ doch vor der Etablierung der Gerätemedizin war die Körperwahrnehmung eine andere.¹³⁵⁸ Erfahrenere Frauen konnten ab einem gewissen Entwicklungsstadium zumindest Kindsregungen gut einordnen.¹³⁵⁹ Im Kirchspiel Grove (Rbg) wurde 1837 ein Kind begraben, das nach Aussage der Hebamme *bei der Geburt die Zeichen der Verwesung an sich getragen hatte*. Die Mutter scheint bereits lange vor der Geburt den Verdacht geäußert zu haben, dass das Kind bereits verstorben war: *Die Bademutter Söffker hat den Tod bescheiniget und behauptet daß die Mutter ihr schon vor 6 Wochen geklagt daß sie keine Beingänge des Kindes mehr spüre*.

Ob die von Frauen berichteten körperlichen Veränderungen oder individuellen Empfindungen Schwangerschaften stets sicher ankündigten,¹³⁶⁰ lässt sich nicht überprüfen. Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass die meisten Frauen in der Vergangenheit erheblichen körperlichen Belastungen ausgesetzt waren und überdies jahreszeitlich bedingt Phasen unausgewogener Nährstoffzufuhr durchlebt haben. Da diese Faktoren Menstruationsstörungen begünstigen, waren altersunabhängige Zyklusschwankungen vermutlich stärker verbreitet als in der Gegenwart. Das Ausbleiben der Regelblutung galt u. a. als ein Symptom innerer Krankheiten. Schwangerschaften verliefen häufiger als in der Gegenwart über einen längeren Zeitraum unbemerkt, bisweilen wurden sie überhaupt nicht registriert. Hinweise auf die Extraktion von Feten, die sich *bereits in Verwesung* befunden haben, sind keine Seltenheit: Im lippischen Kirchspiel Hohenhausen wurden zwischen 1768 und 1831 insgesamt 154 Totgeburten registriert.¹³⁶¹

¹³⁵⁴ Vgl. DUDEN (1987), S. 100-102; HAUSEN (1988), S. 98; LISCHKA (2006), S. 292; FREVERT (2013), S. 20 f., 24 f. u. 27.

¹³⁵⁵ Vgl. GAY (1986), S. 325.

¹³⁵⁶ Vgl. SCHLUMBOHM (2002), passim.

¹³⁵⁷ Vgl. DUDEN (1987), S. 109-111 u. passim.

¹³⁵⁸ Vgl. DUDEN (1992), S. 120 u. 126 f.

¹³⁵⁹ Vgl. DUDEN (1987), S. 184 f.

¹³⁶⁰ Vgl. EBD., S. 129; DUDEN (1992), S. 121 f.; SCHLUMBOHM (2012), S. 250.

¹³⁶¹ Vgl. SÜVERN (1965).

Das Einsetzen des Verwesungsprozesses wurde 12-mal festgehalten. Bemerkenswerterweise fallen allein 10 Fälle in den Zeitraum 1822–31. Da in diesen 10 Jahren insgesamt 24 Totgeburten registriert worden sind, musste nahezu jedes zweite dieser Kinder künstlich aus dem Mutterleib entfernt werden.

Für Aborte ist grundsätzlich von einer weitgehenden Unterregistrierung auszugehen. Spontanaborte ereignen sich überwiegend innerhalb des ersten Schwangerschaftstrimenons und bleiben auch in der Gegenwart zumeist unbemerkt. Darüber hinaus war die Zuordnung schwierig. Ein Abort wurde nicht selten „als gefährlicher, aber notwendiger Abgang“¹³⁶² gedeutet. Weitere Fälle dürften aus Furcht vor möglichen Kosten von den Eltern verheimlicht worden sein. Und schließlich gab es formelle Vorgaben, die einer Registrierung entgegenstanden. Die maßgeblichen modernen Unterscheidungskriterien sind das Gewicht sowie die Größe des vor oder während des Geburtsvorgangs verstorbenen Feten bzw. Kindes. In Schleswig-Holstein sollten ab 1797 nur noch totgeborene Kinder registriert werden, die den 6. Monat vollendet hatten.¹³⁶³ Höher lag die Altersgrenze im Fürstentum Lippe. Die „Consistorial-Verordnung wegen Einrichtung der Mortalitäts-Listen von 1789“ bestimmte: „Kinder, womit die Mutter noch keine dreißig Wochen schwanger gewesen, sind unzeitige, nicht lebensfähige Geburten oder Abortus und dürfen hier nicht aufgenommen werden.“¹³⁶⁴

Den schauburgischen Kirchenbüchern sind im Allgemeinen keine Informationen zu entnehmen, die es ermöglichen, Aborte von Totgeburten zu unterscheiden. Die übliche Umschreibung für diese Kinder lautet *totgeboren*. Gelegentlich findet sich ein Hinweis auf eine vorzeitige Geburt (*zu früh, unzeitig geboren*), sehr selten wird die Anzahl der Monate genannt, die ein Kind zu früh geboren wurde. Hatte ein Kind kurzfristig die Geburt überlebt (*nur wenige Minuten gelebt, sofort nach empfangener Taufe*), liegt die Vermutung nahe, dass es sich bereits in einem fortgeschrittenen Entwicklungsstadium befunden, vielleicht sogar die Geburtsreife erreicht hatte. Doch oftmals ist allein die Frage, ob ein Kind bereits im Mutterleib oder erst während des Geburtsvorgangs verstarb, nicht zu beantworten.

¹³⁶² DUDEN (1987), S. 186-188.

¹³⁶³ GEHRMANN (1984), S. 130.

¹³⁶⁴ LIPPISCHE VERORDNUNGEN (1789); vgl. auch NAEGELE (1843), S. 388 f.

Bei der Registrierung von Aborten und Totgeburten wirkten sich konfessionelle Unterschiede aus. In protestantischen Regionen spielte die Nottaufe eine geringere Rolle als beispielsweise im katholischen Frankreich, wo man „sich nach Kräften [bemühte], Lebenszeichen bei den Kindern zu entdecken.“¹³⁶⁵ Aufgrund der geringen Überlebenschancen gilt ein Anteil von durchschnittlich 3 % als Richtwert, wurden weniger fehl- und totgeborene bzw. ungetauft verstorbene Kinder in den Kirchenbüchern verzeichnet, ist von einer Unterregistrierung auszugehen.¹³⁶⁶ Dennoch ist das Erreichen dieses Richtwerts allein kein Beleg für eine zuverlässige Registrierung. Für das Kirchspiel Leezen wurde zwar ein durchschnittlicher Anteil von 4,4 % ermittelt, doch bestehen Zweifel, dass beobachtete größere Schwankungen tatsächlich auf Veränderungen der Totgeburtenrate zurückgehen.¹³⁶⁷

Eine Analyse der Aborte und Totgeburten in der Grafschaft Schaumburg auf der Grundlage der Kirchenbücher ist nicht unproblematisch. Die Zuverlässigkeit der Registrierung – und dies gilt nicht nur für Aborte, sondern auch für Totgeburten – ist in erster Linie abhängig von der Gewissenhaftigkeit bei der Führung der Register.¹³⁶⁸ Einerseits ist die Registrierung nicht selten in Phasen erfolgt, in denen ansonsten die Todesursachen nicht oder nur gelegentlich aufgeführt worden sind. Andererseits werden gelegentlich trotz einer ansonsten lückenlosen Aufzeichnung der Todesursachen gerade die Aborte und Totgeburten ausgelassen. Eine eindeutige Unterregistrierung ist für die Taufregister anzunehmen.¹³⁶⁹ Im Kirchspiel Grove (Rbg) beträgt der Anteil der Aborte und Totgeburten lediglich 1,9 %. Die Zahl der ungetauft verstorbenen Kinder, die zwar in den Taufregistern von Grove (Rbg), nicht aber in den Sterberegistern erscheint, beträgt weniger als 0,1 %. Für die Sterberegister dieses Kirchspiels ist zunächst ebenfalls von einer Unterregistrierung auszugehen. Im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts zählten nur 2,1 % der Verstorbenen als Totgeburten. Zuverlässiger sind die Sterberegister seit den 1730er Jahren: Für den Zeitraum 1735–1875 wurde ein An-

¹³⁶⁵ GEHRMANN (1984), S. 64.

¹³⁶⁶ Vgl. EBD.; PFISTER (1994), S. 89; GEHRMANN (2000), S. 43; SCHLÖDER (2014), S. 121 f.

¹³⁶⁷ GEHRMANN (1984), S. 129 f., geht davon aus, dass vor 1790 nur drei von vier Totgeburten verzeichnet worden sind. Bezogen auf alle Geborene vermutet er eine Unterregistrierung von ca. 1 %.

¹³⁶⁸ Vgl. auch LABOUVIE (2000), S. 159; SCHLUMBOHM (2012), S. 440.

¹³⁶⁹ Aborte und Totgeburten, die sich zwar im Tauf-, nicht aber im Sterberegister finden, sind die Ausnahme.

teil von 4 % ermittelt, die Zahl der Aborte und Totgeburten liegt damit über der Zuverlässigkeitsgrenze von mindestens 3 %. Im Folgenden werden daher insbesondere die Daten des Kirchspiels Grove (Rbg) zur Klärung einzelner Fragen herangezogen.

Tabelle 12

Jährliche Sexualproportionen unter Tot- und Lebendgeburten in der Bundesrepublik Deutschland seit 1995 (Auswahl)

	Totgeborene männlich	Totgeborene weiblich	Lebendgeborene männlich	Lebendgeborene weiblich
1995	123,0	100	105,4	100
in %	55,15	44,85	51,32	48,68
2000	118,0	100	105,3	100
in %	54,12	45,88	51,28	48,72
2005	104,4	100	105,3	100
in %	51,07	48,93	51,29	48,71
2010	120,6	100	105,0	100
in %	54,66	45,34	51,22	48,78
2015	120,0	100	105,4	100
in %	54,54	45,46	51,31	48,69
2019	105,0	100	105,4	100
in %	51,23	48,77	51,32	48,68

Die Ermittlung von Sexualproportionen¹³⁷⁰ in der Bundesrepublik Deutschland seit 1995 hat ergeben, dass sowohl unter Lebend- als auch Totgeburten stets Kinder männlichen Geschlechts überwiegen (**Tab. 12**).¹³⁷¹ Unter den Lebendgeburten ist ihr Anteil mit einem Verhältnis von rund 105 : 100 nur leicht erhöht. Der prozentuale Anteil beträgt 51,3 % und bleibt über einen längeren Zeitraum konstant. Im Vergleich dazu schwankt die Geschlechterrelation unter den Totgeburten deutlich. 2005 sind rund 4 % weniger männliche Kinder gestorben als 10 Jahre zuvor. Der Anteil männlicher Feten erhöht sich mit Verringerung des zeitlichen Abstands zur Zeugung als Folge der

¹³⁷⁰ Die Berechnung erfolgte auf der Grundlage der im Rahmen der GESUNDHEITSBERICHTERSTAT- TUNG DES BUNDES [www.gbe-bund.de] veröffentlichten absoluten Werte. Da die Unterscheidung von Aborten und Totgeburten nach dem Geburtsgewicht erst 1994 vorgenommen worden ist, wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit nur Werte ab 1995 berücksichtigt.

¹³⁷¹ Vgl. Tjong (2003), S. 32.

unterschiedlichen Chromosomenverteilung.¹³⁷² Die Zellen der Männer enthalten jeweils ein X- und ein Y-Chromosom, Frauen verfügen über zwei X-Chromosomen. Gerade auf den X-Chromosomen befinden sich sehr viele Gene, die wichtige Vitalfunktionen steuern. Im Gegensatz zum männlichen Organismus bedeutet ein Gendefekt auf einem X-Chromosom für den weiblichen Organismus in der Regel keine wesentliche Einschränkung der Vitalfunktionen, weil dieser durch das andere X-Chromosom aufgefangen werden kann.

Tabelle 13

*Sexualproportionen von Aborten und Totgeburten in der Grafschaft Schaumburg – unterschiedliche Zeiträume*¹³⁷³

	Aborte und Totgeburten männlich	Aborte und Totgeburten weiblich
1750 - 1869 [n = 2.120]	130,2	100
in %	56,56	43,44
1770 - 1799 [n = 369]	142,8	100
in %	58,81	41,19
1800 - 1839 [n = 819]	141,6	100
in %	58,61	41,39
1840 - 1869 [n = 833]	116,4	100
in %	53,78	46,22

Im Zeitraum 1750–1869 beträgt die durchschnittliche Sexualproportion der Aborte und Totgeburten aus allen schaumburgischen Kirchspielen rund 130 : 100 (**Tab. 13**). Damit liegt sie durchgehend und zum Teil signifikant über den für die Bundesrepublik Deutschland ermittelten Jahreswerten.¹³⁷⁴ Die Aborte und Totgeburten weichen hinsichtlich ihrer Sexualproportion also deutlich von den Lebendgeburten ab. Die geschlechtsspezifische Analyse von Lebendgeburten in schaumburgischen Kirchspielen

¹³⁷² Vgl. WALDRON (2002), 161 f.

¹³⁷³ Die Einteilung der drei Zeiträume erfolgte in Anlehnung an die Untersuchung der Kindbettsterblichkeit (vgl. Kap. 3.1).

¹³⁷⁴ Der Anteil am weiblichen Geschlecht beträgt 43,4 %. Einträge, in denen das Geschlecht nicht angegeben worden ist, wurden hierbei nicht berücksichtigt. Im Gegensatz zur Vollständigkeit der Aborte und Totgeburten ist die Registrierung des Geschlechts als zutreffend zu erachten; vgl. GEHRMANN (1984), S. 136.

(vgl. Kap. 2.3.3) hatte ergeben, dass sich mit Vergrößerung des Untersuchungszeitraums bzw. Erweiterung der Datenbasis die Sexualproportion dem Verhältnis 105 : 100 – und damit dem Durchschnittswert der Bundesrepublik Deutschland – annähert. Der Unterschied zwischen Aborten und Totgeburten in Vergangenheit und Gegenwart verringert sich allerdings, wenn man die Sexualproportionen zeitlich trennt. Zunächst sind die Werte sehr hoch, doch die Jahre 1840–69 unterscheiden sich mit einem Verhältnis von 116,4 : 100 von den vorangegangenen Phasen durch einen deutlich geringeren Anteil an männlichen Individuen. Auf den ersten Blick scheint es im jüngsten Zeitraum zu einem Anstieg von Aborten und Totgeburten weiblichen Geschlechts gekommen zu sein. Auch der Vergleich der Sexualproportionen in der Gegenwart hat erhebliche Schwankungen bei den Totgeburten ergeben, während sich die Werte der Lebendgeburten durch Stabilität auszeichnen. Zudem entspricht der für den Gesamtzeitraum von 1750–1869 ermittelte Prozentsatz von 56,56 % fast genau den 56,3 % männlichen Totgeburten, die in Preußen für die Jahre 1875–87 ermittelt wurden.¹³⁷⁵ Von den bundesdeutschen Jahreswerten kann dennoch nicht auf die großen schauburgischen Zeiträume gefolgert werden. Der Grund für die Erhöhung des weiblichen Anteils ist vermutlich eine Überregistrierung männlicher Aborte und Totgeburten. Das Geschlecht der ungetauft verstorbenen Kinder wurde in den schauburgischen Kirchenbüchern nicht konsequent vermerkt, in rund einem Drittel der Fälle fehlt es. Mit der Durchsetzung der Standardisierungsvorgaben werden die Registrierungen korrekter, fehlende Geschlechtsangaben bald die Ausnahme. Zeitgleich nimmt die statistische Vernachlässigung der Fehl- und Totgeborenen weiblichen Geschlechts ab. Unter Berücksichtigung des preußischen Wertes kann von einem durchschnittlichen männlichen Anteil von 53–56 % ausgegangen werden.

Mehrlinge unterliegen noch in der Gegenwart einem erhöhten Risiko für einen pränatalen Kindstod.¹³⁷⁶ Die Gefahren wurden bereits in der Vergangenheit beschrieben: „Zwillingsgeburten erfolgen oft vor dem regelmässigen Ende der Schwangerschaft. Drillinge werden sehr selten ausgetragen und am Leben erhalten, noch seltener Vier-

¹³⁷⁵ Die Gesamtzahl der registrierten Totgeburten beträgt 569.880; vgl. DÜSING (1890), S. 53; vgl. auch STEPHAN (2002), S. 53.

¹³⁷⁶ Vgl. BFS (2007), S. 28.

linge. Wenn gleich ausgetragen sind Zwillingenkinder gewöhnlich kleiner als ein einzelnes Kind und selten von gleicher Stärke.“¹³⁷⁷ In der Mitte des 19. Jahrhunderts rechnete man eine Zwillingengeburt auf 70–90 Geburten.¹³⁷⁸ In den schaumburgischen Sterberegistern wurde bei 4 % aller registrierten Aborte und Totgeburten vermerkt, dass es sich bei dem Kind um einen Zwilling bzw. einen Drilling handelt. Bereits ohne Berücksichtigung der getauft verstorbenen Mehrlinge ist die Sterberate unter diesen Kindern außerordentlich hoch.

In den schaumburgischen Kirchenbüchern finden sich so gut wie keine weiterführenden Informationen, aus denen sich Rückschlüsse auf mögliche Ursachen für Aborte und Totgeburten ziehen ließen. Gelegentlich wurde vermerkt, dass ein Kind *ungesund* gewesen sei, vermutlich also an einer augenscheinlichen körperlichen Fehlbildung litt. Ganz selten wird über die näheren Umstände der durch Wundärzte vorgenommenen Extraktionen abgestorbener Feten oder Totgeburten informiert.¹³⁷⁹ Hinweise auf Erdrosselungen durch die Nabelschnur, eine gerade in der späteren Schwangerschaftsphase nicht ganz seltene Komplikation, gibt es nicht. Ein Grund für die dürre Faktelage mag mangelndes Interesse an ungetauft verstorbenen Kindern gewesen sein. Überdies war es in der Regel nicht einmal den ärztlichen Geburtshelfern möglich, Diagnosen zu stellen, weil die Kenntnis über den Einfluss exogener Ursachen auf die Entwicklung des heranwachsenden Kindes weitgehend fehlte. Auf der Grundlage des medizinischen Wissens der Zeit Zusammenhänge zwischen Aborten und maternalen Vorerkrankungen wie Nierenleiden, Diabetes mellitus oder einer Rötelninfektion zu erkennen, war kaum möglich. Selbst das Gefährdungspotential des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft wurde unterschätzt.¹³⁸⁰ Seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert nahm der Konsum von Branntwein zu. Branntwein galt lange als Stärkungsmittel und, sofern er nicht im Übermaß konsumiert wurde, der Gesundheit zuträglich (vgl. auch Kap. 3.3). Der sorglose Umgang mit Alkohol dürfte nicht nur die Entstehung von Fruchtschäden minderschwere Art (fetale Alkoholeffekte) bis hin zur vollständigen Ausprägung (fetales Alkoholsyndrom) gefördert, sondern auch Aborte ver-

¹³⁷⁷ Vgl. NAEGELE (1843), S. 247.

¹³⁷⁸ Vgl. EBD., S. 246 f.

¹³⁷⁹ Vgl. auch PORTER (2000), S. 233.

¹³⁸⁰ Vgl. LABOUVIE (2000), S. 117.

ursacht haben. Ein weiterer Faktor sind die problematischen hygienischen Bedingungen und das enge Zusammenleben von Menschen und Tieren auf engem Raum: Infektionen der Gebärmutter werden häufig durch die in der Genitalregion beheimateten Kolibakterien ausgelöst. Parasiten sind Verursacher der Listeriose, einer Zoonose, die im Allgemeinen über Lebensmittel übertragen wird (siehe oben). Die Übertragung des Toxoplasmose-Erregers erfolgt zumeist durch Katzenkot oder rohes Fleisch. Für vorindustrielle Gesellschaften ist eine Durchseuchungsrate anzunehmen, die die gegenwärtige in Höhe von 50 % übertrifft.

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Infektionskrankheit erhöht sich mit zunehmendem Lebensalter. Auch die Gefahr von Chromosomenaberrationen ist unter älteren Frauen erhöht. Sind es bei 35-jährigen Frauen lediglich 1 %, wächst das Risiko für 45-jährige auf 6,2 % an.¹³⁸¹ Pluripara sind anfälliger für Aborte und Frühgeburten, weil die steigende Geburtenzahl Zervixinsuffizienzen begünstigt. Neben Frauen ab der Mitte des 4. Lebensjahrzehnts sind auch sehr junge Frauen (< 20 Jahre) gefährdet, wengleich die aus dem Alter resultierenden Unterschiede nur schwach ausgeprägt sind.¹³⁸² Um zu überprüfen, ob eine kausale Beziehung zwischen der Geburtenzahl und einer Inzidenz für Aborte und Totgeburten bestanden haben könnte, wurden auf der Grundlage der vitalstatistischen Daten des Kirchspiels Grove (Rbg) die prozentualen Anteile im Rahmen der Geburtenfolge ermittelt. Ausgewählt wurden Familien, die durchgehend in Grove (Rbg) ansässig waren und deren Anzahl an Konzeptionen sich jeweils zweifelsfrei ermitteln ließ. Zum Vergleich wurden die prozentualen Anteile der Lebendgeburten berechnet. Bezugspunkt ist stets der männliche Familienvorstand, Wiederverheiratungen konnten im Rahmen der Auswertung nicht berücksichtigt werden. In einigen dieser Familien entfallen die Geburten auf mehr als eine Frau, der Aussagewert der Analyse ist also eingeschränkt.

Zu beobachten ist ein leicht erhöhtes Risiko für Aborte und Totgeburten bei der ersten Geburt (**Tab. 14**). Das weibliche Heiratsalter im Kirchspiel Grove (Rbg) lag bei rund 25 Jahren (vgl. Kap. 3.1), ein zu geringes Lebensalter zum Zeitpunkt der Niederkunft kommt als Grund nicht in Betracht. Denkbar sind zunächst Eklampsien als weitver-

¹³⁸¹ Vgl. PSCHYREMBEL (1994), S. 264.

¹³⁸² Vgl. BEUTEL (2002), S. 77; BFS (2007), S. 21.

breitete Geburtskomplikationen bei Primipara (vgl. Kap. 3.1), die aufgrund unzureichender medizinischer Hilfeleistungen nicht selten zum Tod von Mutter und Kind führten. Nach der ersten Geburt sank das Risiko. Die prozentualen Anteile an Aborten und Totgeburten unter Kindern, die in der Geburtenfolge an 2.–6. Stelle stehen, liegen unter denen der Lebendgeburten. Beim 7.–9. Kind kehrt sich der Trend um. Die hohen Anteile belegen, dass sich mit Anstieg von Lebensalter und Geburtenzahl nicht nur das maternale Risiko, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für Aborte und Totgeburten erhöhte.

Tabelle 14

Geburtenfolge – prozentuale Anteile von Aborten und Totgeburten im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875)

Geburtenfolge	Lebendgeburten [n = 7.323]	Aborte und Totgeburten [n = 243]
1. Kind	16,6	17,7
2. Kind	16,8	15,2
3. Kind	15,7	11,9
4. Kind	13,8	12,3
5. Kind	11,4	10,3
6. Kind	8,6	7,4
7. Kind	6,5	8,2
8. Kind	4,2	7,0
9. Kind	2,8	6,2
10. Kind und weitere	3,6	3,7
	100,0	100,0

Schließlich wurde der Frage nachgegangen, ob es in bestimmten Familien im Kirchspiel Grove (Rbg) eine signifikante Häufung von Aborten und Totgeburten gegeben hat: Für mehr als 90 % der betroffenen Familien wurden nur ein oder zwei Aborte bzw. Totgeburten in den Kirchenbüchern registriert (**Tab. 15**). Der prozentuale Anteil der Familien mit drei oder mehr registrierten Aborten bzw. Totgeburten beträgt 6,9 %. Bezogen auf die Gesamtzahl war weniger als 1 % der im Kirchspiel Grove ansässigen Familien davon betroffen. In der Gegenwart wäre die Vermutung, dass es sich um

habituelle Aborte handelt, naheliegend. Aborte vor der 20. SSW wurden in den schauburgischen Kirchenbüchern jedoch nicht registriert, so dass diese nicht habituell bedingt sein können. Eine genetische Disposition ist zwar nicht ausgeschlossen, doch wahrscheinlicher sind maternale Vorerkrankungen. Die zeitgenössische Medizin konnte auch hier wenig Unterstützung leisten, da kaum Kenntnisse über die Ursachen bestanden.

Tabelle 15

Familiale Häufung von Aborten und Totgeburten im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875)

Anzahl der Aborte und Totgeburten pro Kernfamilie	Prozentualer Anteil der Kernfamilien [n = 224]
1	75,9
2	17,9
3 und mehr	6,3
insg.	100,0

Aborte und Totgeburten häufen sich zwar in den maternalen Risikogruppen, sind allerdings nicht auf diese beschränkt. Neben den speziellen Ursachen wie Uterusinsuffizienzen oder eine genetische Disposition kommen die allgemeinen Lebensumstände wie psychosozialer Stress, primär aber die Ernährungsgewohnheiten zum Tragen. In vorindustriellen Gesellschaften war die Ernährung weitgehend an das saisonal verfügbare regionale Angebot gekoppelt. Daher wurde überprüft, ob die in den schauburgischen Kirchspielen registrierten Aborte und Totgeburten saisonale Besonderheiten aufweisen (**Abb. 75**): Die monatliche Verteilung weicht geringfügig von der allgemeinen Sterblichkeit in der Frühen Neuzeit ab (vgl. auch Kap. 2.3.4 b). Die höchsten Werte werden in den Winter- und Frühlingsmonaten erreicht, die niedrigsten im Hochsommer. Auffallend ist, dass die saisonalen Unterschiede bei den Aborten und Totgeburten etwas geringer ausgeprägt sind. So liegen die Monate Juni, Juli und August kaum hinter dem Mai sowie den Herbstmonaten zurück. Außerdem stechen die Monate Dezember und Januar bei den Aborten und Totgeburten mit den meisten Registrierungen hervor, während es im Allgemeinen eher die Monate März und April sind.

Ein ähnlicher Verlauf, insbesondere der Peak in der Phase des Jahreswechsels, wurde in Preußen (1875–87) beobachtet.¹³⁸³

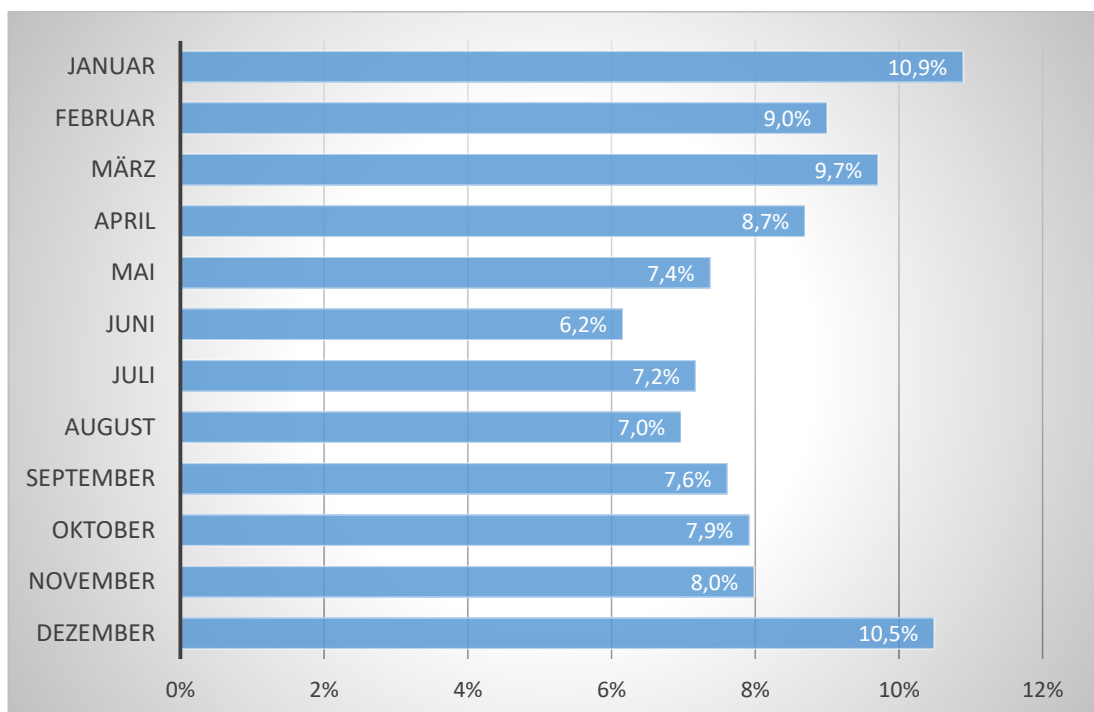


Abb. 75: Saisonale Verteilung der Aborte und Totgeburten in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

Bei der Untersuchung der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit der Aborte und Totgeburten wurde eine Veränderung der Sexualproportion im 19. Jahrhundert festgestellt. Der saisonale Vergleich der drei Zeiträume ergibt keine signifikanten Unterschiede (**Abb. 76**). Die unruhigen Kurvenverläufe mit ihren zackenartigen Ausprägungen sind auf die geringe Datenbasis zurückzuführen. Dass die höchsten Werte in allen drei Zeiträumen jeweils in den Monaten Dezember und Januar erreicht werden, scheint dagegen kennzeichnend für die Aborte und Totgeburten zu sein. Dasselbe gilt für den Anstieg im Juli. Auffällig sind zudem die variierenden Kurvenverläufe in allen drei Zeiträumen zwischen August und Oktober.

¹³⁸³ Vgl. DÜSING (1890), S. 58.

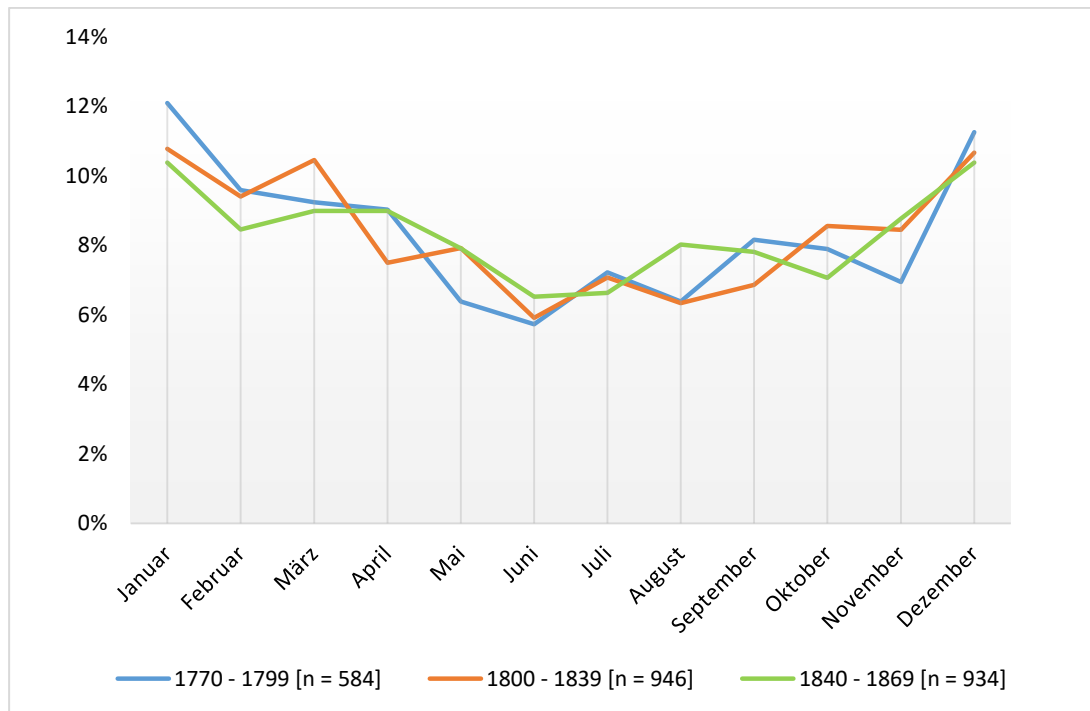


Abb. 76: Saisonale Verteilung der Aborte und Totgeburten im Vergleich dreier Zeiträume in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

Für die Vergangenheit liegt die Vermutung insbesondere ernährungsbedingter Defizite bei der Versorgung des Fetus durch Folsäure nahe. Folsäuremangel können nachgewiesenermaßen nicht nur Fehlbildungen und Neuralrohrdefekte, sondern auch Aborte begünstigen. Folsäure ist sehr hitzeempfindlich, so dass längeres Kochen dieses Vitamin leicht zerstört. Darüber hinaus hat Folsäure die Eigenschaft, sich bei längerer Lagerung zu zersetzen. Lagerungsbedingte Nährstoffverluste in folsäurehaltigen Lebensmitteln wie Hülsenfrüchten, Kohl und Getreide als Hauptbestandteil der Ernährung in der Grafschaft Schaumburg nehmen mit Abstand zum Zeitpunkt der Ernte zu. Anzeichen für einen Folsäuremangel wären insofern eher für die Frühlingsmonate zu erwarten. Die saisonale Analyse hat jedoch die höchste Zahl an Aborten und Totgeburten bereits während der Jahreswende ergeben. Als weitere Ursache kommt daher eine Unterversorgung mit dem Vitamin D in Betracht. Zur Vitamin-D-Synthese benötigt der Körper Tageslicht, dessen Verfügbarkeit gerade in den Monaten Dezember und Januar am geringsten ist. Da Vitamin D zur Regulierung des Calcium-Haushalts benötigt wird, kann ein Defizit eine Vielzahl an Symptomen, darunter Aborte, hervorrufen. Der Körper kann sowohl Folsäure als auch Vitamin D einige Monate speichern, so dass sich Mangelerscheinungen bei ausgewogener Ernährung erst mit zeitlichem

Vorlauf manifestieren. Dass die schauburgische Bevölkerung im 18. und 19. Jahrhundert durchgehend so gut ernährt war, dass sie Mangelphasen durch entsprechende Nährstoffreserven im Allgemeinen gut überbrücken konnte, ist fraglich. Somit kann eine Unterversorgung mit Folsäure und Vitamin D in stärkerem Maße als in der Gegenwart Aborte und Totgeburten verursacht haben. Zu berücksichtigen ist zugleich, dass der überwiegende Teil der nährstoffmangelbedingten Aborte in eine frühe fetale Entwicklungsphase fällt und daher nicht in den schauburgischen Kirchenbüchern registriert wurde.

Ebenfalls in die kalte Jahreszeit fallen Infektionen, insbesondere Erkrankungen der Atemwege.¹³⁸⁴ Bei einem mäßigen Verlauf besteht kein erhöhtes Risiko. Ist die Gra-vida jedoch schwer erkrankt und geht die Infektion zudem mit hohem Fieber einher, erhöht sich die Inzidenz für einen Abort. Die Influenza geht im Bereich der nördlichen Erdhalbkugel mit einer ausgeprägten Saisonalität vom Dezember bis April einher, so dass diese als weitere mögliche Ursache für den Mortalitätsgipfel der Aborte und Totgeburten in Schaumburg zum Zeitpunkt des Jahreswechsels in Betracht kommt.

Der saisonale Vergleich der drei Zeiträume hat zum Teil hohe Zahlen an Aborten und Totgeburten in den Monaten August, September und Oktober ergeben. Da die Ernährungslage der frühneuzeitlichen Bevölkerung in Europa gerade in dieser Phase günstig war, rückt die hohe Arbeitsbelastung von Frauen zur Erntezeit als Ursache in den Fokus. Zudem begann sich im Übergang zur Neuzeit als landwirtschaftliche Innovation der Anbau der Kartoffel durchzusetzen. Der Anteil der Frühkartoffel dürfte sich eher in Grenzen gehalten haben, da diese deutlich weniger Stärke enthält und kaum lagerfähig ist. Die Ernte der mittel-frühen Sorten fällt in den August und September, die späten Sorten werden nicht vor September geerntet, sind teilweise erst Ende November reif. Eine Schonung von Frauen ist in der agrarorientierten Grafschaft Schaumburg in arbeitsintensiven Phasen zumindest auf dem Land nicht denkbar. Der Mutterschutzgedanke setzte sich erst spät durch, bis weit in die Neuzeit wurde auf Schwangerschaften kaum Rücksicht genommen.¹³⁸⁵ Da körperliche Anstrengungen Aborte begünstigen,

¹³⁸⁴ Varizellen-Infektionen treten zwar ebenfalls vornehmlich in dieser Jahreszeit auf, fetale Schädigungen sind jedoch selten und hier quantitativ von untergeordneter Bedeutung.

¹³⁸⁵ Nach Aussagen von Frauen, die als Dorfhebammen im 20. Jahrhundert praktizierten, waren gerade die Geburten in den arbeitsintensiven Phasen des Sommers am leichtesten; vgl. TÖNGI (2002), S. 274.

können eine stärkere Einbindung von Frauen in die Feldarbeit im Juli sowie – aufgrund der zunehmenden Bedeutung des Kartoffelanbaus – in den Herbstmonaten zum Anstieg an Aborten und Totgeburten beigetragen haben.

Im Zusammenhang mit den Aborten und Totgeburten in der Grafschaft Schaumburg bestehen weiterhin viele Unklarheiten, die sowohl deren Ursachen als auch den gesellschaftlichen Umgang mit ihnen betreffen. Die saisonalen Besonderheiten deuten bereits an, dass ein ganzes Ursachenbündel in Frage kommt. Vor dem Hintergrund frühneuzeitlicher Arbeits- und Lebensbedingungen sind selbst jahreszeitlich bedingte Verstärkungen von Plazenta-, Uterus- oder Zervixinsuffizienzen denkbar. Zur jeweiligen Wirkungsintensität lässt sich keine Aussage treffen. Dasselbe gilt für tödliche Verletzungen des Kindes infolge unzulänglicher Hilfeleistungen während des Geburtsprozesses durch die Hebamme. Erst im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts bemühte sich die hessische Regierung um eine Verbesserung des Ausbildungsstandes der schauburgischen Hebammen (vgl. Kap. 3.1). Auch der genetische Faktor könnte in der Vergangenheit eine größere Rolle gespielt haben als in der Gegenwart. Der Anteil männlicher Kinder an den schauburgischen Aborten und Totgeburten liegt verglichen mit dem Geschlechterverhältnis der Lebendgeburten deutlich über dem der weiblichen. Der Grund könnte die chromosomal bedingte erhöhte Resilienz weiblicher Feten gegenüber Gendefekten sein.

Bereits in der Frühen Neuzeit hat man über Möglichkeiten zur Vermeidung von Aborten und Totgeburten nachgedacht. Im Mittelpunkt stand das Verhalten der Mütter. Von Seiten der Kirche, die in der Schwangerschaft ein Gottesgeschenk sah, wurden die Frauen ermahnt, sich so zu verhalten, dass das ungeborene Kind nicht zu Schaden kommt. Idealerweise sollten sie nach Mäßigung und Tugendhaftigkeit streben, ihre Emotionen beherrschen und schreckenerregende Anblicke vermeiden.¹³⁸⁶ Der Tod des Kindes konnte daher als Konsequenz für mütterliches Fehlverhalten ausgelegt werden. Die schauburgischen Kirchenbücher enthalten keinerlei Hinweise, die implizieren, dass der Mutter eine Mitschuld am Tod des Kindes gegeben wurde. In pietistisch geprägten Regionen lässt sich dagegen nachweisen, dass in diesen Fällen Zeichen für Verstöße gegen göttliche Gebote gesehen wurden.¹³⁸⁷ Im 18. Jahrhunderts nahm der

¹³⁸⁶ Vgl. TÖNGI (2002), S. 274 f.; VEIT (2002), S. 58.

¹³⁸⁷ Vgl. GLEIXNER (2002), S. 79 f.

Staat die schwangere Frau stärker in den Blick. Er proklamierte „die Verantwortung der Mutter gegenüber dem Gemeinwesen“¹³⁸⁸ und bemühte sich um den Schutz des ungeborenen Kindes als einem zukünftigen Staatsbürger. Der bis dahin geltende Grundsatz, wonach der Schutz der Mutter vorrangig war, wurde in Frage gestellt. Der für die Mutter risikoreiche Kaiserschnitt erhielt zunehmend den Vorzug vor einer künstlichen Geburtseinleitung.¹³⁸⁹ Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Kaiserschnitt im Gegensatz zur Embryotomie¹³⁹⁰ nicht grundsätzlich tödlich verlief.

Die moraltheologischen und staatlichen Bemühungen um Verhaltensänderungen haben nicht so tief gegriffen, dass sie von den unterschiedlichen Gesellschaftsschichten tatsächlich internalisiert worden sind. Obwohl Kirche und Staat sich seit Beginn der Frühen Neuzeit bemühten, das Sexualverhalten der Bevölkerung regelnd zu kontrollieren, konnten sie beispielsweise den teilweise rapiden Anstieg illegitimer Konzeptionen seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts nicht verhindern.¹³⁹¹ Wegen des damit verbundenen gesellschaftlichen Ehrverlusts standen die unverheirateten Gravidae unter grundsätzlichem Verdacht, Aborte absichtlich herbeizuführen zu wollen. Die Einrichtung von Gebärdkliniken zielte nicht zuletzt auf diese Personengruppe ab und ist Ausdruck erhöhten staatlichen Kontrollverlangens. Auch in der Gegenwart besteht ein erhöhtes Risiko für eine Totgeburt auf Seiten lediger, geschiedener oder verwitweter Mütter.¹³⁹²

Die schaumburgischen Kirchenbücher verweisen auf einen eher sachlichen Umgang mit Kindern, die pränatal oder unmittelbar nach der Geburt ohne vollzogene Taufe starben. In Anbetracht der enormen Säuglingssterblichkeit ist ohnehin anzunehmen, dass sich emotionale Bindungen eher langfristig aufbauten. Außerdem war das Wissen um die mit einer Schwangerschaft einhergehenden Veränderungen äußerst begrenzt. Die werdenden Eltern hatten kaum eine Vorstellung von dem im Mutterleib heranwachsenden Fetus. Im Umgang mit Schwangerschaft dürften Aberglaube und magische oder tradierte Rituale eine Rolle gespielt haben.¹³⁹³ Da es eine mit der Gegenwart

¹³⁸⁸ FILIPPINI (2002), S. 119.

¹³⁸⁹ Vgl. EBD., S. 123-127; HERSCHKORN-BARNU (2002), S. 175.

¹³⁹⁰ Die Zerstückelung eines lebenden Fetus wurde unter Medizinern geradezu als Verbrechen angesehen; vgl. HERSCHKORN-BARNU (2002), S. 182 f.

¹³⁹¹ Vgl. BECK (1983), S. 112 f. u. 125-128.

¹³⁹² Vgl. BFS (2007), S. 17 u. 22.

¹³⁹³ Vgl. VERDIER (1982), passim.

vergleichbare Auseinandersetzung mit dem noch ungeborenen Kind nicht gegeben hat, kann sich eine pränatale emotionale Bindung nur in Ausnahmefällen herausgebildet haben. Bis zum 18. Jahrhundert stand – regional unterschiedlich stark ausgeprägt – die Frage nach dem Seelenheil des ungeboren verstorbenen Kindes im Vordergrund.¹³⁹⁴

Die Medizinwissenschaft konnte viele Faktoren bestimmen, die sich negativ auf die Entwicklung des Fetus auswirken können. Unter Berücksichtigung der ärztlichen Empfehlungen passen schwangere Frauen im Allgemeinen ihr Verhalten adäquat an, um Gefährdungen des ungeborenen Kindes zu vermeiden. Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts wird zudem von staatlicher Seite mit gesetzgeberischen Mitteln auf die Förderung der Gesundheit sowohl der werdenden Mutter als auch des Kindes hingewirkt. Eltern können sich im eigentlichen Wortsinn mittlerweile ein Bild vom heranwachsenden Kind machen und es dadurch schon in einem frühen Stadium als Individuum entdecken. Die tiefempfundene Trauer von Eltern im Falle eines Aborts oder einer Totgeburt ist eine ganz und gar moderne Erscheinung. Maßgeblich beeinflusst wurde die Herausbildung dieser Einstellung durch den Geburtenrückgang in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Durchschnittliche Geburtenzahlen von 1,5 oder weniger pro Frau führten dazu, dass man dem einzelnen Kind bereits während der Phase der Schwangerschaft sehr viel mehr Aufmerksamkeit entgegenbringt als in der Vergangenheit. Diese Entwicklung wiederum lässt sich auf den Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurückführen. Noch im ausgehenden 19. Jahrhundert erreichten 40–50 % der Kinder nicht das Erwachsenenalter. Erst mit dem Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit lagen die Voraussetzungen für die Senkung der Geburtenrate vor, was schließlich die Bindung der Eltern an das einzelne, mitunter noch ungeborene Kind festigte.

¹³⁹⁴ Beispielsweise ist die pietistische Frömmigkeit in ihrer strengen Ausrichtung eine Erscheinung vornehmlich des gebildeten städtischen Bürgertums; vgl. GLEIXNER (2002), S. 85 f.

3.3 Kinderkrämpfe

Seit der Jahrtausendwende wirbt die WHO verstärkt für das mütterliche Stillen von Kindern bis zur Vollendung ihres 2. Lebensjahres.¹³⁹⁵ Normalgewichtige Babys sollen in den ersten 6 Monaten ausschließlich gestillt werden. In der Muttermilch seien nicht nur alle Nährstoffe erhalten, die ein Baby benötige; sie sei auch ein natürlicher Schutz vor einer Reihe von Erkrankungen, denen Kinder besonders in ihrer frühen Lebensphase ausgesetzt sind. Anlass für den Aufruf der WHO ist das Sinken der Stillbereitschaft weltweit. Besonders ausgeprägt ist dies in den Industrienationen, wo gerade während der Säuglingsphase¹³⁹⁶ die niedrigsten Stillraten beobachtet werden. Dieser Trend verwundert auf den ersten Blick. Angesichts der Tatsache, dass die Qualität industriell gefertigter Lebensmittel in jüngerer Zeit zunehmend kritisch hinterfragt wird, wäre eine vermehrte Hinwendung zum Stillen als der biologisch gemäßen Form der Säuglingsernährung zu erwarten gewesen. Dem stehen jedoch die Anforderungen des Arbeitslebens entgegen. Da die Anpassung der modernen beruflichen Strukturen an die Erfordernisse von Mutterschaft noch nicht hinreichend umgesetzt ist, mindern Schwangerschaft und Säuglingsbetreuung oftmals die weiblichen Karrierechancen. Das Selbststillen bindet die Mutter und kostet Zeit, die Ernährung eines Säuglings auf künstlichem Wege kann anderen Betreuungspersonen, beispielsweise den Vätern, übertragen werden. Meinungsverschiedenheiten über die Möglichkeiten der Säuglingsernährung werden mittlerweile auch im Internet ausgetragen. Die Diskussionen verlaufen bisweilen sehr kontrovers. Frauen, die ihre Kinder nicht oder nicht durchgehend stillen, fühlen sich als Rabenmütter diffamiert, die Befürworterinnen des Selbststillens sehen sich unter Ideologieverdacht gestellt.

¹³⁹⁵ Vgl. allg. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Darüber hinaus gibt es im Internet eine Fülle von Artikeln, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen. In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf die Rezeption einer Veröffentlichung der britischen Fachzeitschrift *The Lancet* aus dem Januar 2016 verwiesen, in der gestützt auf eine größere Anzahl jüngerer Studien die Zahl der dadurch zu vermeidenden Todesfälle hochgerechnet wurde: „Increasing breastfeeding worldwide could prevent over 800000 child deaths and 20000 deaths from breast cancer every year“ [http://www.eurekalert.org/pub_releases/2016-01/tl-tli012716.php – letzter Zugriff: 2023-11-12.].

¹³⁹⁶ Als Säugling gilt ein Kind in der Phase von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres; vgl. PSCHYREMBEL ONLINE – letzter Zugriff: 2021-09-15.

Engagierte Diskussionen über das Pro und Contra des Selbststillens sind keine Erfindung der Neuzeit. Bereits im 18. Jahrhundert gab es eine Auseinandersetzung, die öffentlich indes ausschließlich von Männern geführt wurde.¹³⁹⁷ Die betroffenen Mütter hatten keine Publikationsmöglichkeiten, über ihre persönlichen Motive insbesondere im Fall einer Ablehnung des Selbststillens können nur Vermutungen angestellt werden. Zumindest in den gehobenen gesellschaftlichen Schichten war es lange üblich, den Säugling einer bezahlten Amme zu überantworten. Das Fremdstillen könnte sich ursprünglich als Imitation einer adeligen Verhaltensweise durchgesetzt haben.¹³⁹⁸ Durch den Effekt der Laktationsamenorrhoe werden aufgrund von hormonellen Veränderungen bei stillenden Müttern mindestens bis zu einem halben Jahr nach der Niederkunft der Eisprung und damit eine frühzeitige Schwangerschaft verhindert. Aufgrund seiner dynastischen und politischen Ziele hatte der Adel ein Interesse an einer möglichst hohen Kinderzahl. Der Laktationsamenorrhoe ließ sich durch das Fremdstillen begegnen. In der öffentlichen Debatte wurde gerade dieser Effekt nicht thematisiert, obwohl die Gesundheit der Frau im Mittelpunkt des Diskurses stand. Argumntiert wurde damit, dass das Stillen kräftezehrend sei. Das Fremdstillen sollte die Mutter entlasten, ihre Gesundheit schonen. Frauen wurde, etwa durch Hebammen, sogar ausdrücklich vom Stillen abgeraten.¹³⁹⁹

Als sich im Zuge der Aufklärung die gesellschaftlichen Vorstellungen von Kindererziehung und Mutterschaft zu wandeln begannen, wurde zunehmend Kritik an der Praxis des Fremdstillens geäußert. Weil die Sterblichkeit auch unter den fremdgestillten Kindern hoch war, stieg das Misstrauen gegenüber dem Ammenwesen. Man verdächtigte die aus den unteren Gesellschaftsschichten stammenden Ammen, die ihnen anvertrauten Kinder zu vernachlässigen.¹⁴⁰⁰ Das Stillen wurde propagiert als „heiligste Pflicht der Mutter“¹⁴⁰¹, von der nur abgewichen werden dürfe, wenn die Mutter selbst erkrankt sei. Man warnte, dass die Abkehr vom Stillen als einer von der Natur vorgegebenen Funktion die Mutter selbst krank machen würde.¹⁴⁰² Vor dem 19. Jahrhundert

¹³⁹⁷ Vgl. allg. FUES (1991).

¹³⁹⁸ In Nachahmung antiker Traditionen soll sich das Fremdstillen, das zuvor lange ungebräuchlich war, zur Zeit der Renaissance in den gehobenen gesellschaftlichen Schichten verbreitet haben; vgl. ALT (2002), S. 227.

¹³⁹⁹ Vgl. GROSS (1998), S. 224 f.

¹⁴⁰⁰ Vgl. MOST (1839), S. 50 u. 72; WEBER-KELLERMANN (1979), S. 44 f.; KOHL (1985), S. 139 f.

¹⁴⁰¹ SIEBOLD (1841), S. 610; vgl. auch OEHME (1986), S. 67.

¹⁴⁰² Vgl. MOST (1839), S. 37-40.

war der Einfluss der Ärzteschaft auf das öffentliche Bewusstsein gering. Größere Aufmerksamkeit im Rahmen der Kontroverse Selbststillen versus Fremdstillen erzielte der Philosoph und Schriftsteller Jean-Jaques Rousseau mit seinem 1764 erschienenen Erziehungsroman „Emile“.¹⁴⁰³ Eine direkte Wirkung entfalteten die Rousseau'schen Gedanken zur Naturphilosophie freilich vorrangig innerhalb literarisch gebildeter Kreise.

Im Zuge der fortschreitenden Medikalisierung im 19. Jahrhundert wurde die Debatte um das Stillen versachlicht. Der Schwerpunkt lag auf der Frage nach der angemessenen Säuglingsernährung. Denn nun sah man in der hohen Sterblichkeit unter den Säuglingen eine unmittelbare Folge von Ernährungsfehlern. Und tatsächlich bildet eine der am häufigsten diagnostizierten Todesursachen unter Säuglingen gleichzeitig die begriffliche Umschreibung eines Symptoms, das nicht selten durch Nahrungsmittelunverträglichkeiten hervorgerufen wird: Krämpfe. Guersent/Blache (1837) beschreiben die Symptomatik sehr eindrucksvoll:

„Zuweilen wird der ganze Körper während des Anfalls durch die heftigsten Stöße erschüttert; das Bewusstseyn ist gänzlich erloschen, die Respiration behindert, schaumiger Schleim tritt zuweilen über die Lippen, oder bringt in der Luftröhre ein mehr oder weniger lautes Röcheln hervor. Das Gesicht ist in der Regel roth, zuweilen blass, fast immer heiss und mit Schweiß bedeckt, die Lippen sind bläulich, die Drosseladern sehr erweitert, der Herzschlag ungeordnet, der Puls außerordentlich schnell.“¹⁴⁰⁴ (S. 317)

Charakteristisch für die Todesursache Krämpfe sind sowohl ihre Häufigkeit als auch der Umstand, dass in erster Linie Säuglinge davon betroffen waren. Eine Erhebung der preußischen Städte im Jahre 1877 hat ergeben, dass 73 % der Todesfälle, die als gastrointestinal verursacht galten, Kinder in ihrem 1. Lebensjahr betrafen.¹⁴⁰⁵

Begriffliche Klärung

Gründend auf dem nosologischen Ansatz, wonach Krankheiten nach den äußeren Symptomen bezeichnet wurden, finden sich neben Krämpfen auch Begriffe wie Jammer

¹⁴⁰³ Vgl. OEHME (1984), S. 35.

¹⁴⁰⁴ GUERSENT/BLACHE (1837), S. 317.

¹⁴⁰⁵ Vgl. VÖGELE (2001a), S. 34.

oder Zuckungen. In einigen Regionen war der Begriff Gichter[n] verbreitet: „Als ‚Gichtlein‘ wurden ‚kleine Krankheitsschelme‘ bezeichnet, die die Kinder mit ‚Schäuerchen‘ und ‚Stäupchen‘ quälten. Ebenso konnte der Plural ‚Gichter‘ sowohl für die Krankheitserscheinungen selbst, als auch für die verursachenden ‚Krankheitsgeister‘ stehen, die im Volksmund auch den Namen ‚Elben‘ führten (...).“¹⁴⁰⁶ Daneben wurde Gichter[n] als Synonym für die Epilepsie verwendet. Denn die Krämpfe der Säuglinge galten unter anderem als eine Vorstufe der Epilepsie oder Fallsucht.¹⁴⁰⁷ Weil der schmerzhafte Durchbruch der ersten Zähne zeitlich mit dem Auftreten der Krämpfe zusammenfiel, glaubte man hier ebenfalls eine Verbindung zu erkennen.¹⁴⁰⁸ Daher tauchen unter den Todesursachen Begriffe wie Zahnkrämpfe oder (schweres) Zahnen¹⁴⁰⁹ auf.

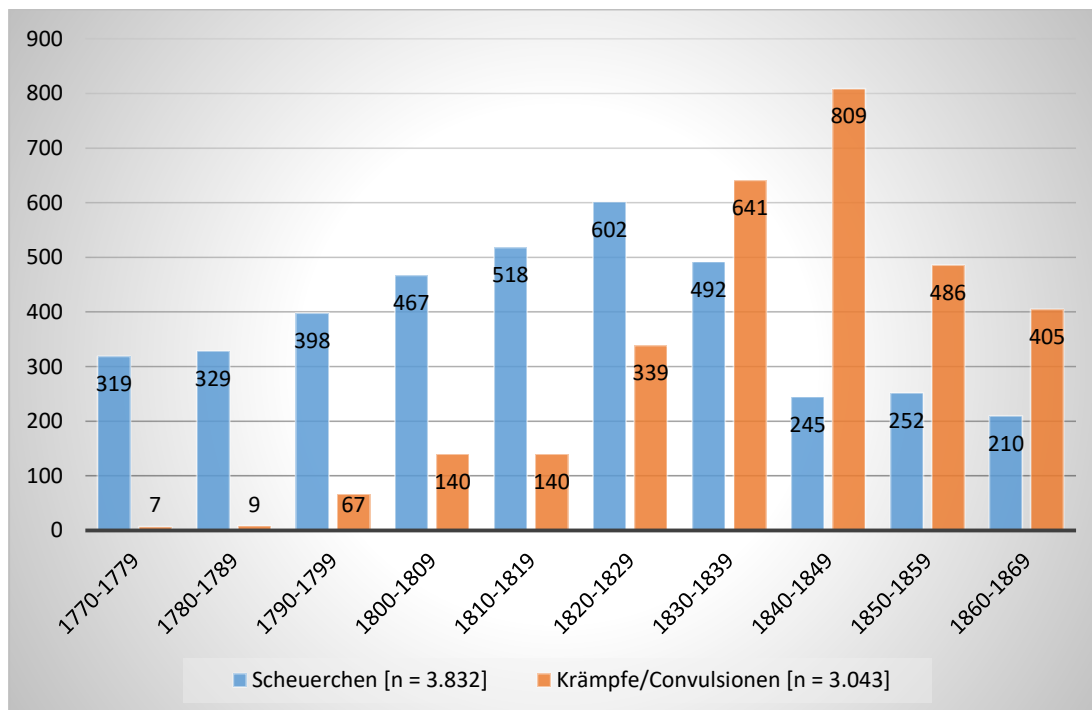


Abb. 77: Scheuerchen und Krämpfe/Convulsionen – terminologische Ablösung in der Grafschaft Schaumburg (1770–1869)

¹⁴⁰⁶ SCHNEBLE (1987), S. 87.

¹⁴⁰⁷ Vgl. OEHME (1986), S. 57.

¹⁴⁰⁸ Vgl. BIELKE (1986), S. 178.

¹⁴⁰⁹ Die fachmedizinische Umschreibung lautet Dentitio difficilis; vgl. OEHME (1986), S. 48.

Die vorgenannten Todesursachen sind auch in den schauburgischen Kirchenbüchern registriert. In der Regel wurden sie beim Tod von Säuglingen oder Kleinkindern verwendet. Die meistverzeichneten sind *Scheuerchen*¹⁴¹⁰ und *Krämpfe* bzw. *Convulsionen*. Ein Vergleich der quantitativen Entwicklung belegt, dass diese Begriffe dieselbe Todesursache umschreiben (**Abb. 77**): *Scheuerchen* bzw. seine niederdeutschen Varianten waren im 17. Jahrhundert in Schaumburg gebräuchlich. *Krämpfe* erscheint überwiegend in den Sterberegistern der südlichen Kirchspiele, war aber im 18. Jahrhundert noch unüblich. Die dem Lateinischen entlehnte Variante *Convulsionen* ist selten, findet sich zumeist in den Städten Rinteln und Hessisch Oldendorf sowie dem Kirchspiel Grove (Rbg). Im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts erfolgte im Zuge der allmählichen Verdrängung des Niederdeutschen im Schriftsprachlichen schließlich auch die Ablösung des lange dominierenden Begriffs *Scheuerchen* durch *Krämpfe*.¹⁴¹¹

Die in anderen Regionen bevorzugten Todesursachen *Zuckungen*, *Gichtern*, *Zahnen*, *Jammer* sowie *Epilepsie* fallen in Schaumburg quantitativ kaum ins Gewicht. Teilweise wurden sie zeitlich parallel verwendet (**Abb. 78**). Ihr Erscheinen bzw. Verschwinden fällt immer wieder mit einem personellen Wechsel innerhalb einer Pfarre zusammen.¹⁴¹² So kommt beispielsweise die Todesursache *Scheuerchen* in den Registern der Jahre 1793–1824 in Grove (Rbg) überhaupt nicht vor. Stattdessen wurde in diesem Zeitraum, an dessen Beginn ein neuer Pastor¹⁴¹³ sein Amt antritt, zumeist der Begriff *Zuckungen* notiert.¹⁴¹⁴ Ähnlich verhält es sich in anderen Kirchspielen. *Zuckungen* beispielsweise wurde nur während begrenzter Zeiträume und – neben Grove (Rbg) – lediglich in den Kirchspielen Hessisch Oldendorf (1776–1815) und Fuhlen¹⁴¹⁵

¹⁴¹⁰ Im Sinne von Schau[d]er oder Erschauern. In Schaumburg waren eher die niederdeutschen Varianten [*Kinder*]schürchen, -schürken, -schücken. gebräuchlich.

¹⁴¹¹ Für das Kirchspiel Grove (Rbg) konnten zeitlich weiterführende Register eingesehen werden. Der Begriff *Krämpfe* wird mindestens bis 1910 als Todesursache vermerkt.

¹⁴¹² Im mindischen Kirchspiel Schlüsselburg wurde in den 1780er Jahren anstelle der Todesursache [*Kinder*]schürchen bis zu einem personellen Wechsel *Epilepsie* verwendet.

¹⁴¹³ 1793 übernimmt der vormals zweite Pastor aus Hessisch Oldendorf, Franz Wilhelm Sander, die Pfarrstelle in Grove (Rbg).

¹⁴¹⁴ Mit dem neuen Pastor erscheinen in diesem Kirchspiel erstmals die Begriffe *Convulsionen*, *Krämpfe* und *convulsivische Krämpfe*.

¹⁴¹⁵ In Fuhlen deckt sich die Verwendung des Begriffs vollständig mit der Amtszeit des damaligen Pastors, Gottwerth Kahler, der wie der Grover Pastor Franz Wilhelm Sander ebenfalls zuvor zweiter Pastor in Hessisch Oldendorf war.

(1814–23) registriert. *Gichtern* erscheint zwischen 1793 und 1835 im Norden des Untersuchungsgebiets vornehmlich im Kirchspiel Grove (Rbg).¹⁴¹⁶ *Zahnen* mit Varianten¹⁴¹⁷ findet sich außer in Rinteln ebenfalls nur in den nördlichen Kirchspielen, gehäuft in Sachsenhagen. [*Kinder*]jammer kommt ausschließlich im Kirchspiel Fuhlen vor. Lediglich die Registrierung von *Epilepsie* als Todesursache erfolgte während des gesamten Untersuchungszeitraums kirchspielübergreifend.

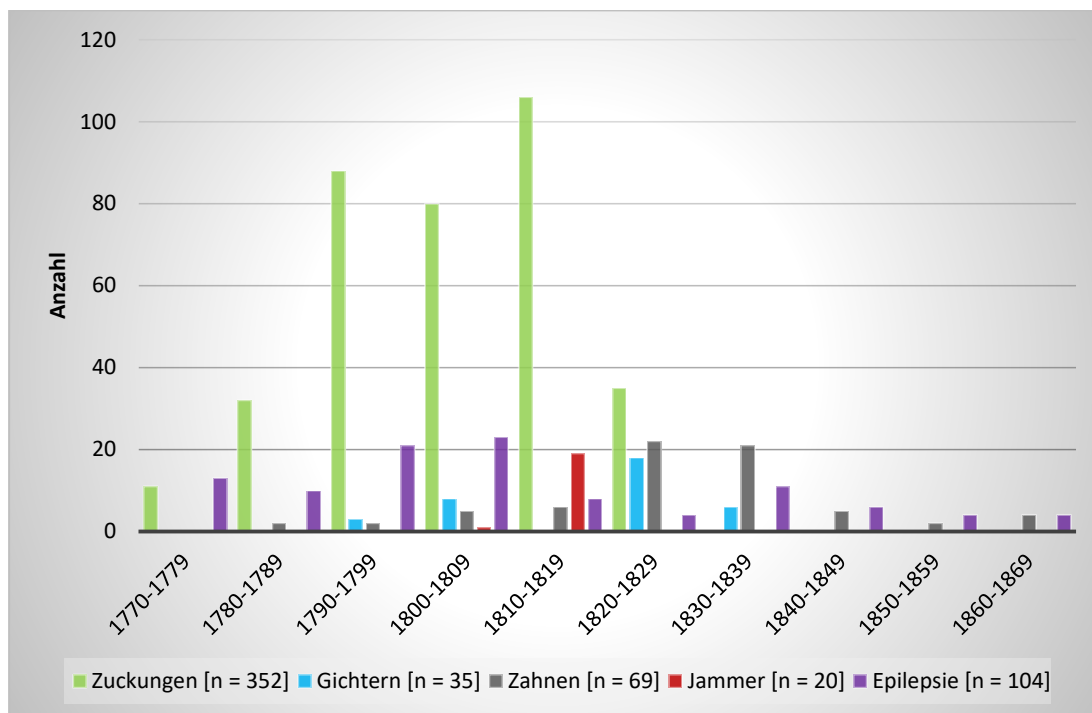


Abb. 78: Zuckungen, Gichtern, Zahnen, Jammer und Epilepsie im Zehn-Jahres-Schnitt (1770–1869) in Absolutzahlen

Weder *Scheuerchen* und *Krämpfe* noch eines ihrer regionalspezifischen Synonyme werden in Schaumburg ausschließlich beim Tod von Säuglingen und Kindern verzeichnet. Doch mit Ausnahme der Todesursache *Epilepsie* ist der Anteil der Altersgruppen, beginnend mit den Kleinkindern, die im 3. Lebensjahr verstorben sind, außergewöhnlich gering (**Abb. 79**). Eine leichte Abweichung ist lediglich bei *Zahnen* festzustellen. Als Todesursache wurde es vornehmlich bei Kindern im 2. Lebensjahr diagnostiziert, obwohl zu diesem Zeitpunkt die problematische Phase der lactealen

¹⁴¹⁶ Insgesamt 36 Belege, davon 2-mal mit *Masern*, 2-mal mit *Brustfieber* sowie 1-mal mit *Stickhus-*
ten.

¹⁴¹⁷ *Zahnruhr*, *Zahnfieber*, *Zahnkrämpfe* und (*schweres*) *Zahnen*.

dentition, die mit dem schmerzhaften Durchbruch der ersten Zähne einhergeht, zu-
meist ihren Abschluss gefunden hatte. *Krämpfe* unterscheidet sich von *Scheuerchen*,
Zuckungen, *Gichter*[n], *Jammer* oder *Zahnen* insofern, als dass diese als Todesursache
– selten – auch bei Erwachsenen diagnostiziert wurden. Diese Todesursachen scheinen
als ein identisches Leiden aufgefasst worden zu sein, das vorzugsweise innerhalb der
ersten beiden Lebensjahre auftritt und symptomatisch durch krampfartige Zustände
charakterisiert ist. Im Folgenden werden diese Todesursachen – mit Ausnahme von
Epilepsie – unter dem Oberbegriff *Kinderkrämpfe* zusammengefasst.

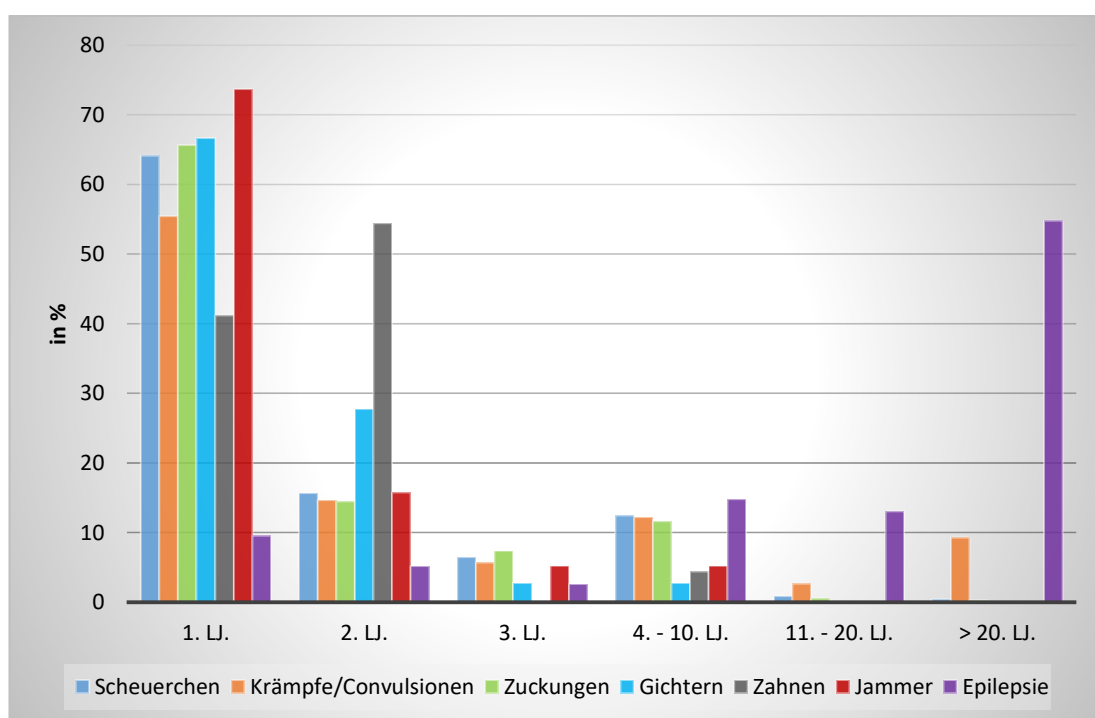


Abb. 79: Kinderkrämpfe – Vergleich der Todesursachen nach Altersgruppen (1750–1869) in Prozent

Die Zeitgenossen haben das chronische Nervenleiden Epilepsie trotz symptomatischer Ähnlichkeit als eigenständige Krankheit erkannt.¹⁴¹⁸ Der Unterschied zwischen der Epilepsie und den Krämpfen, die Kinder als Folge von Fieber oder Fehlernährung erleiden („De spasmo puerorum“), wurde bereits im Mittelalter beschrieben. Im 19. Jahrhundert hatte sich die Überzeugung durchgesetzt, dass die „Ekkampsie der Kinder“ von der Epilepsie abzugrenzen ist.¹⁴¹⁹ Auch in Schaumburg betreffen rund 55 % der Registrierungen mit Todesursache *Epilepsie* Menschen, die zum Zeitpunkt ihres Todes

¹⁴¹⁸ Vgl. OEHME (1986), S. 49; SCHEIBENREITER (2008), S. 17 f.

¹⁴¹⁹ Vgl. GUERSENT/BLACHE (1837), S. 312 f.

mindestens 20 Jahre alt waren. Im Gegensatz zu den auffallend geringen Anteilen der Säuglinge und Kleinkinder wurde *Epilepsie* bei relativ vielen Kindern und Jugendlichen registriert. Darüber hinaus ergibt ein Vergleich der seasonspezifischen Sterblichkeit deutliche Abweichungen (**Abb. 80**). Die Todesursache *Epilepsie* aus den schaum-burgischen Kirchenbüchern bildet weder einen durchgehenden Mortalitätsgipfel im Frühjahr noch einen beginnenden kontinuierlichen Anstieg der Sterblichkeit im Hochsommer ab. Ein charakteristisches Muster lässt sich für *Epilepsie* nicht feststellen. Dass die Todesursache *Epilepsie* aufgrund einer symptomatischen Ähnlichkeit bisweilen synonym für Kinderkrämpfe verwendet worden ist, lässt sich nicht ausschließen. Doch dürften sich diese Fälle auf den Tod in einer frühen Lebensphase beschränken.

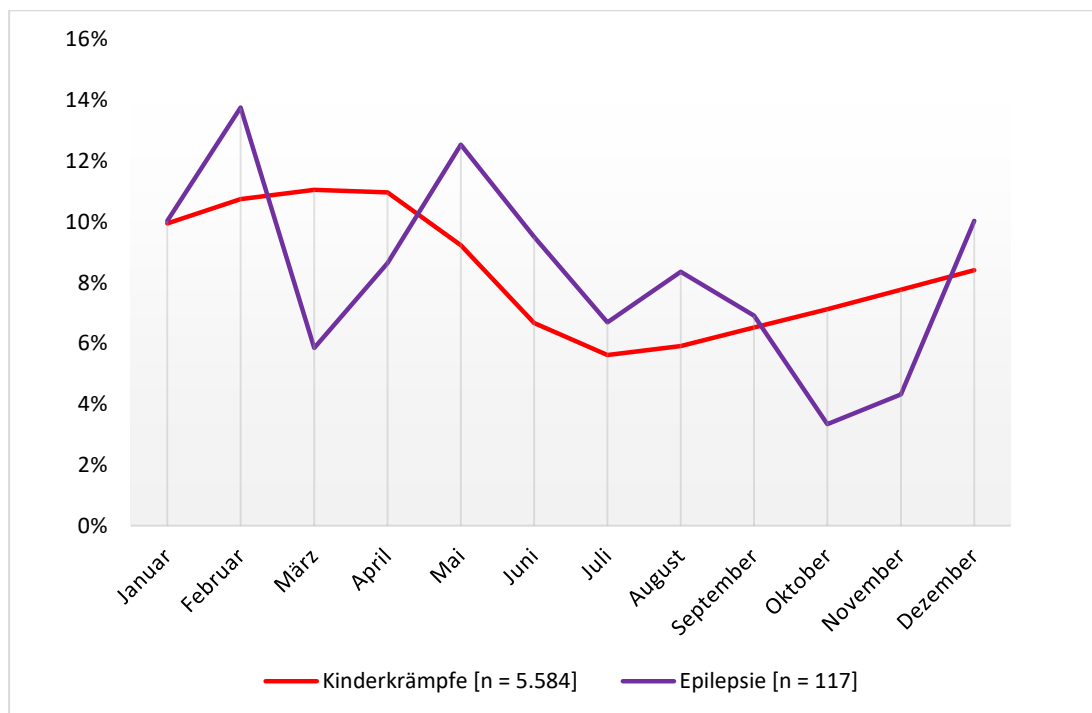


Abb. 80: Kinderkrämpfe und Epilepsie im saisonalen Vergleich (1750–1869) in Prozent

Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit

Die Varianten der Kinderkrämpfe wurden in Schaumburg zumeist bei Säuglingen registriert. Bereits im ausgehenden Kleinkindalter fallen sie als Todesursache statistisch kaum noch ins Gewicht. Ein Vergleich der Gruppe der Kinder, die bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres daran verstorben sind, macht dies deutlich (**Abb. 81**): Fast genau die Hälfte von ihnen ist innerhalb des ersten halben Lebensjahres verstorben. Der An-

teil der Kinder, die 6–24 Monate alt wurden, beträgt ein Drittel. Lediglich 16,1 % dieser Kinder erreichten ein Alter zwischen 2 und 6 Jahren. Die Kinderkrämpfe stellen sich damit als ein Phänomen der Säuglingsphase dar.

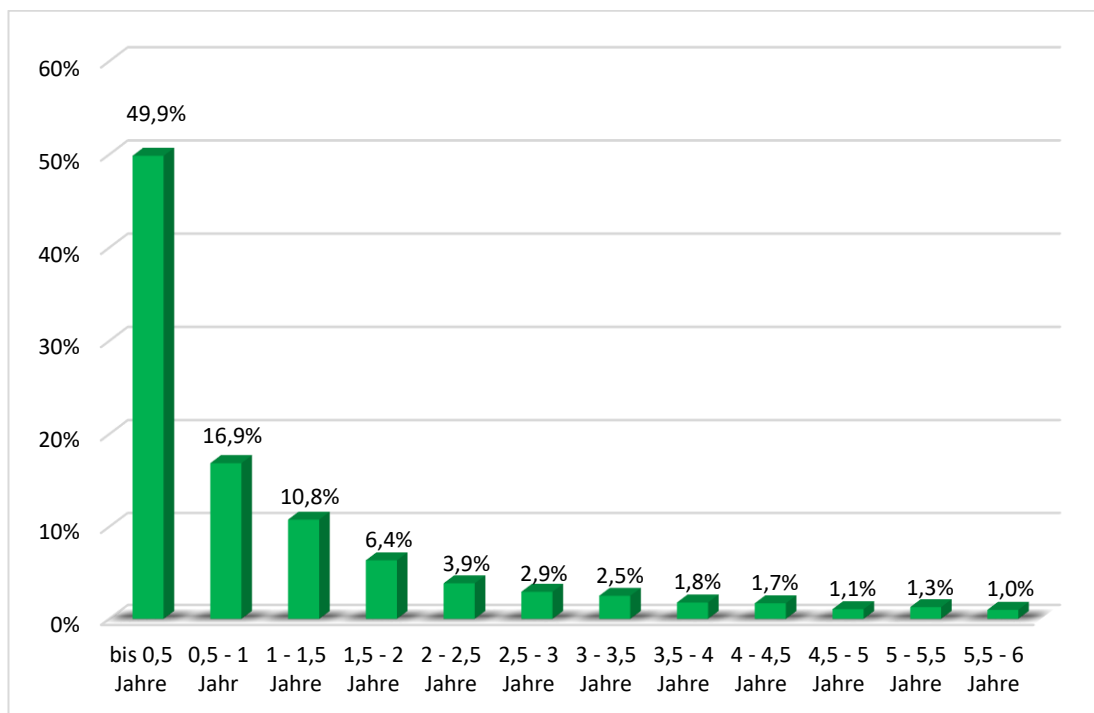


Abb. 81: Kinderkrämpfe – Sterblichkeit in den ersten 6 Lebensjahren (1750–1869; n = 7.139) in Prozent

Darüber hinaus ergibt sich im Vergleich der Sexualproportionen der ersten beiden Lebensjahre in Vierteljahres-Schritten zunächst eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit auf Seiten der Jungen, die deren Geburtenüberschuss (vgl. Kap. 2.3.3) deutlich übersteigt (**Tab. 16**). Die schauburgischen Säuglinge männlichen Geschlechts bilden bei den Kinderkrämpfen eine Gruppe mit erhöhter Vulnerabilität. Erst im Laufe des 2. Lebensjahres kehrt sich die Sexualproportion um. Allerdings verlieren die Kinderkrämpfe in diesen Altersgruppen quantitativ an Gewicht.

Tabelle 16

Kinderkrämpfe – Sexualproportionen in den ersten beiden Lebensjahren in Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Vierteljahr			5. Vierteljahr		
[n = 2.495]	139,7	100	[n = 441]	102,3	100
in %	58,3	41,7	in %	50,6	49,4
2. Vierteljahr			6. Vierteljahr		
[n = 924]	127,6	100	[n = 310]	105,3	100
in %	56,06	43,94	in %	51,3	48,7
3. Vierteljahr			7. Vierteljahr		
[n = 594]	120,8	100	[n = 245]	96,0	100
in %	54,7	45,3	in %	49,0	51,0
4. Vierteljahr			8. Vierteljahr		
[n = 591]	127,3	100	[n = 196]	88,5	100
in %	56,0	44,0	in %	46,9	53,1

Verengt man den Blick auf die ersten beiden Lebensmonate, ergibt sich die höchste Gefährdung für die Säuglinge durch Kinderkrämpfe innerhalb von 14 Tagen nach Geburt (**Abb. 82**). Auch in den folgenden 3 Wochen bestand ein hohes Risiko. Erst ab der 6. Lebenswoche sinken die Werte etwas. Zwei Drittel aller Kinder, die in ihrem 1. Lebensjahr starben und mit Angabe der Todesursache in den Jahren 1750–1869 in einem schauburgischen Kirchenbuch verzeichnet worden sind, litten an Kinderkrämpfen.¹⁴²⁰ Festzuhalten bleibt zunächst, dass die schauburgischen Kinder während der Säuglingsphase in besonderem Maße gefährdet waren, an einer der Todesursachen, die als Kinderkrämpfe zusammengefasst wurden, zu sterben. Erst im Laufe des 2. Lebensjahres sank die Bedrohung.

¹⁴²⁰ Kinderkrämpfe in Kombination mit mindestens einer weiteren Todesursache werden in 3,4 % aller Fälle aufgeführt. Bei 32,6 % dieser Kinder ist eine Todesursache verzeichnet, die nicht dem Komplex Kinderkrämpfe zugeordnet werden kann.

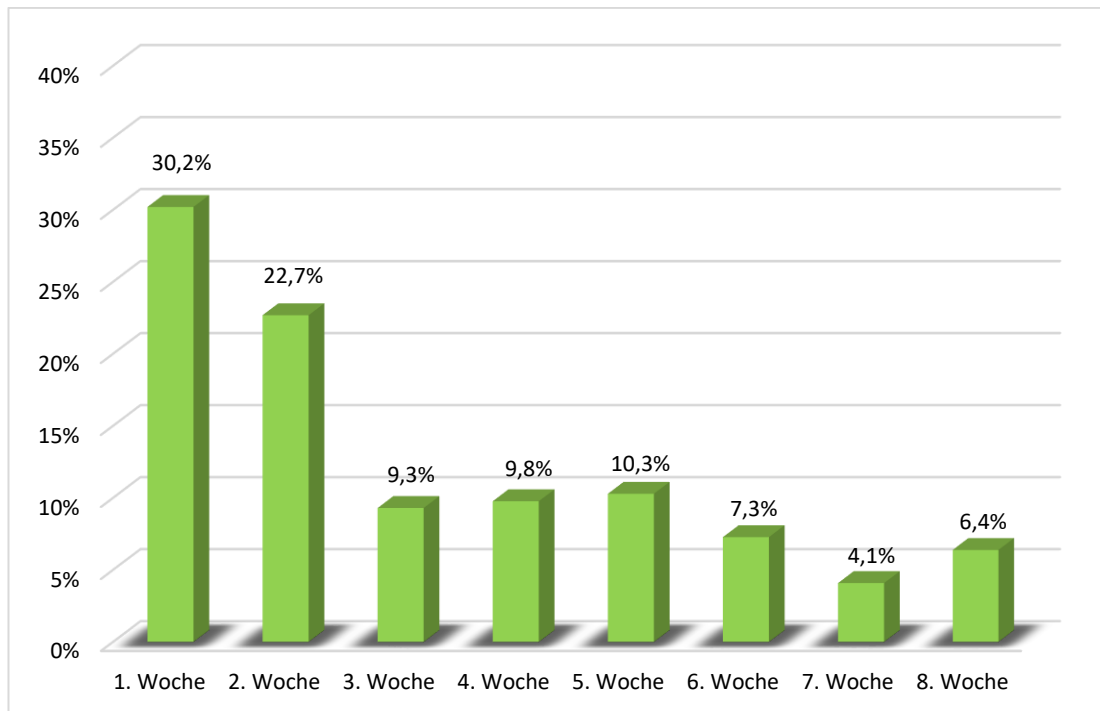


Abb. 82: Kinderkrämpfe – Sterblichkeit in den ersten beiden Lebensmonaten (1750–1869; n = 2.129) in Prozent

Quantitative Entwicklung der Säuglingssterblichkeit

Kennzeichnend für die frühneuzeitliche Säuglingssterblichkeit ist eine große regionale Varianz.¹⁴²¹ Im norddeutschen Raum war sie etwas geringer. Dort starben zwischen 9 und 25 % aller Kinder innerhalb des 1. Lebensjahres, in den süddeutschen Territorien umfasste die Bandbreite bis zu 50 %. In den Städten tendierten die Werte zwischen 20 und 30 %. Im schauburg-lippischen Lindhorst verstarben im 18. Jahrhundert mindestens 15 % der Lebendgeborenen innerhalb des 1. Lebensjahres.¹⁴²² An der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert wurde mit 25,2 % der höchste Wert erreicht, im 19. Jahrhundert lag die Säuglingssterblichkeit im Kirchspiel Lindhorst bei 16–18 %. Stichprobenweise¹⁴²³ wurden für einige Kirchspiele der Grafschaft Schaumburg zusätzlich die Geburten ausgezählt, um die Säuglingssterblichkeit in den Zeiträumen¹⁴²⁴ 1670–

¹⁴²¹ Vgl. BURRI (1978), S. 49 u. 140; HINRICHS/NORDEN (1980), S. 63 f; FRANCOIS (1982), S. 28; GEHRMANN (1984), S. 133; NORDEN (1984), S. 63–65; ZSCHUNKE (1984), S. 162; KOHL (1985), S. 128 f.; RÖDEL (1985), S. 205; ENGEL (1990), S. 71; MEDICK (1997), S. 356–358; ALT (2002), S. 235; VOGEL ANNA-CAROLINA (2011), S. 82.

¹⁴²² Vgl. ROTHE (1998), S. 141.

¹⁴²³ Die Quellen unterscheiden sich in ihrer Qualität. Neben gelegentlichen Phasen der Unterregistrierungen tritt in den Sterberegistern des 17. und 18. Jahrhunderts häufig das Problem auf, dass das Alter der Verstorbenen nicht dokumentiert wurde. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden jeweils nur diejenigen Phasen berücksichtigt, in denen die Zuordnung der Verstorbenen zu einer Altersgruppe durchgehend möglich ist.

¹⁴²⁴ Zur Auswahl der Zeiträume vgl. Kap. 2.3.2.

99, 1700–29, 1750–79, 1790–1819, 1820–49 und 1850–69 zu ermitteln: Die Werte in den schauburgischen Kirchspielen bewegen sich zwischen rund 12 und 20 % und ordnen sich damit in den allgemeinen Befund für die norddeutschen Territorien ein. Unterschiede zwischen städtischen und rein ländlichen Kirchspielen bestehen in Schaumburg nicht. Die zeitlichen Phasen unterscheiden sich nur dahingehend, dass die Werte für 1670–99 und 1850–69 tendenziell erhöht sind. Die höchste Säuglingssterblichkeit mit 19,8 % wurde im Zeitraum 1670–99 in Grove (Rbg) festgestellt. Im Kirchspiel Fischbeck liegt sie mit 13,7 % indes deutlich darunter. Eine ähnlich hohe Säuglingssterblichkeit wie im Kirchspiel Lindhorst an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert wurde in keinem der berücksichtigten schauburgischen Kirchspiele registriert. Die ermittelten Werte im Zeitraum 1790–1819 bewegen sich zwischen 11,6–14,4 %.

In einem weiteren Schritt wurden die verstorbenen Säuglinge bestimmten Altersgruppen zugeordnet. Geborene, die in der 1. Lebenswoche verstarben, bilden eine Gruppe. Die Todesursache lautet häufig [*Kinder*]schwäche o. ä. Auch nach Abschluss der perinatalen Phase ist die Sterblichkeit zunächst deutlich erhöht (siehe unten). Einer weiteren Gruppe wurden daher alle Kinder zugeordnet, die in der 2.–5. Lebenswoche verstorben sind. Die dritte Gruppe setzt sich aus den Geborenen zusammen, die innerhalb der 6.–52. Lebenswoche verstorben sind. Zum Zwecke des Vergleichs wurde noch eine vierte Gruppe gebildet. Ihr wurden alle Kinder zugeordnet, die in ihrem 2. Lebensjahr verstorben sind, also nicht mehr zu den Säuglingen im eigentlichen Sinne zählen. Die Mortalität dieser Altersgruppen in drei Zeiträumen, in denen Geburten und Todesfälle im Kirchspiel Grove (Rbg) zuverlässig registriert worden sind, wurde miteinander verglichen (**Abb. 83**): Im ausgehenden 17. Jahrhundert war das Leben der Kinder in ihrem 1. Lebensjahr deutlich gefährdeter als in den jüngeren Zeiträumen. Die Säuglingssterblichkeit im 19. Jahrhundert entspricht relativ genau derjenigen in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Der Anteil der Kinder, die in ihrem 2. Lebensjahr verstorben sind, ist dagegen im 19. Jahrhundert gesunken. Auffallend ist darüber hinaus, dass jeweils rund ein Drittel der Säuglinge bereits innerhalb der ersten 5 Lebenswochen verstorben sind.

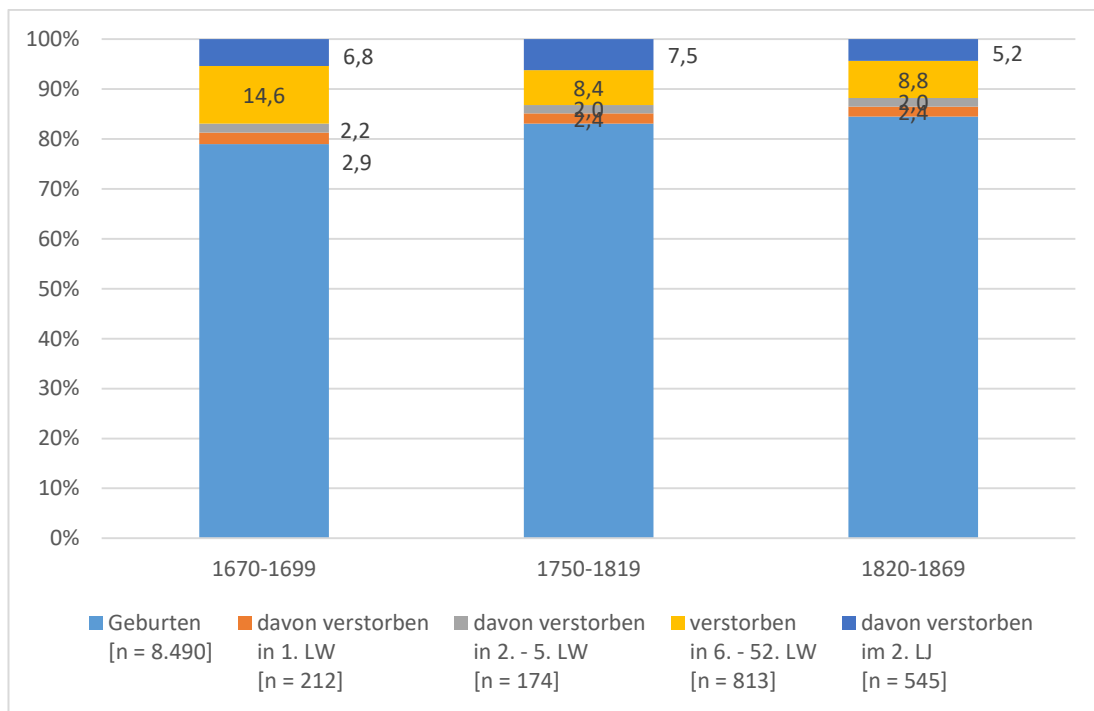


Abb. 83: Säuglingssterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) – Vergleich dreier Zeiträume (1670–1869) in Prozent

Wenngleich die stichprobenweise erhobenen Daten aus anderen schauburgischen Kirchspielen innerhalb einer gewissen Bandbreite schwanken, ist die Abweichung zu den für Grove (Rbg) ermittelten unerheblich. Die Unterschiede vergrößern sich jedoch, wenn man die Zeiträume verkleinert. Offensichtlich wird dies im Mortalitätsvergleich der vier Altersgruppen im Zehn-Jahres-Schnitt (**Abb. 84**): 1670–79 liegt der Anteil der Geborenen, die innerhalb der 6.–52. Lebenswoche verstorben sind, bei 18,2 %, 1810–19 ist er auf 8,1 % gesunken. 1760–69 sterben lediglich 1,1 % der Geborenen innerhalb der 2.–5. Lebenswoche, 1860–69 hat sich der Wert mit 4,5 % mehr als vervierfacht. Der Anteil der Kinder, die in ihrem 2. Lebensjahr verstorben sind, weist 1700–09 und 1770–79 auffällige Gipfel auf, während sich die Trends der anderen Altersgruppen gegenläufig verhalten. Die prozentualen Anteile der Altersgruppen beziehen sich jeweils auf die Zahl der Geburten innerhalb einer Dekade. Die Mortalitätsgipfel wurden also nicht durch Schwankungen der Geburtenzahlen hervorgerufen, sondern haben andere Ursachen

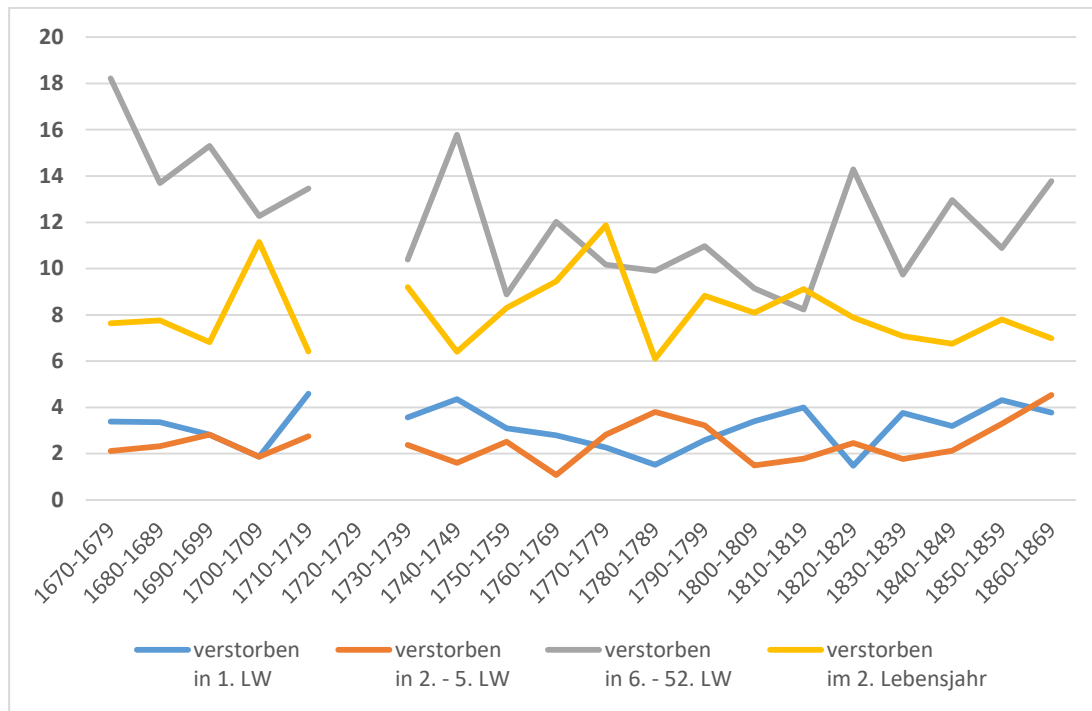


Abb. 84: Säuglingssterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) nach Altersgruppen im Zehn-Jahres-Schnitt (1670–1869) in Prozent

Dass einige der markantesten Mortalitätsgipfel in das 18. Jahrhundert fallen, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Säuglingssterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) in dieser Phase vergleichsweise gering war. Ersichtlich wird dies, wenn man nur die prozentualen Anteile der Gruppe der Geborenen, die nach Vollendung des 2. Lebensjahres gestorben sind, betrachtet (**Abb. 85**).¹⁴²⁵ Beginnend mit dem ausgehenden 17. Jahrhundert steigen die Werte zunächst tendenziell an; der Höchstwert wird in den Jahren 1780–89 erreicht. Das bedeutet, dass die Säuglingssterblichkeit in dieser Dekade am geringsten war. Im Laufe des 19. Jahrhunderts nimmt die Säuglingssterblichkeit zu, denn die prozentualen Anteile der älteren Gruppe nehmen ab.

¹⁴²⁵ Zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit vom 17. bis zum 19. Jahrhundert vgl. auch WRIGLEY (1969), S. 169; BURRI (1975), S. 138; RÖDEL (1985), S. 204; RETTINGER (1989), S. 210 f.; BEGEMANN (1991), S. 91; WITZEL (1995), S. 32; MEDICK (1997), S. 356; EHMER (2013), S. 35.

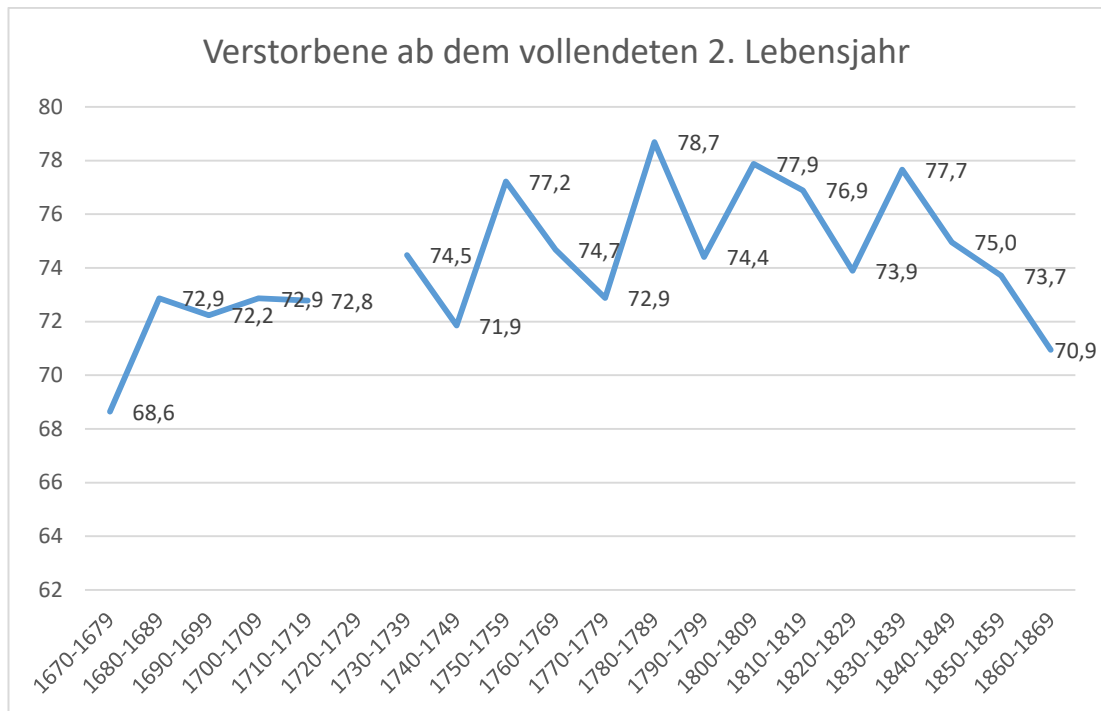


Abb. 85: Sterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) – Verstorbene ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr im Zehn-Jahres-Schnitt (1670–1869) in Prozent

Der Umgang mit der Säuglings- und Kindersterblichkeit in der Vergangenheit

Die außerordentlich hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit der Vergangenheit galt auch unter Medizinern lange Zeit gemeinhin als unabwendbar: „Ein Grund der frühen Sterblichkeit der Kinder liegt freilich in einem allgemeinen Naturgesetze; denn in den übrigen Thierklassen erreicht ebenfalls nur ein kleiner Theil seine völlige Ausbildung und Reife.“¹⁴²⁶ Historiker haben daraus den Schluss gezogen, dass dem Tod eines Kindes mit Fatalismus, mithin Gleichgültigkeit begegnet wurde. Insbesondere Katholiken seien es gewohnt, „alle Ereignisse und Schicksalsschläge des Lebens als von Gott gewollt zu akzeptieren.“¹⁴²⁷ Diese Haltung habe dazu geführt, dass Säuglinge und Kleinkinder von ihrem sozialen Umfeld vernachlässigt worden sind.¹⁴²⁸ Kindheit als eigenständige Lebensphase – und damit das Kind als Individuum – wurde ohnehin erst im Zeitalter der Aufklärung entdeckt, wobei dieser Diskurs auf die engen Grenzen der gebildeten Schichten beschränkt blieb. Mangelnde Fürsorge habe dazu beigetragen, dass die Sterblichkeitsrate nicht gesunken ist. Der Tod eines Kindes wurde „vielfach

¹⁴²⁶ MOST (1839), S.112.

¹⁴²⁷ ZSCHUNKE (1984), S. 170.

¹⁴²⁸ Vgl. ARIÈS (1977), S. 98-100 u. 209-218; IMHOF (1985a), S. 106-114. Der Einfluss der Konfessionszugehörigkeit auf die Entwicklung der Kindersterblichkeit ist weiterhin ungeklärt; vgl. MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 94.

als von Gott gewollt hingenommen. Nicht selten wurde das letztgeborene Kind ‚gehimmelt‘ in der Annahme, dass ihm dadurch irdisches Elend erspart bliebe.“¹⁴²⁹

Kinder ersetzen in der Frühen Neuzeit die Alterssicherungssysteme. Wuchs die Kinderzahl zu sehr an, bedeutete dies für die Familie eine materielle Belastung. Vermutet wurde daher, dass sich im Sinne des „Himmelns“ der Rang innerhalb der Geburtenfolge auf die Überlebenschance eines Kindes ausgewirkt hat. Wendler (2008) errechnete die Lebenserwartungen wie folgt:

„Wie wichtig Zuwendung für das Überleben der Kinder war, lässt sich an den unterschiedlichen Lebenserwartungen der Kinder innerhalb der Geschwisterreihe erkennen. Im Kirchspiel Suderburg (Heiratsjahrgänge 1575–1800) hatte das erste Kind bei seiner Geburt eine Lebenserwartung von 28,8 Jahren. Bei seinen nachfolgenden Geschwistern sank das durchschnittlich erreichte Alter beständig ab, so dass es beim fünften nur noch 23,7 Jahre betrug. Danach stieg es wieder an: Beim 6. Kind betrug es 25,0 Jahre, beim 7. bis 10. 28,7 Jahre. (...) Weniger Zuwendung und Fürsorge ließ die Sterblichkeit später geborener Kinder anwachsen. Die Lebenserwartung der zuletzt geborenen Kinder stieg wieder an, nachdem die Belastung einer Familie beim fünften Kind ihren Höhepunkt erreicht hatte.“ (S. 200)

Am Beispiel des Kirchspiels Grove (Rbg) wurde überprüft, ob es Indizien für die Annahme gibt, dass eine bewusste Vernachlässigung zur hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit in Schaumburg beigetragen hat. Auf einen Vergleich der durchschnittlichen Lebenserwartung wurde wegen der Praxis des Anerbenrechts verzichtet. Haupterbe wurde in der Regel eines der älteren Kinder, jüngere Geschwister wanderten oftmals ab. In diesem Fall ist ihr Tod nicht in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) registriert worden. Der Anteil derjenigen, die bereits in jungen Jahren verstorben

¹⁴²⁹ GROSS (1998), S. 224. Motiviert worden sei die bewusste Vernachlässigung der jüngsten Kinder in der Hoffnung, dass daraus den älteren Geschwistern bessere Überlebenschancen erwachsen. Ihre Rechtfertigung habe diese Praxis in der Vorstellung gefunden, dass sich sehr junge Kinder noch im Zustand der Sündenfreiheit befanden, was deren direkte Aufnahme in den Himmel zur Folge hätte; vgl. auch ALT (2002), S. 237. Kritisch hierzu KLOKE (1997), S. 152.

sind, wäre zu hoch, was den Altersschnitt verzerren würde. Vernachlässigung manifestiert sich vorrangig in der frühen Kindheitsphase. Zum Vergleich wurden daher fünf Altersgruppen gebildet.¹⁴³⁰

Tabelle 17

Säuglingssterblichkeit – Geburtenfolge und Sterbewahrscheinlichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1860)

	1. Lj.	2. Lj.	3. - 4. Lj.	5. - 7. Lj.	> 7 Jahre
Kind 1					
(n = 1.249)	16,6	7,1	6,1	4,2	66,0
Kind 2					
(n = 1.203)	14,5	6,2	6,5	4,7	68,2
Kind 3					
(n = 1.116)	15,1	7,1	5,9	5,9	66,0
Kind 4					
(n = 942)	12,1	7,2	9,0	5,4	66,2
Kind 5					
(n = 762)	13,5	6,2	9,3	4,9	66,1
Kind 6					
(n = 572)	15,2	6,6	8,0	4,0	66,1
Kind 7					
(n = 430)	14,7	8,6	8,1	4,9	63,7
Kind 8					
(n = 277)	17,3	5,8	7,2	5,4	64,3
ab Kind 9					
(n = 406)	16,7	7,1	9,1	3,0	64,0
Insgesamt	14,8	6,9	7,4	4,8	66,1

Je nach dem Lebensjahr, in dem die berücksichtigten Personen verstorben sind, wurden sie einer dieser Gruppen zugeordnet. Die fünfte Gruppe setzt sich aus Personen zusammen, bei denen ein vorzeitiger Tod aufgrund eines Mangels an elterlicher Fürsorge unwahrscheinlich ist, weil sie mindestens das 7. Lebensjahr vollendet hatten: Der Vergleich ergibt eine statistisch relativ geringe Überlebenschance gerade der erstgeborenen Kinder (**Tab. 17**). 16,6 % von ihnen starben bereits innerhalb des 1. Le-

¹⁴³⁰ Berücksichtigt wurden nur Kinder von Eltern, die im Kirchspiel Grove (Rbg) zwischen 1665 und 1860 eine Ehe geschlossen haben und nicht vor Abschluss der konzeptionellen Phase abgewandert sind.

bensjahres. Bei den Kindern 4 und 5 waren es nur 12,1 bzw. 13,5 %. Die besten Aussichten, ein höheres Alter zu erreichen, hatten die zweitgeborenen Kinder, von denen 68,2 % das 7. Lebensjahr vollendet haben. Auch die Aufschlüsselung des 1. Lebensjahres ergibt keine weiterführenden Erkenntnisse (**Tab. 18**). Überdurchschnittlich viele Erstgeborene starben bereits innerhalb von 4 Wochen bzw. einem halben Jahr nach der Geburt, während die prozentualen Anteile von Kindern, die später geboren wurden, teilweise deutlich darunter liegen. Sollte wirklich ein Zusammenhang zwischen dem Geburtenrang und einer bewussten Vernachlässigung durch die Eltern bestehen, müsste sich dies zumindest auf die Sterblichkeit der Säuglinge ausgewirkt haben. Doch liegen keinerlei Indizien vor, die diese Annahme stützen könnten. Ein Trend bildet sich nicht annähernd ab. Alles in allem bleibt festzustellen, dass kein Zusammenhang zwischen der Geburtenfolge und den Überlebenschancen im Kirchspiel Grove (Rbg) besteht.¹⁴³¹

Tabelle 18

Säuglingssterblichkeit – Geburtenfolge und Sterbewahrscheinlichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) innerhalb der ersten beiden Lebensjahre (1665–1860)

	< 4 Wochen	2. - 7. Monat	8. - 13. Monat	2. Lj.
Kind 1	6,1	6,3	4,2	7,1
Kind 2	4,2	5,6	4,7	6,2
Kind 3	4,1	6,7	4,2	7,1
Kind 4	3,2	5,3	3,6	7,2
Kind 5	5,1	4,5	3,9	6,2
Kind 6	4,4	4,5	6,3	6,6
Kind 7	5,1	5,3	4,2	8,6
Kind 8	6,1	5,8	5,4	5,8
ab Kind 9	5,9	4,7	6,2	7,1

¹⁴³¹ Vgl. auch die Zusammenfassung der Forschungsergebnisse zu dieser Thematik bei KLOKE (1997), S. 149-156.

Das Konsistorium im lippischen Detmold verfügte 1789, dass Kinder, die innerhalb ihrer ersten 6 Lebenswochen sterben, in den Mortalitätsregistern unabhängig von der Todesursache unter der Bezeichnung „Wochenkinder“ eine eigene Rubrik bilden.¹⁴³² Das Alter wurde als Unterscheidungskriterium gewählt, weil das Sterberisiko in der Phase unmittelbar nach der Geburt außerordentlich hoch war. Sei es in der eigenen Familie, sei es im weiteren sozialen Umfeld – der Tod gerade sehr junger Säuglinge war eine wiederkehrende Erfahrung, die die Menschen der Vergangenheit miteinander teilten. Diese Tatsache hat sicherlich dazu beigetragen, dass sie dem Tod eines Neugeborenen mit einer inneren Distanz begegneten, die aber nicht mit Teilnahmslosigkeit gleichgesetzt werden sollte. Durch Quellen ist hinlänglich belegt, dass Eltern den Tod ihrer Kinder betrauert haben.¹⁴³³ Ihre Hilfslosigkeit äußerte sich nicht zuletzt darin, dass die im Rahmen der Volksheilkunde verabreichten Gegenmittel oft einem magisch-rituellen Hintergrund entstammten. Durch die französische ethnologische Forschung wissen wir, dass Mütter in der Frühen Neuzeit versuchten, mit Hilfe magischer Praktiken ihre Säuglinge vor dem Einfluss böser Geister – und damit vor Krankheit und Tod – zu schützen.¹⁴³⁴ Selbst Mediziner setzten gegen Kinderkrämpfe „auf die Wirksamkeit des Lebensdunstes frisch aufgeschnittener Thiere und das heilsame Auflegen lebendiger Thiere auf schmerzhaftes Uebel“, indem eine frisch geschlachtete Taube „schnell in 2 Hälften geschnitten und noch warm und zuckend jede Hälfte unter die Fußsohlen des Kindes gebunden“ wurde.¹⁴³⁵ Man bemühte sich durchaus, das Leben der Säuglinge und Kleinkinder zu erhalten.

Aus Unwissenheit wurden Kindern ungeeignete, mithin giftige Substanzen verabreicht. Nicht nur das Einreiben mit Branntwein, sondern auch die Gabe von Alkohol oder des morphinhaltigen Samens des Schlafmohns¹⁴³⁶ waren übliche Mittel, um Kinder ruhigzustellen: „Bekannt ist das leinene Lutschbeutelchen mit Mohn, das die Babys in eine Dauerschläfrigkeit versetzte und auf dem Land übrigens bis weit in die

¹⁴³² Vgl. LIPPISCHE VERORDNUNGEN (1789).

¹⁴³³ Vgl. allg. HUGGER (2002), S. 162-188; hierzu auch GLEIXNER (2002), S. 87 f., sowie Kap. 3.2.

¹⁴³⁴ Vgl. LOUX (1980), passim.

¹⁴³⁵ MOST (1842), S. 115.

¹⁴³⁶ Vgl. auch MOST (1839), S. 81 u. 84; VOGEL, ALFRED (1860), S. 102.

Gegenwart benutzt wurde.“¹⁴³⁷ Opium wurde selbst von Kinderärzten zur Heilung unterschiedlicher Krankheiten und Beschwerden angewandt.¹⁴³⁸ Was heute als Gleichgültigkeit anmuten mag, waren in der Vergangenheit gesellschaftlich anerkannte Verhaltensweisen. Weil Traditionen als bewährt gelten, werden sie in der Regel übernommen, ohne hinterfragt zu werden. Aus moderner Sicht erscheint das bis weit in das 18. Jahrhundert hinein praktizierte Wickeln der Kinder, die auf zeitgenössischen Abbildungen bisweilen Mumien ähneln, barbarisch. Unbestreitbar erleichterte der Umstand, dass das Wickeln einen Zustand erhöhter Passivität in Verhalten und Körperfunktionen hervorrief, den arbeitsreichen Alltag der Eltern.¹⁴³⁹ Zugleich ist das Wickeln Ausdruck elterlicher Fürsorge. Die feste Einbindung, die bis zu einem halben Jahr praktiziert wurde, sollte die Glieder der Säuglinge schützen und ihren korrekten Wuchs fördern. Auch das noch in der Neuzeit übliche Verschnüren und Einpacken der Wiegenkinder unter viel zu dicken Federbetten diente nur in zweiter Linie dazu, die Kinder ruhig zu stellen.¹⁴⁴⁰

In den schauburgischen Kirchenbüchern finden sich immer wieder Stellen, in denen Pastoren ihre Freude über die Geburt oder ihre Trauer über den Tod eines ihrer leiblichen Kinder zum Ausdruck bringen. Hinweise darauf, dass Eltern ihre Kinder bewusst vernachlässigt haben könnten, enthalten sie nicht. Wäre der Verdacht aufgekommen, dass in den Gemeinden das „Himmeln“ praktiziert wird, hätte dies in der schriftlichen Überlieferung seinen Niederschlag gefunden. Zwar sind mentalitätsbedingte Unterschiede, beruhend auf der jeweiligen Konfessionszugehörigkeit, durchaus denkbar. Das Gefälle zwischen einer hohen Säuglingssterblichkeit, wie sie in den vornehmlich katholisch geprägten Regionen im Südosten beobachtet wurde, und einer geringen im protestantischen Nordwesten lässt sich damit jedoch nicht befriedigend erklären.¹⁴⁴¹ Denn auch in protestantischen Regionen konnte die Säuglingssterblichkeit sehr hohe Werte erreichen. Überdies darf die soziale Kontrolle sowohl von Seiten der Obrigkeit als auch der dörflichen oder städtischen Gemeinschaft nicht unterschätzt werden. Eine bewusste Herbeiführung des Kindstodes, sei es aktiv oder passiv, kann nur dort gedul-

¹⁴³⁷ WEBER-KELLERMANN (1979), S. 44.

¹⁴³⁸ Vgl. TOURTAL (1834), S. 29 f.

¹⁴³⁹ Vgl. WEBER-KELLERMANN (1979), S. 42 f.

¹⁴⁴⁰ Vgl. EBD., S. 47 u. 173 f.

¹⁴⁴¹ Vgl. MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 94.

det worden sein, wo im Rahmen einer stillen Übereinkunft Konsens über dessen Legitimität bestand. Mag es entsprechende Praktiken in mitteleuropäischen Regionen gegeben haben, Schaumburg gehört nicht dazu.

In den Mortalitätsregistern des Fürstentums Lippe bildeten Kinder, die nach der 6. Lebenswoche „an der Zahnarbeit“ oder den „Kinderschürken“ verstarben, eine eigene Rubrik.¹⁴⁴² Wurde der Tod durch eine Krankheit wie Pocken, Scharlach etc. verursacht, wertete man gegebenenfalls damit einhergehende „Kinderschürken“ lediglich als Begleiterscheinung. In diesem Fall waren die Kinder unter der „Hauptkrankheit“ zu registrieren. Die durch das Konsistorium in Detmold vorgegebene Klassifizierung veranschaulicht, dass die Ursachen der so häufig tödlich verlaufenen Kinderkrämpfe im Dunkeln lagen. Ohnehin wurden sie in der deutschsprachigen medizinischen Fachliteratur vor dem 19. Jahrhundert kaum problematisiert.¹⁴⁴³ Erklärungen zu ihren Ursachen spiegeln zudem den Zeitgeist wider. Die Popularität der bis zu den Veröffentlichungen Johann Caspar Lavaters vornehmlich als Geheimwissenschaft gehandelten Physiognomik findet hier ihre Resonanz. Einige Mediziner glaubten eine verstärkt ausgeprägte Neigung zu Krämpfen bei Kindern mit einer charakteristischen Physiognomie zu erkennen. Auch individuelle Charakterzüge wie Eigensinn oder eine Neigung zum Zorn zählten zu den Auslösern.¹⁴⁴⁴ Daneben bestand die Vorstellung, ein Kind neige aufgrund einer Unproportionalität zwischen seinem Körper und dem „noch nicht gehörig fixiert(en)“ Gehirn ohnehin zu Krämpfen.¹⁴⁴⁵ Resultierend aus der zeitlichen Nähe zwischen der lactealen dentition und dem Tod vieler Säuglinge war im 18. Jahrhundert die Annahme verbreitet, dass durch das *Zahnen* der Ausbruch verschiedener Krankheiten verursacht werde.¹⁴⁴⁶ Auch die Verbindung von Krankheiten „mit den Entwicklungsaffektionen“ wurde befürchtet.¹⁴⁴⁷ Gerade zu Beginn dieser Phase leiden Kinder unter Schmerzen und sind daher quengelig, weinen oder schreien. Hinzu kommen oftmals verstärkter Speichelfluss, leichtes Fieber und Verdauungsstörungen. Selbst die charakteristischen Kinderkrämpfe glaubte man in der Phase der lactealen

¹⁴⁴² Vgl. LIPPISCHE VERORDNUNGEN (1789).

¹⁴⁴³ OEHME (1986), S. 49, teilt mit, dass er für das 18. Jahrhundert lediglich zwei an deutschen Universitäten eingereichte Dissertationen gefunden hat, die sich mit der Frage nach den Ursachen für die Kinderkrämpfe beschäftigen.

¹⁴⁴⁴ Vgl. GUERSENT/BLACHE (1837), S. 313.

¹⁴⁴⁵ Vgl. NAUMANN (1837), S. 18.

¹⁴⁴⁶ Vgl. OEHME (1986), S. 88.

¹⁴⁴⁷ Vgl. VOGEL, S. G. (1835), S. 62-64.

dentition wiederzuerkennen.¹⁴⁴⁸ Allerdings blieb diese Annahme nicht unwidersprochen. Der hannoversche Hofmedicus Johann Ernst Wichmann¹⁴⁴⁹ sah darin eine Verlegenheitsdiagnose, die er auf die Unwissenheit vieler Ärzte zurückführte.¹⁴⁵⁰ Im Laufe des 19. Jahrhunderts relativierte man den mutmaßlichen Einfluss des *Zahnens* und erachtete es lediglich als „eine Gelegenheitsursache, einen Umstand, der eine ohnehin bevorstehende Krankheit zum Ausbruche bringt (...)“.¹⁴⁵¹ Das aufkommende Interesse an Fragen der Genetik fand in der Suche nach einer Erklärung für die Kinderkrämpfe ebenfalls seinen Niederschlag. Bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde formuliert: „Dass die Konvulsionen eine erbliche Krankheit sind, wird sich nicht bezweifeln lassen.“¹⁴⁵²

Die Antworten auf die Frage, wodurch die Kinderkrämpfe hervorgerufen wurden, fielen also recht konkret aus. Im Allgemeinen machte man jedoch „Fehler in der Pflege, auch in der Ernährung und Erziehung“ dafür verantwortlich.¹⁴⁵³ Das Wiegen der Säuglinge betrachtete man kritisch. Zu starkes Wiegen stand im Verdacht, das Hirn zu schädigen. Allerdings galt ein mäßiges Wiegen u. a. als kräftigend für die Lungen.¹⁴⁵⁴ Man glaubte sogar, das Erzählen unheimlicher Geschichten löse epileptische Anfälle aus, da es „das zarte Nervensystem des Kindes“ erschüttere.¹⁴⁵⁵ Aus dem gleichen Grund warnte man davor, Kinder zu kitzeln.¹⁴⁵⁶ Einen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes sprach man auch dem Verhalten der Mutter, selbst ihren einfachen Gemütsbewegungen, zu. In einem moralisch anstößigen Lebenswandel der Mutter während der Schwangerschaft – Trunk- und Zanksucht oder „Unmäßigkeit in den Genüssen der Liebe“¹⁴⁵⁷ – sah man eine potentielle Gefahrenquelle für das Leben des Kindes.

¹⁴⁴⁸ „Zuckungen der Gesichtsmuskeln, ein eigenthümliches Lächeln im Schlafe, und leise Zuckungen der Extremitäten kommen bei vielen zahnenden Kindern vor (...)“ VOGEL, ALFRED (1860), S. 102.

¹⁴⁴⁹ Wichmann veröffentlicht in den Jahren 1794-1802 seine „Ideen zur Diagnostik“ in drei Bänden. Darin nimmt er auch zur Diagnose „Dentitio difficilis“ Stellung; vgl. OEHME (1986), S. 90.

¹⁴⁵⁰ Vgl. EBD., S. 90.

¹⁴⁵¹ DUGÈS (1835), S. 132.

¹⁴⁵² GUERSENT/BLACHE (1837), S. 314.

¹⁴⁵³ Vgl. OEHME (1986), S. 49.

¹⁴⁵⁴ Vgl. MOST (1839), S. 75 f.

¹⁴⁵⁵ Vgl. EBD., S. 116.

¹⁴⁵⁶ Vgl. EBD., S. 182 f.

¹⁴⁵⁷ EBD., S. 12; vgl. hierzu auch EBD., S. 50-55 u. 59-63; TOURTAL (1834), S. 12; VOGEL, ALFRED (1860), S. 35.

Die Erklärungsversuche der modernen historischen Forschung spiegeln die Unsicherheit mit den Ursachen des Phänomens der Kinderkrämpfe wider. Erschwerend wirkte sich zunächst aus, dass die Begriffe zur Beschreibung dieses Leidens regional voneinander abweichen: Hinz nimmt an, dass der Begriff „Schürken“ eine niederdeutsche Variante des Scharlach ist.¹⁴⁵⁸ Rettinger (1989) vermutet:

„Die mit 8,1 % an dritter Stelle rangierenden ‚Gichtern‘ lassen sich nicht mit einer heutigen Bezeichnung wiedergeben. Auch Mainz, Gießen und sogar das umfangreiche schwedische Material kennen die Krankheit nicht. Sie betraf, das lässt sich den Essenheimer Kirchenbüchern entnehmen, hauptsächlich Kinder bis zum Alter von einem Jahr, sie war eine endemische Krankheit und über alle Monate des Jahres gleichmäßig verteilt. Möglicherweise handelte es sich um eine Form der Pocken, die bis Ende des 18. Jahrhunderts hauptsächlich für die immense Kindersterblichkeit verantwortlich waren.“ (S. 217)

Auch das eher diffuse Krankheitsbild stand einer eindeutigen Zuordnung der Kinderkrämpfe entgegen. Spree geht von „relativ unspezifischen gastro-intestinalen Infekten (sogenannter Diarrhoe-Komplex), die wiederum primär Säuglinge und Kinder bedrohten“ aus.¹⁴⁵⁹ Bielke hat eine höhere Sterblichkeit in den Sommermonaten und eine geringere im November und Dezember beobachtet: „Das ließe auf Magen-Darm-Erkrankungen schließen. Die altersspezifischen Kurven belegen deutlich, dass hiervon nur Säuglinge und Kleinkinder betroffen sind.“¹⁴⁶⁰ Vasold führt die Krämpfe darauf zurück, dass zur Herstellung von Kinderbrei verunreinigtes Flusswasser verwendet wurde, was Darminfektionen nach sich zog.¹⁴⁶¹ Er sieht hier in erster Linie ein städtisches Problem.¹⁴⁶² Imhof vermutet einen direkten Zusammenhang zwischen dem verhältnismäßig hohen Heiratsalter in der Frühen Neuzeit und der Säuglingssterblichkeit. Die Laktationsamenorrhoe, die die Fruchtbarkeit der Frauen einschränkte und damit weitere Konzeptionen verzögerte, habe der Säuglingsernährung durch das Stillen entgegengestanden: „Vor allem stiegen unter den damaligen schlechten hygienischen Be-

¹⁴⁵⁸ Vgl. HINZ (1965), S. 81.

¹⁴⁵⁹ SPREE (1988), S. 80.

¹⁴⁶⁰ BIELKE (1986), S. 185–187.

¹⁴⁶¹ Vgl. VASOLD (1999), S. 201; hierzu auch IMHOF (1981b), S. 354.

¹⁴⁶² Vgl. VASOLD (1999), S. 198–201.

dingungen und bei der nicht selten mit Krankheitskeimen infizierten Wasserversorgung die exogenen Mortalitätsrisiken erheblich an, sobald eine künstliche Ernährung einsetzte.“¹⁴⁶³

Die Vermutung, die Säuglingsernährung könne Kinderkrämpfe begünstigen, begann sich bereits in vorindustrieller Zeit zu verdichten. Mediziner propagierten zunehmend das Selbststillen, weil sie es als natürliche und damit geeignetste Form der Säuglingsernährung erachteten. Diese Einschätzung gilt mittlerweile als Konsens und wird nicht mehr in Frage gestellt, wengleich gelegentliche Berichte über Schadstoffe in der Muttermilch aufgrund von Umweltbelastungen immer wieder Verunsicherungen hervorrufen. Aber auch darin findet sich eine Parallele zur Vergangenheit. Die Frage, wie die Qualität der Milch sichergestellt werden kann, trieb die Menschen schon früher um, weil man ihr einen unmittelbaren Einfluss auf die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes zuschrieb. Als verantwortlich für die Qualität der Milch wurde indes allein die stillende Frau angesehen. Sollte diese sich eines moralisch einwandfreien Lebenswandels enthalten, drohten dem Kind schwere Konsequenzen: „Die gewöhnliche Folge davon ist, dass der Säugling in Krämpfe und Zuckungen und auszehrende Krankheiten: Scropheln, englische Krankheit sc. verfällt, und oft schon dadurch einen siechen Körper bekommt und früh dahinstirbt.“¹⁴⁶⁴ Somit verbot es sich, das Kind leichtfertig einer Säugamme zu übereignen, da deren Lebenswandel kaum kontrolliert werden konnte. Man befürchtete negative Einflüsse auf die Charakterbildung. Zudem glaubte man, die Säugamme müsse möglichst zeitgleich mit der Mutter entbunden haben, weil sonst die Konsistenz der Milch dem Lebensalter des Kindes nicht mehr entspräche: „Es bekommt dasselbe eine Milch, welche für seinen Magen schon zu dick und zu fest ist, und welche es daher nicht gut verdauen kann; (...).“¹⁴⁶⁵ Obwohl sich der Schweizer Arzt Christoph Girtanner schon im Jahre 1794 zu einer schriftlichen Widerlegung veranlasst sah,¹⁴⁶⁶ hielten sich diese Vorstellungen bis ins 19. Jahrhundert.

¹⁴⁶³ IMHOF (1977), S. 76 f.

¹⁴⁶⁴ MOST (1823), S. 42; vgl. auch GUERSENT/BLACHE (1837), S. 314 f.

¹⁴⁶⁵ MOST (1839), S. 44.

¹⁴⁶⁶ Vgl. OEHME (1984), S. 36 f.

Die massiven Vorwürfe der Mediziner gegen Mütter, die „ihr Kind einem Thiere oder, wenn es viel ist, einer Säugamme“¹⁴⁶⁷ übergaben, blieben auf lange Sicht nicht ohne Wirkung. Doch hing die Entscheidung für oder wider das Selbststillen von den individuellen Lebensumständen ab. Schon der Unterschied zwischen Stadt und Land oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsschicht konnte eine Rolle spielen. In Köln wurden in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts vorwiegend sowohl Kinder aus ärmeren als auch wohlhabenderen Schichten gestillt.¹⁴⁶⁸ Ähnliches gilt für die Stadt Bonn.¹⁴⁶⁹ Den Wohlhabenden stand genügend Zeit für die Betreuung der Kinder zur Verfügung, den Armen fehlte das Geld für die Inanspruchnahme einer Hebamme. Doch schon die alltagspraktischen Zwänge, denen sich die Menschen in einer Agrargesellschaft unterzuordnen hatten, standen zumindest einem regelmäßigen Selbststillen entgegen. Das Stillen eines Kindes bedeutete eine Unterbrechung innerhalb des saisonal gebundenen Arbeitsablaufs.¹⁴⁷⁰ Zugleich fallen Schwangerschaften und Zeiten der Kindererziehung in die Phase der größten Leistungsfähigkeit einer Frau und binden ihre Arbeitskraft. Nach Möglichkeit übertrug man die Säuglingsbetreuung Personen, die für die tägliche Arbeit in Haus, Hof oder Feld am ehesten entbehrlich waren, also den etwas älteren Kindern oder alten Menschen. Somit bestand ein grundsätzliches Interesse daran, das Stillen möglichst schnell zu unterbinden und die Ernährung der Säuglinge umzustellen.

Es war durchaus gebräuchlich, Kindern schon kurz nach der Geburt abführende Mittel¹⁴⁷¹ oder kräftigende Säfte zu verabreichen.¹⁴⁷² In der Bevölkerung bestand ohnehin

¹⁴⁶⁷ MOST (1839), S. 40.

¹⁴⁶⁸ Zu den Stillgewohnheiten der oberen Schichten lassen sich für Schaumburg nur Vermutungen aufstellen. Im Jahre 1714 vermerkt das kirchliche Sterberegister, dass die Tochter des in Rodenberg wohnhaften Amtmanns Anton Heinrich Dolle *morgens bey der Ammen todt gefunden* worden war. Die Familie Dolle war bereits länger in Schaumburg ansässig; vgl. ACTA HISTORICO-ECCLESIASTICA (1750), S. 756 f. Anzunehmen ist, dass das Fremdstillen nicht allein in den aus Hessen stammenden Beamtenfamilien praktiziert wurde, sondern auch unter den Angehörigen der gebildeten Schichten schaumburgischer Herkunft verbreitet war.

¹⁴⁶⁹ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 191-193.

¹⁴⁷⁰ In Württemberg liefen Frauen, die zu lange stillten, „‘was nur einer Zigeunerin oder Kesslerin‘ zukomme“, Gefahr, ihren Ruf zu verlieren; vgl. PLOSS (1874), S. 163.

¹⁴⁷¹ Die Vorstellung, dass das Myconium bzw. „das gefährliche Kindspech“ möglichst frühzeitig nach der Geburt des Kindes ausgeschieden werden müsse, war auch unter Ärzten noch lange im 19. Jahrhundert verbreitet; vgl. SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 286; hierzu auch GUERSENT/BLACHE (1837), S. 315; MOST (1839), S. 57; NAEGELE (1843), S. 316.

¹⁴⁷² „Das erste Anlegen des Kindes muß nicht erst den zweiten, dritten Tag nach der Entbindung, sondern schon 6 bis 8 Stunden nach der Geburt desselben geschehen. Leider! wird dies wenig befolgt. Dem Kinde werden die ersten Tage seines Daseyns dadurch verbittert, dass man ihm mit Kamillen- thee, Wasser, Milch, Zucker, Rhabarbersaft u. s. f. den Magen verdirbt“; MOST (1839), S. 58 f.

die Neigung, Säuglinge frühzeitig mit Produkten zu füttern, die man auch für ältere Kinder und Erwachsene als nahrhaft und stärkend empfand.¹⁴⁷³ So schreibt von Grimmelshausen: „Er (...) sahe so bleich und trostlos aus, als wann er kürzlich ein Kind bekommen und keinen Vater, Mehl noch Milch darzu gehabt oder gewüßt hätte.“¹⁴⁷⁴ In der Vergangenheit wurden viele Menschen immer wieder mit einem Mangel an Nahrungsmitteln konfrontiert. Ihre individuellen Erfahrungen hinderten sie, die Auswirkungen von Fehlernährung auf den Gesundheitszustand eines Kindes wahrzunehmen. In diesem Sinne galt nicht nur beispielsweise Molke als Heilmittel gegen unterschiedliche Krankheiten,¹⁴⁷⁵ auch Alkohol zählte aufgrund einer ihm zugeschriebenen stärkenden Wirkung zur gewöhnlichen Kindernahrung. Insbesondere in ärmeren Gegenden bzw. innerhalb der unteren Bevölkerungsschichten war Branntweinkonsum unter Kindern nicht verpönt.¹⁴⁷⁶ Gelegentlich wurden Kinder ausdrücklich dazu angehalten. Üblich war „das zu zeitige Entwöhnen und Auffüttern mit groben schwerverdaulichen Nahrungsmitteln, als Stöpsel von saurem Brod und Milch, dicke Breie, das Ueberladen des Magens bei jeder einzelnen Mahlzeit, oder die zu häufige Wiederholung derselben, zu warme, zu kalte oder zu hitzige Speisen, als: schlechter Kaffee, Bier und Branntwein“.¹⁴⁷⁷

Die zeitgenössischen Mediziner lehnten diese Praktiken nicht grundsätzlich ab. Im Fall einer Fütterung des Säuglings mit Kuhmilch empfahlen sie den Zusatz von Zucker, weil sie glaubten, diese würde dadurch der menschlichen Milch angeglichen.¹⁴⁷⁸ Über die Verträglichkeit bzw. den Zeitpunkt der Verabreichung von Gemüse und Obst bestand bisweilen Uneinigkeit. Auch warnte man vor der Gabe von Fleisch vor Vollendung des 1. Lebensjahres.¹⁴⁷⁹ Ähnliches gilt für den Alkohol, wengleich dem Bier überwiegend eine positive Wirkung zugesprochen wurde.¹⁴⁸⁰ Die Skepsis unter den Befürwortern des Stillens gegenüber diesen Ernährungsgewohnheiten rührte nicht vorrangig aus der Frage, ob die zugeführten Lebensmittel für Säuglinge überhaupt geeignet waren: „Gar leicht entsteht durch den Genuss solcher fremdartigen Dinge bei dem

¹⁴⁷³ Vgl. HORN (1802), S. 78; MOST (1839), S. 70-72; MEDICK (1997), S. 364-366.

¹⁴⁷⁴ GRIMMELSHAUSEN (1971), S. 71 f.

¹⁴⁷⁵ Vgl. TEUTEBERG (1986), S. 165.

¹⁴⁷⁶ Vgl. KERMANN (1976), S. 111; hier auch STAB Dep. 29, Nr. 1889.

¹⁴⁷⁷ NAGEL, KARL (1835), S. 17; vgl. auch MOST (1839), S. 50 u. 70 f.

¹⁴⁷⁸ Vgl. SIEBOLD (1841), S. 617 f.; OEHME (1984), S. 40-44.

¹⁴⁷⁹ Vgl. VOGEL, ALFRED (1860), S. 45.

¹⁴⁸⁰ Vgl. OEHME (1984), S. 44.

Kinde Unlust, die ihm doch bald nach der Geburt zu reichende Brust zu nehmen.“¹⁴⁸¹ Erst nachdem die Frage nach den Ursachen der hohen Kindersterblichkeit an Relevanz gewonnen hatte, wurden die Ernährungsgewohnheiten problematisiert. So erkannte man, dass ungeeignete Lebensmittel Verdauungsprobleme bei Säuglingen hervorrufen können. Guersent/Blache (1837) warnen:

„Die Gegenwart von fremden Körpern im Darmkanal, zurückgehaltenes Meconium, die Ansammlung von Fäkalstoffen und die Gasentwicklung in den Därmen, frühzeitige Entwöhnung sind gleichfalls unbestreitbare Ursachen dieser Krankheit. Oefters haben wir sehr heftige Zuckungen bei kleinen Kindern entstehen sehen, die Rosinen, gelbe Rüben, rohe Aepfel, Linsen, Erbsen, Kartoffeln, Bohnen, die schlecht gekocht waren, u. s. w. genossen haben, und sogleich vollkommene Ruhe eintreten, sobald diese unverdauten Stoffe durch Erbrechen oder durch den Stuhlgang ausgeleert waren.“ (S. 315)

Auf dem Land fütterte man die Säuglinge ebenso wie die Kleinkinder tendenziell mit einem Brei, der aus Mehl und Milch tierischer Herkunft zusammengerührt wurde, wobei es sich überwiegend um Kuhmilch handelte. Im Laufe des Dreißigjährigen Krieges waren die Bestände an Milchvieh zwar erheblich zurückgegangen, doch dürften sie sich relativ schnell wieder erholt haben.¹⁴⁸² Allerdings unterlag die Stallviehhaltung aus Mangel an Winterfutter bis zur Einführung neuer Bodenbewirtschaftungsformen und Nutzpflanzen zunächst natürlichen Einschränkungen. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts nahm die Viehhaltung signifikant zu. Zugleich erhöhte man die Milchleistung der Kühe durch Veränderungen in der Viehzucht.¹⁴⁸³ Wegen der für die Ernährung der Säuglinge benötigten geringen Quantitäten ist nicht auszuschließen, dass auch die Angehörigen landloser oder landarmer Schichten auf Kuhmilch zurückgriffen. Als Alternative bot sich die Milch von Ziegen an, deren Haltung auch ärmeren Haushalten möglich war.¹⁴⁸⁴

¹⁴⁸¹ SIEBOLD (1841), S. 614.

¹⁴⁸² Vgl. TEUTEBERG (1986), S. 165.

¹⁴⁸³ Vgl. EBD., S. 167 f.

¹⁴⁸⁴ Der Anteil der Ziegenmilch am Gesamtaufkommen der konsumierten tierischen Milchprodukte war jedoch sehr gering und bewegte sich vermutlich im unteren einstelligen Bereich; vgl. EBD., S. 170.

Saisonale Sterblichkeit

Die Gabe von Kuhmilch wurde von Medizинern als Ersatz für Muttermilch oder deren Ergänzung empfohlen, weil sie als bewährt galt und zudem relativ leicht zu beschaffen war.¹⁴⁸⁵ Dabei sollte darauf geachtet werden, „dem Kinde warme, eben gemolkene Kuhmilch zu geben.“¹⁴⁸⁶ Dieser ärztliche Rat fußte auf der Erfahrung, dass aufgrund von Mangel sowie unzureichenden Konservierungsmöglichkeiten nicht selten verdorbene Lebensmittel verarbeitet und konsumiert wurden. Wegen der damit einhergehenden Gesundheitsrisiken wurde in dieser Praxis eine Hauptursache für die hohe Säuglingssterblichkeit vermutet.¹⁴⁸⁷ Auch Vergiftungen infolge der Zubereitung in Kupferkesseln o. ä. wurden in Betracht gezogen. Sofern Kupfervergiftungen nicht ohnehin in das Reich der Mythen gehören, dürften sie im Rahmen der Säuglingssterblichkeit keine Rolle gespielt haben, weil dieses Metall nur in Verbindung mit säurehaltigen Speisen reagiert.¹⁴⁸⁸

Dass Diarrhoen aufgrund von Lebensmittel- oder Trinkwasserverderbnis quantitativ maßgeblich die Mortalität beeinflusst haben, ist durchaus möglich. Allerdings stützt sich die Annahme auf die Beobachtung einer erhöhten Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten.¹⁴⁸⁹ Die saisonale Verteilung unter den schauburgischen Kindern widerspricht jedoch der These von der Sommerdiarrhoe: Ihr Risiko, an Kinderkrämpfen zu sterben, war gerade in den heißesten Monaten des Jahres am geringsten (**Abb. 86**). Die seasonspezifische Sterblichkeit durch Kinderkrämpfe entspricht damit tendenziell dem altersübergreifenden Mortalitätstrend in Schaumburg mit hohen Werten im Übergang vom Winter zum Frühjahr und niedrigen im Hochsommer. Allerdings unterscheidet sich der jüngere Zeitraum 1820–69 von dem vorangegangenen in einem Punkt: Während die Sterblichkeit im Monat September im Zeitraum 1750–1819 sehr gering ist, steigt sie im 19. Jahrhundert auffällig an.

¹⁴⁸⁵ Vgl. SIEBOLD (1841), S. 619.

¹⁴⁸⁶ NAGEL, KARL (1835), S. 26; vgl. auch MOST (1839), S. 70: „und besonders gut ist es, wenn die Milch ungekocht und so warm und frisch, wie sie aus der Kuh kommt, demselben gereicht wird.“

¹⁴⁸⁷ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 163 f.; hierzu auch GROSS (1998), S. 224 f.

¹⁴⁸⁸ Vgl. PETER (1978), S. 321.

¹⁴⁸⁹ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 185 f.; hierzu auch BURRI (1975), S. 144; ZSCHUNKE (1984), S. 163; BIELKE (1986), S. 187.

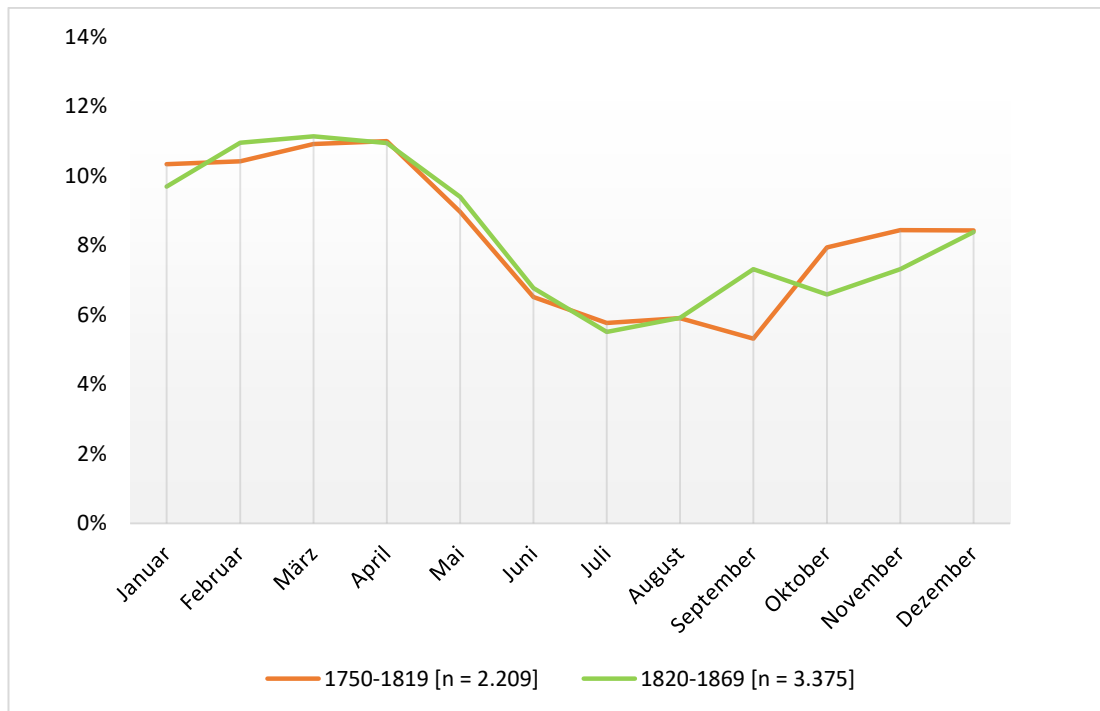


Abb. 86: Kinderkrämpfe – saisonale Sterblichkeit im Vergleich zweier Zeiträume (Gft. SHG; 1750 –1869) in Prozent

Zunächst einmal belegt dieser Befund, dass die schauburgischen Säuglinge, die mit der Todesursache Kinderkrämpfe in den Sterberegistern erscheinen, nicht an anderen, insbesondere epidemischen Erkrankungen verstarben. Die Pocken spielten zu diesem Zeitpunkt keine Rolle mehr in Schaumburg. Der Anteil der Säuglinge war ohnehin relativ gering. Zudem grassierten die Pocken vornehmlich im Frühling (vgl. Kap. 3.4.1). Der Mortalitätsgipfel der Ruhr fiel in Schaumburg in den Oktober. Aber auch die Ruhr verlor im 19. Jahrhunderts rasch ihre einstmalige Bedeutung (vgl. 3.5.4). Darüber hinaus wäre als Todesursache nicht eine begriffliche Variante der Kinderkrämpfe eingetragen worden, sondern der Name der epidemischen Krankheit, die auch bei Säuglingen diagnostisch bestimmt werden konnte. Ein mögliches verändertes Heirats- bzw. Zeugungsverhalten im 19. Jahrhundert kann sich ebenfalls nicht ausgewirkt haben. Der Vergleich der beiden Sterblichkeitskurven mit den entsprechenden Geburtenkurven¹⁴⁹⁰ ergibt allenfalls schwache Korrelationen (**Abb. 87**). Viele Säuglinge sind bereits innerhalb des 1. Lebensmonats an den Kinderkrämpfen verstorben. Wenn der

¹⁴⁹⁰ Um die Datenbasis zu erhöhen, wurden die Geburtenzahlen der Kirchspiele Grove (Rbg) und Fischbeck berücksichtigt.

Anstieg der Sterblichkeit im September im Zeitraum 1820–69 auf eine erhöhte Geburtenzahl zurückzuführen wäre, hätten diese in den Hochsommermonaten stärker ansteigen müssen.

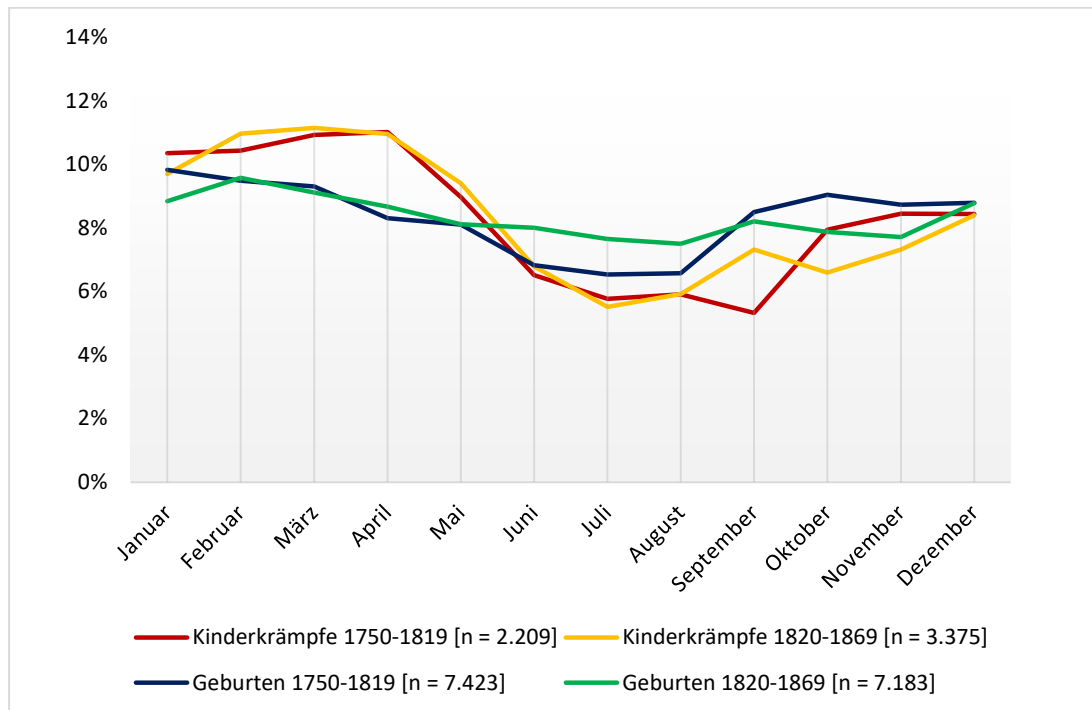


Abb. 87: Kinderkrämpfe – saisonale Sterblichkeit und Geburten im Vergleich zweier Zeiträume (Gft. SHG; 1750 –1869) in Prozent

Im 19. Jahrhundert vollzog sich ein tiefgreifender Wandel der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Als Ursache für die sprunghafte Zunahme der Kinderkrämpfe im Übergang vom Sommer zum Herbst kommt daher eine Veränderung der Arbeits- und Lebensbedingungen in Betracht. Der Zeitpunkt dieser Veränderung lässt sich recht genau datieren. Unterteilt man die Entwicklung der Sterbefälle an Kinderkrämpfen in kleinere zeitliche Abschnitte, lässt sich deutlich erkennen, dass sich die Mortalität im September erstmals in den 1840er Jahren über dem Durchschnitt bewegt (**Abb. 88**). Zwischen 1750 und 1839 liegt der prozentuale Anteil der Kinderkrämpfe im September noch jeweils unter 6 %, in den 1840er Jahren sind es schon 6,9 %, in den 1860er Jahren dann annähernd 12 %.

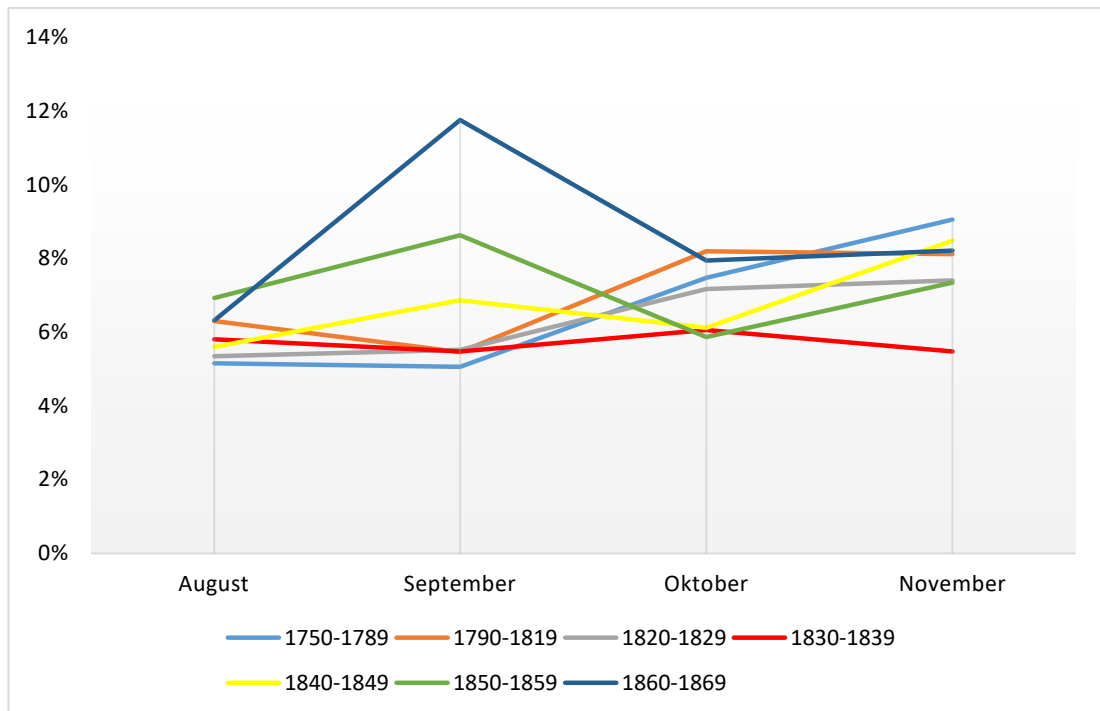


Abb. 88: Kinderkrämpfe – Sterblichkeit im Übergang vom Sommer zum Herbst im Vergleich kleiner Zeiträume (Gft. SHG; 1750 –1869) in Prozent

Sieht man von den gehobenen gesellschaftlichen Schichten ab, erfolgte die Betreuung von Säuglingen vornehmlich durch die Mütter. Fielen sie als Betreuungsperson aus, ließ sich dies in der Vergangenheit zumindest in der frühen Kindheitsphase nur schwer kompensieren. So hat Schlumbohm beobachtet, dass der Tod der Mutter im 1. Lebensjahr des Kindes in Belm eine Erhöhung der Säuglingssterblichkeit um 73 % nach sich zog.¹⁴⁹¹ Die Vermutung liegt also nahe, dass sich in deren Arbeitsalltag seit den 1840er Jahren eine Aufgabenverschiebung und/oder –erweiterung zu Lasten der Säuglinge vollzogen hat. Imhof verweist auf einen „Kartoffel-Rhythmus“ und einen „Zuckerrüben-Rhythmus“.¹⁴⁹² Die Haupternte der Kartoffel fällt in die Zeit von Mitte September bis Anfang Oktober. Der Anbau der Zuckerrübe erfordert im Mai und Juni für das Hacken sowie vom ausgehenden September bis Mitte November für die Ernte einen hohen Arbeitsaufwand. Die Kartoffel begann sich bereits seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert rasch in Mitteleuropa durchzusetzen,¹⁴⁹³ die Zuckerrübe folgte wenig später.¹⁴⁹⁴ Im Laufe der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nahm der Zuckerkonsum

¹⁴⁹¹ Vgl. SCHLUMBOHM (1994), S. 159 f.; hierzu auch KLOKE (1997), S. 156.

¹⁴⁹² IMHOF (1983), S. 26 f.; vgl. auch WENDLER (2008), S. 199 f.; GEWEKE (2002), S. 59.

¹⁴⁹³ Dies gilt auch für die Grafschaft Schaumburg; vgl. Kap. 2.1.4.

¹⁴⁹⁴ Vgl. HENNING (1988), S. 76-79.

schließlich um das Zehnfache zu.¹⁴⁹⁵ Die veränderten Anforderungen der Feldbestellung erforderten eine verstärkte Heranziehung der Frauen, wobei sich deren Arbeitsbelastung im Monat September erheblich erhöhte. Imhof hebt hervor: „Eine hieraus resultierende Überbelastung der Frau (durch erhöhte Reproduktion und durch vermehrte Arbeitsleistung) wurde noch verstärkt durch die gleichzeitige Herausstreichung ihrer Mutter-, Gattinnen- und Haushalts-, Pflichten‘ auf ideologischer Ebene.“¹⁴⁹⁶ Die Säuglingssterblichkeit nahm zu, weil den Frauen weniger Zeit für die Betreuung der Kinder zur Verfügung stand.¹⁴⁹⁷

Schichtenspezifische Sterblichkeit

Charakteristisch für die frühneuzeitliche Säuglingssterblichkeit sind tendenziell geringere Werte im norddeutschen Raum. Quantitativ ordnet sich die Grafschaft Schaumburg in den mittleren Bereich ein. Über die Bedeutung der städtischen Säuglingssterblichkeit, und das betrifft sowohl den Norden als auch den Süden, lässt sich keine verallgemeinernde Aussage treffen.¹⁴⁹⁸ Dies gilt ebenfalls für die Frage nach schichtenspezifischen Unterschieden. In einigen Untersuchungen hat sich eine bis in das 20. Jahrhundert anhaltende, mit weiblicher Erwerbsarbeit korrespondierende erhöhte Sterblichkeit unter Säuglingen proletarischer Herkunft herausgestellt.¹⁴⁹⁹ Andere kamen zu dem Ergebnis, dass kein wesentlicher Unterschied zwischen Ober- und Unterschicht bis hin zu einer geringeren Säuglingssterblichkeit in den materiell schlechter gestellten Schichten bestand.¹⁵⁰⁰ Allerdings basieren diese Untersuchungen nur auf rein quantitativen Analysen, die Todesursachen fanden keine Berücksichtigung.

Viele städtische Familien in Schaumburg ergänzten ihren Lebensunterhalt durch Einkommen aus der Landwirtschaft. Sachsenhagen und Rodenberg zählten ohnehin zu den Ackerbürgerstädten. Daher bietet Schaumburg keine günstigen Voraussetzungen für eine Untersuchung zu möglichen Unterschieden in der Säuglingssterblichkeit zwischen Stadt und Land. Eine schichtenspezifische Analyse ist jedoch möglich. Auf der

¹⁴⁹⁵ Vgl. IMHOF (1983), S. 27.

¹⁴⁹⁶ Vgl. IMHOF (1981b), S. 359.

¹⁴⁹⁷ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 170; KLOKE (1997), S. 61.

¹⁴⁹⁸ Vgl. PLOSS (1874), S. 165-167; WRIGLEY (1969), S. 96-98; BURRI (1975), S. 49 u. 138; GEHRMANN (2011), S. 822-824; MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 90.

¹⁴⁹⁹ Vgl. WRIGLEY (1969), S. 169; HARDACH-PINKE/HARDACH (1978), S. 29 f.; KLOKE (1997), S. 58-60.

¹⁵⁰⁰ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 169; KOHL (1985), S. 135; GEHRMANN (2011), S. 824.

Grundlage der Familienrekonstitutionen des Kirchspiels Grove (Rbg) wurde überprüft, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsschicht als sozioökonomischer Faktor das Risiko, an Kinderkrämpfen zu sterben, erhöhte. Dafür wurden drei in sich möglichst homogene Gruppen gebildet, deren Unterscheidungsmerkmal die in den Kirchenbüchern oder weiteren registerförmigen Quellen aufgeführte Zuordnung der Kindsväter zu einer Berufsgruppe bzw. Bauernklasse ist: Die erste Gruppe umfasst die vollbäuerlich wirtschaftenden Haushalte (*Meyer, Köthner, Landwirte, Ackermänner*). Die unter- und nichtbäuerlichen Haushalte, deren Einkommen aus einer landwirtschaftlichen Tätigkeit (*Tagelöhner, Dienstknecht, Arbeitsmann*) bestritten wird, bilden die zweite Gruppe. Die dritte Gruppe schließlich setzt sich aus den Angehörigen der gebildeten Berufe zusammen, einer Bevölkerungsschicht, die sich hinsichtlich ihrer Wohn- und Arbeitsbedingungen von den anderen beiden Gruppen abhob. Die materielle Situation dieser Haushalte war zwar heterogen, gemeinsam ist ihnen jedoch, dass Tätigkeiten auf dem primären Sektor nicht ausgeübt wurden. Obwohl es sich bei den ermittelten prozentualen Anteilen lediglich um Richtwerte¹⁵⁰¹ (siehe auch unten) handelt, ergibt der Vergleich sehr unterschiedlich ausgeprägte Risiken für Kinderkrämpfe (**Tab. 19**). In den Familien sowohl der Vollbauern als auch der landwirtschaftlichen Hilfskräfte wirkten sich die Kinderkrämpfe weitaus stärker auf die Säuglingssterblichkeit aus als in denen der Angehörigen gebildeter Berufe.¹⁵⁰² Dieses Ergebnis entspricht Untersuchungen u. a. über deutsche Territorien, wonach die Schichtzugehörigkeit der Eltern zu den sozioökonomischen Faktoren zählt, die die Säuglingssterblichkeit beeinflussten.¹⁵⁰³ In den ersten beiden Gruppen bestand eine starke saisonale Bindung, die Landwirtschaft erforderte phasenweise den Einsatz möglichst aller arbeitsfähigen Familienmitglieder, darunter auch der Mütter von Säuglingen. Für die Frauen aus den Familien der dritten Gruppe galt dies nicht. Das Aufgabenspektrum der Frauen aus den gehobenen Schichten war vergleichsweise gering, so dass die Kinder aus diesen Familien mehr Aufmerksamkeit und Pflege genossen haben könnten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Kinder aus Familien, die ihren Lebensunterhalt durch eine

¹⁵⁰¹ Insbesondere in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden die Todesursachen in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) nicht durchgehend registriert. Insofern ist die tatsächliche Zahl an Kinderkrämpfen höher, ihr prozentualer Anteil bezogen auf die gesamte Geburtenzahl größer.

¹⁵⁰² Eines der beiden registrierten Kinder aus der Gruppe der gebildeten Berufe ist bereits 13 Stunden nach der Geburt gestorben (1793), das andere rund 4 Monate alt geworden (1773).

¹⁵⁰³ Vgl. MEDICK (1997), S. 368-373; MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 89.

landwirtschaftliche Tätigkeit sicherten, mangelhaft versorgt wurden. Für eine bewusste Vernachlässigung liegen keinerlei Anhaltspunkte vor. Dagegen legt das zeitliche Zusammentreffen des Anstiegs der Kinderkrämpfe im Monat September seit den 1840er Jahren die Annahme nahe, dass die Säuglingssterblichkeit in dieser Phase durch eine zunehmende Arbeitsbelastung der Frauen in die Höhe getrieben worden ist.

Tabelle 19

Kinderkrämpfe und Schichtenzugehörigkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1670–1875)

	Geburten insgesamt	davon registrierte Kinderkrämpfe	Anteil (in %)
Vollbauern	1.443	91	6,31
landwirtschaftliche Hilfskräfte	1.945	173	8,89
gebildete Berufe	274	2	0,73

Der Anteil der Kinderkrämpfe an der Säuglingssterblichkeit könnte sich in Schaumburg vom 17. bis zum 19. Jahrhundert erhöht haben (**Tab. 20**). Ein Anstieg von 48,0 auf 70,4 %, also um mehr als 20 %, ist indes nicht realistisch. Andernfalls hätte auch die allgemeine Säuglingssterblichkeit in diesem Zeitraum einen kontinuierlichen Zuwachs erfahren. Die Kinderkrämpfe wurden zunehmend häufiger registriert. Im Allgemeinen bestand vor dem ausgehenden 18. Jahrhundert eher wenig Interesse an den Todesursachen, im Besonderen gilt dies für Säuglinge. Eine Todesursache findet sich bei Kindern, die vor Vollendung des 1. Lebensjahres starben, im Zeitraum 1670–1749 in 28,2 %, 1750–1819 in 62,2 % und 1820–69 in 81,1 % aller Fälle. Im Gegensatz dazu wurden Sterbefälle infolge von Seuchen wie Pocken und Ruhr oder Unfällen in der Regel auch in Phasen verzeichnet, in denen die Todesursachen nicht zuverlässig dokumentiert worden sind. Ausschlaggebend war hier die relative Außergewöhnlichkeit der Ereignisse, denn einige der kirchenbuchführenden Personen sahen sich als Chronisten ihrer Zeit. Kinderkrämpfe waren eine nahezu alltägliche Erscheinung. Der erhebliche quantitative Zuwachs der Kinderkrämpfe unter den Todesursachen ist Folge ihrer Unterregistrierung in den älteren Zeiträumen. Der hohe prozentuale Anteil im 19. Jahrhundert stellt keine Besonderheit dar, die Bedeutung dieser Erscheinung im

Rahmen des Ursachenspektrums für die Säuglingssterblichkeit war durchgehend beträchtlich.

Tabelle 20

Kinderkrämpfe – prozentuale Anteile im Rahmen der Säuglingssterblichkeit in Schaumburg – Vergleich der dreier Zeiträume (1670–1749¹⁵⁰⁴, 1750–1819, 1820–1869)

	1670 - 1749 [n = 148]	1750 - 1819 [n = 3.033]	1820 - 1869 [n = 3.517]
Kinderkrämpfe	48,0	56,7	70,4
Krämpfe und weitere Todesursache(n)	4,7	2,9	3,8
andere Todesursache(n)	47,3	40,4	25,8
	100,0	100,0	100,0

Fehlernährung und ihre Folgen

Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit folgte im 19. Jahrhundert keinem eindeutigen Trend. In den süddeutschen Regionen stieg sie tendenziell an, im Norden war es keine Seltenheit, dass sie stagnierte oder rückläufig war.¹⁵⁰⁵ Letzteres trifft insbesondere für die Küstenregionen zu. Die Sterblichkeit in Butjadingen lag im 18. Jahrhundert unter Säuglingen bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres noch zwischen 14,1 und 18,5 %.¹⁵⁰⁶ In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sank die Sterblichkeit dort auf bis zu 11,7 %, während gleichzeitig in anderen Regionen oftmals jeder zweite oder dritte Säugling das 1. Lebensjahr nicht überlebte.¹⁵⁰⁷ Das Beispiel Butjadingens führt zurück zu der seit dem 18. Jahrhundert erhobenen Forderung an die Mütter, ihre Kinder selbst zu stillen. In Ostfriesland war dies vermutlich üblich, für Butjadingen lässt es sich belegen: „Die langen Geburtsintervalle in den Butjadinger Familien lassen diesen

¹⁵⁰⁴ Für den Zeitraum von 1670-1749 fand nur das Kirchspiel Grove (Rbg) Berücksichtigung, weil die Todesursachen in den Sterberegistern der anderen schaumburgischen Kirchspiele nicht registriert worden sind.

¹⁵⁰⁵ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 133; DERS. (2011), S. 820-824; MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 88-90; hierzu auch Kap. 2.3.2.

¹⁵⁰⁶ Vgl. NORDEN (1984), S. 63 f.

¹⁵⁰⁷ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 82.

Schluss zu, denn die Stillzeit ist in der Regel auch eine Zeit natürlicher Unfruchtbarkeit. Sie wurde daher in den Familien der Marsch vermutlich auch kontrazeptiv genutzt und dabei bewusst ausgedehnt.“¹⁵⁰⁸

Das Risiko eines frühen Todes verringerte sich, wenn ein Säugling regelmäßig gestillt wurde. Ob es sich bei der stillenden Person um die eigene Mutter oder eine Amme handelte, ist unerheblich. Denn gerade diejenigen gesellschaftlichen Schichten, die die Dienste einer Amme nicht in Anspruch nehmen konnten, waren in Schaumburg vorrangig vom Anstieg der Säuglingssterblichkeit im 19. Jahrhundert betroffen. Ein möglicher Mangel an Fürsorge, wie er den Ammen vorgeworfen worden ist, kann die Mortalitätsrate nicht mehr als marginal beeinflusst haben. Die Kinderkrämpfe, die im 19. Jahrhundert in Schaumburg bei zwei von drei Säuglingen als Todesursache eingetragen worden sind, haben keinen Bezug zum Ammenwesen. Die Ursachen für Kinderkrämpfe sind vielmehr zunächst in der allgemein üblichen Ernährung der Säuglinge zu suchen, die, wie wir aus den zeitgenössischen Berichten wissen, häufig nicht altersgerecht erfolgte. Problematisiert wurde darin die Fehlernährung, woraus zu schließen ist, dass Säuglinge zumindest bei normaler Versorgungslage nicht von Mangelernährung betroffen waren.¹⁵⁰⁹

Fehlernährung kann verschiedene gesundheitliche Störungen bei Säuglingen hervorrufen. Zu den Kinderkrämpfen liegen neben den vitalstatistischen Daten jedoch nur grobe Hinweise zur Symptomatik vor, was die Zuordnung zu einer bestimmten ernährungsbedingten Erkrankung schwierig macht. Der Frankfurter Arzt Johann Jacob Bräuner vermutet in der Verabreichung ungeeigneter Lebensmittel die Ursache für die Pylorusstenose, die er bereits 1712 beschrieb: „Wenn der Magen mit Milch und Papp gefüttert und der Pylorus gereizt worden, so bekommen die Kinder ein starkes Erbrechen.“¹⁵¹⁰ Zum einen erwähnt er eine „mechanisch (passagere) Muskelkontraktur des Magenpförtners“, den Pylorospasmus. Dessen Symptome ähneln der hypertrophen Pylorusstenose¹⁵¹¹, einer krankhaften Verengung des Magenausgangs unklarer Herkunft

¹⁵⁰⁸ NORDEN (1984), S. 67.

¹⁵⁰⁹ Eine Untersuchung frühmittelalterlicher Kinderskelette hat Anzeichen für Mangelernährung erst nach dem 2. Lebensjahr ergeben; vgl. ZINK (1999), S. 131 f.

¹⁵¹⁰ Zitat aus dem ersten Band von Bräuners „Thesaurus Sanitatis“ nach OEHME (1986), S. 77.

¹⁵¹¹ Zur Pylorusstenose vgl. allg. LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDERCHIRURGIE 006/056 [<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/006-056.html>] – letzter Zugriff: 2023-11-12].

(Ätiologie). Da der Transport der Speisen in den Zwölffingerdarm gestört ist, staut diese sich an und wird schließlich erbrochen. Unbehandelt¹⁵¹² führt die Störung zwangsläufig zur Dehydratation, da dem Körper nicht genug Flüssigkeit zugeführt werden kann. Unter frühneuzeitlichen Bedingungen bedeutete dies letztlich den Tod des Kindes. Die Verengung des Pylorus, die außerhalb Europas nur äußerst selten auftritt, setzt bei betroffenen Säuglingen im Alter von 3–10 Wochen ein. Allerdings handelt es sich bei der Pylorusstenose um eine angeborene Erkrankung. Weil sie familiär gehäuft auftritt, wird eine genetische Veranlagung vermutet. Die Fütterung mit ungeeigneten Nahrungsmitteln mag das Auftreten der Komplikation beschleunigt haben, eigentliche Ursache für die Erkrankung ist sie nicht. Darüber hinaus beträgt die Inzidenz lediglich 3 : 1.000, wobei Jungen 5-mal so oft wie Mädchen betroffen sind. Unter den Säuglingen männlichen Geschlechts war im frühneuzeitlichen Schaumburg die Sterblichkeit an den Kinderkrämpfen erhöht, die hypertrophe Pylorusstenose kann jedoch nur äußerst geringfügig dazu beigetragen haben.

Als direkte Folge einer Nahrungsmittelunverträglichkeit käme die Zöliakie in Betracht. Ursache ist hier eine Unverträglichkeit gegenüber dem Gluten, einer Proteinverbindung, die in Getreidearten wie Roggen und Weizen vorkommt. Die Betroffenen erleiden infolge einer Autoimmunreaktion eine kontinuierliche Zersetzung der Darmzotten, die sich auf der Schleimhaut des Dünndarms (Intestinum tenue) befinden und dessen Oberfläche erweitern. Die Funktionsbeeinträchtigung der Darmzotten vermindert die Resorptionsfähigkeit, so dass die aufgenommene Nahrung den Dünndarm weitgehend ungenutzt passiert. Im Kindesalter setzen die Beschwerden in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Fütterung mit glutenhaltiger Nahrung ein. Zunächst leidet das Kind unter Verdauungsproblemen. Auf lange Sicht führt die permanente Nährstoffunterversorgung beim kindlichen Organismus zu Gedeihstörungen, die sich – wie ebenfalls von Bräuner beschrieben – wie folgt äußern können: „Bei den großen dicken Bäuchen der kleinen Kinder (...) nehmen die Arme und Beine ab, auch wenn die Weiber den Kindern allzu viel Brey und Papp einzustopfen pflegen. Dieweil ihnen aber alles nicht gedeyet (...), so geraten diese Kinder darbey in Lebensgefahr, dorren ab und sterben vor der Zeit hinweg.“¹⁵¹³ Die Inzidenz der Zöliakie ist mit 1 : 200 jedoch ebenfalls sehr gering. Zudem tritt sie in unterschiedlichen Intensitäten auf, die

¹⁵¹² Die Erweiterung des Pylorus erfolgt mittlerweile vornehmlich auf endoskopischem Wege.

¹⁵¹³ Zitat nach OEHME (1986), S. 77.

Erkrankung in ihrem Vollbild liegt nur bei einem Teil der Betroffenen vor. Gedeihstörungen infolge einer Glutenunverträglichkeit können ebenfalls nur geringfügig zur Säuglingssterblichkeit beigetragen haben.

Eine weitere ernährungsbedingte Gesundheitsstörung ist die Darmtuberkulose. Die bakterielle Erkrankung kann insbesondere erhebliche Verdauungsbeschwerden hervorrufen. Man unterscheidet eine primäre und eine sekundäre Form der Darmtuberkulose. Bei der primären Form erfolgt die Infektion durch die Aufnahme des Erregers Mycobacterium bovis. Dieses Bakterium ist Auslöser der Rindertuberkulose und kann in nichtpasteurisierter Kuhmilch vorkommen. Bei der sekundären Form erfolgt die Infektion durch hochgehustete Erreger bei kavernöser Lungentuberkulose, die infolge Verschluckens in den Magen-Darm-Trakt gelangen. Langfristig kann es zu Geschwür- und Fistelbildung bis hin zum Darmverschluss kommen. Unmittelbare Folge der Darmtuberkulose sind aufgrund der symptomatisch auftretenden Diarrhoen eine mangelnde Protein- Natrium- und Kaliumversorgung des Organismus sowie Gewichtsabnahme. Die Darmtuberkulose tritt in Mitteleuropa heute nur noch selten auf, wohingegen aufgrund der hygienischen Bedingungen beide Formen der Darmtuberkulose noch bis ins 20. Jahrhundert hinein hier verbreitet gewesen sein dürften.

Hinter den frühneuzeitlichen Kinderkrämpfen verbergen sich auch Erkrankungen wie Pylorusstenose oder Darmtuberkulose. Dass sie maßgeblich zur hohen Säuglingssterblichkeit beigetragen haben, ist nicht wahrscheinlich. Die Passage aus Bräuners „Thesaurus Sanitatis“ enthält dennoch aufschlussreiche Informationen. Da die von ihm erwähnten Kinder mit Milch und „Papp“ resp. Brei gefüttert worden sind, muss es sich um Säuglinge gehandelt haben. Der Hinweis auf die Magenreizung indiziert, dass diese Kinder eine übergroße Menge an Nahrung zu sich genommen haben.¹⁵¹⁴ Den Schriften zeitgenössischer Mediziner ist zu entnehmen, dass ein Teil der Kinder sich nach der Fütterung übergeben hat.¹⁵¹⁵ Zudem wurden im Rahmen von Sektionen keine

¹⁵¹⁴ Auch NAGEL, KARL (1835), S. 17, beklagt „das Ueberladen des Magens bei jeder einzelnen Mahlzeit“; vgl. auch SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 228 f.

¹⁵¹⁵ Vgl. SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 288; GUERSENT/BLACHE (1837), S. 317.

organischen Veränderungen bei den verstorbenen Kindern bemerkt, allerdings gelegentlich unverdaute Nahrungsmittel in den Mägen.¹⁵¹⁶ Der dänisch-holsteinische Reformator Christian Ulrich Detlev von Eggers (1786) beschreibt die Ernährungsgewohnheiten und ihre Folgen auf Island:

„Ferner gewöhnt man sie sehr bald an härtere Speisen, als Fische und Fleisch, indem man solche für sie käuert, und sie allenfalls, so lange sie noch keine Zähne haben, mit Milch, Rahm, oder Butter flüssig macht. Andere glauben ihnen eine Wohlthat zu erzeugen, wenn sie ihnen Rahm anstatt Milch geben, und überhaupt hängt man an den Irrthum, die Kinder recht viel essen zu lassen, damit sie groß und stark werden. Daher entstehen viele Krankheiten bey den Kindern in dem ersten und zweyten Jahre, woran die meisten sterben. Einige bekommen gleich nach der Geburt Erbrechen mit schnellen Convulsionen, welche Krankheit man ebenfalls Lcek nennt; daran pflegen sie gewöhnlich nach einigen Tagen zu sterben. Andere bekommen nach einigen Monaten oder in einem Jahre Erbrechen, Durchfall mit Ohnmachten, und dann den Schlag, woran sie sterben. Mittel gegen diese Uebel wissen und gebrauchen die Einwohner nicht, und sie würden sie auch nicht nöthig haben, wenn sie nur eine bessere Diät beobachteten. Man sieht dies insonderheit in den Fischdistrikten, wo die meisten Kinder sterben, weil sie die ungesundeste Nahrung bekommen; und ohne Zweifel liegt hierinn die Ursache der beträchtlichen Abnahme der Bevölkerung in diesen Gegenden.“ (S. 77)

Man war nicht nur auf Island bestrebt, gerade Kinder mit geringem Geburtsgewicht schnell „aufzufüttern“, um sie widerstandsfähiger zu machen: „Aber unser Kind ist schwächlich, es ist unter ungünstigen Umständen geboren, – wie schwach sind seine Glieder, wie mager sein ganzer Körper’ – So höre ich die Leute reden. Falsche Voraussetzungen, falsche Folgerungen!“¹⁵¹⁷

Die Probleme mit der Säuglingsernährung auf Island verweisen insbesondere auf den Konsum tierischer Milch. Eine Erkrankung, die unmittelbar auf eine Unverträglichkeit von Milch hervorgerufen wird, ist die Laktoseintoleranz. 15 % aller Deutschen fehlt

¹⁵¹⁶ EBD., S. 320 u. 323 f.

¹⁵¹⁷ MOST (1839), S. 72.

das Enzym Lactase,¹⁵¹⁸ das für den Abbau von Milchzucker notwendig ist. Der Milchzucker gelangt nicht oder nur ungenügend aufgespalten in den Dickdarm, wo er sowohl Wasser als auch Darmbakterien anzieht. Die Folge sind Blähungen, Bauchschmerzen und Diarrhoe.¹⁵¹⁹ In Europa hat sich die Milchzuckerträglichkeit aufgrund einer Mutation während der Einführung der Landwirtschaft bzw. der Viehzucht vor ca. 8.000 Jahren herausgebildet. Im Mittelmeerraum, wo der Konsum von Milch und Milchprodukten geringer ist, leiden mehr Menschen unter einer Unverträglichkeit.¹⁵²⁰ In Afrika und Asien bildet die Laktoseintoleranz gleichsam den Normalzustand.

Kuhmilch unterscheidet sich darüber hinaus von der menschlichen Milch durch einen weitaus höheren Eiweiß- und Mineralgehalt.¹⁵²¹ Werden Säuglinge mit unverdünnter Milch gefüttert, besteht das Risiko von Nierenfunktionsstörungen sowie Verdauungsproblemen. Krämpfe können auch als Folge von Calcium- und Vitamin-D-Mangel auftreten. Eine chronische maternale Calciumunterversorgung, die u. a. durch ständige Schwangerschaften begünstigt wird, kann sich bei Neugeborenen innerhalb weniger Tage nach der Geburt symptomatisch durch Krämpfe (Neugeborenentetanie) äußern. Eine Minderversorgung an Vitamin D kann bei Kleinkindern zur rachitogenen Tetanie führen. Äußerst gefährlich ist aber die hypocalcämische Tetanie bzw. Hypocalcämie, bei der aufgrund eines Übermaßes an phosphatreicher tierischer Milch der Nährstoffhaushalt des Organismus erheblich gestört wird. Bereits im Mittelalter hatte man den Verdacht, dass Krämpfe bei Säuglingen durch Milch hervorgerufen werden könnten.¹⁵²² Erfolgt keine Verringerung der Nährstoffzufuhr, können Beeinträchtigungen u. a. von Nieren- und Herzfunktion, vor allem aber Tetanien und Laryngospasmen bis hin zum Erstickungstod auftreten.¹⁵²³

¹⁵¹⁸ Vgl. BUNDESZENTRUM FÜR ERNÄHRUNG: <https://www.bzfe.de/ernaehrung/ernaehrungswissen/gesundheitsunvertraeglichkeiten-frei-von-im-trend/laktoseintoleranz/> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

¹⁵¹⁹ Tierische Milch kann bei Säuglingen Verdauungsstörungen verursachen; vgl. auch IMHOF (1977), S. 41.

¹⁵²⁰ Vgl. RKI (2002), S. 97.

¹⁵²¹ Vgl. ALT (2002), S. 232 f.

¹⁵²² Vgl. SCHEIBENREITER (2008), S. 17 f. u. 53.

¹⁵²³ Vgl. MSD MANUAL – Ausgabe für medizinische Fachkreise: <https://www.msdmanuals.com/de-de/profi/endokrine-und-metabolische-krankheiten/elektrolytst%C3%B6rungen/hypokalz%C3%A4mie> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

Statistische Erhebungen aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben – mit regionalen Ausnahmen – ein Südost-Nordwest-Gefälle der Säuglingssterblichkeit ergeben, das mit den Stillgewohnheiten korreliert.¹⁵²⁴ Zugleich wurden Unterschiede zwischen Nachbarregionen registriert, wodurch die Annahme einer Kausalität mit der Ernährung zusätzlich gestützt wird. Zu den Ursachen, die zum allmählichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts beigetragen haben sollen, zählen neben hygienischen Verbesserungen daher der verstärkte Einsatz des medizinischen Personals für das Selbststillen sowie die Produktion geeigneter tierischer Säuglingsmilch.¹⁵²⁵

Wohnproblematik

Die These, die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit sei durch eine bewusste Vernachlässigung begünstigt worden, lässt sich für Schaumburg nicht bestätigen. Nicht Gleichgültigkeit, sondern Unwissenheit und Hilflosigkeit trieben die Todeszahlen in die Höhe. Untersuchungen aus süddeutschen Regionen deuten an, dass sich zudem die Konfessionszugehörigkeit als sozioökonomischer Faktor ausgewirkt hat. Römisch-katholische Bevölkerungsschichten scheinen sich gegenüber medizinischen Innovationen wie Hygienemaßnahmen reservierter verhalten zu haben.¹⁵²⁶ Weil unter ihnen außerdem das Selbststillen weniger gebräuchlich war, wurden den Säuglingen vermehrt ungeeignete Nahrungsmitteln verabreicht. Auch in Schaumburg zählte Fehlernährung zu den Hauptursachen der Säuglingssterblichkeit. Daneben aber sind in den schauburgischen Sterberegistern viele Säuglinge verzeichnet, bei denen aufgrund ihres geringen Alters ernährungsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen schwerlich in Frage kommen. Die Todesursache *allgemeine [Kinder]schwäche* indiziert eine beeinträchtigte körperliche Konstitution als Folge einer vorzeitigen Geburt, embryonaler Schädigungen etc. (siehe Kap. 3.2). Die Beseitigung der strukturellen Probleme im Bereich der Geburtshilfe und Säuglingspflege wurden im Laufe des 19. Jahrhunderts

¹⁵²⁴ Vgl. allg. IMHOF (1981b); hierzu auch KLOKE (1997), S. 65-82; ALT (2002), S. 236-238.

¹⁵²⁵ Vgl. STÖCKEL (1986), passim; DREES (1988), S. 87-90; VÖGELE (2001a), S. 34-37. Auch die Qualität der häufig verkeimten Milch wurde mit der Verbreitung der Pasteurisierung verbessert; vgl. VÖGELE (2001b), S. 307-312.

¹⁵²⁶ Vgl. WOLLESWINKEL-VAN DEN BOSCH (2000), S. 1033 u. 1037.

angegangen (siehe Kap. 3.1).¹⁵²⁷ Doch erst mit der Zunahme medizinischer Fortschritte, in jüngerer Zeit der Innovationen auf dem Gebiet der Gerätemedizin, verbesserten sich die Überlebenschancen Neugeborener.

Der Anteil der Säuglinge, die infolge einer unsachgemäß durchgeführten Entbindung schwere Verletzungen erlitten haben und daran gestorben sind, lässt sich nicht abschätzen. Doch weitaus mehr Neugeborenen dürften eine unzureichende postnatale Versorgung und hygienische Mängel das Leben gekostet haben. Bereits die Abnabelung barg erhebliche gesundheitliche Risiken. Daher wurde in den Fachbüchern zur Geburtshilfe Sorgfalt bei der Nabelschnurhygiene gefordert.¹⁵²⁸ Die Nabelschnur solle nicht nur richtig abgebunden, sondern die entstandene Wunde auch mit einer frischen Salbe behandelt und verbunden, der Verband täglich erneuert werden. Inwiefern die Hinweise und Empfehlungen insbesondere durch die Landhebammen befolgt worden sind, sei dahingestellt. Ohnehin scheint die Versorgung der Gebärenden priorisiert worden zu sein. Der schauburg-lippische Arzt Georg Friedrich Most (1839) teilt mit:

„So habe ich z. B. in hiesiger Stadt¹⁵²⁹ als Geburtshelfer häufig Gelegenheit gehabt, ein verkehrtes Benehmen der Hebammen in der Behandlung der Kreißenden und des Neugeborenen wahrzunehmen. Kaum ist das Kind zur Welt gefördert, so eilen sie, die noch stark pulsierende Nabelschnur abzuschneiden. Alsdann wird das Kind schnell in ein altes Tuch gewickelt und, wenn gerade Niemand Lust hat es hinzunehmen, auf die Seite, wohl gar auf den Fußboden gelegt, und hier bleibt es so lange seinem Schicksale überlassen, bis die übergeschäftige Hebamme die Nachgeburt, mit deren Lösung es bekanntlich gar keine Eile hat, mit Gewalt geholt, die fast ohnmächtige Kreißende auf die Beine gestellt, entkleidet und neu angekleidet, und dann in's Wochenbette gelegt hat. So lange Zeit muß das arme Würmchen oft nackend ohne Hülfe liegen bleiben, und zwar oft auf eine klägliche Weise“. (S. 32 f.)

¹⁵²⁷ NORDEN (1984), S. 65 f., führt bereits einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Butjadingen im ausgehenden 18. Jahrhundert auf eine Verbesserung des Hebammenwesens zurück; vgl. dagegen BURRI (1975), 143 f. u. 156; GEHRMANN (1984), S. 166-169; KOHL (1985), S. 141; RETTINGER (1989), S. 210 f.; SCHLÖDER (2014), S. 193.

¹⁵²⁸ Vgl. SIEBOLD (1841), S. 612; NAEGELE (1843), S. 314; VOGEL (1860), S. 64 f.

¹⁵²⁹ Most praktizierte im Anschluss an sein Studium der Medizin zunächst von 1817 bis 1823 als niedergelassener Arzt im schauburg-lippischen Stadthagen. Nach einem kurzen Aufenthalt in der mecklenburgischen Kleinstadt Bützow nahm er 1826 eine Privatdozentur an der Universität Rostock an. Das zitierte Werk entstand um 1839 in Rostock, wo Most 1845 verstarb.

Von einer Säuglingshygiene im modernen Sinne war man in der Frühen Neuzeit sehr weit entfernt. Hygienemängel begünstigen jedoch u. a. Tetanusinfektionen (Wundstarrkrampf). Erreger ist Clostridium tetani, ein Bakterium mit hoher Umweltresistenz, das zur Vermehrung auf anaerobe Bedingungen angewiesen ist. Daher kommt es im Erdreich, aber auch im Dung von Nutztieren wie Rindern und Pferden sowie Holz vor. Das Infektionsrisiko ist in agrarwirtschaftlich ausgerichteten Gesellschaften erhöht. Betrifft die Erkrankung, die insbesondere durch mangelnde Nabelschnurhygiene hervorgerufen werden kann, Säuglinge, bezeichnet man sie als Tetanus neonatorum (Neugeborenentetanus) oder auch Nabelschnurtetanus. Diese Form manifestiert sich innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Geburt. Die weltweite Todesrate ist sehr hoch,¹⁵³⁰ wobei in der Gegenwart vornehmlich Länder in südlichen Breiten und mit einer hohen Armutsrate betroffen sind. Das warme Klima begünstigt die Ausbreitung des Erregers, die unzureichenden hygienischen Bedingungen fördern die Infektion. In den westlichen Industrieländern kommt die Erkrankung kaum noch vor. Der Tetanus neonatorum, der früher rd. 90 % aller Tetanusinfektionen ausmachte, kann durch die Sterilisation der medizinischen Werkzeuge und die Befolgung weiterer Hygieneregeln verhindert werden. Darüber hinaus erwirbt der Säugling einen Immunschutz aufgrund maternalen Antikörper, wenn die Mutter eine Immunisierung und ggf. regelmäßige Auffrischungen erhalten hat.¹⁵³¹

Als therapeutische Maßnahme im Fall einer Tetanusinfektion kommt je nach Impfstatus die passive bzw. aktive Immunisierung in Frage. Um zu vermeiden, dass sich der Erreger weiter vermehrt, ist grundsätzlich eine sorgfältige Exzision der Wunde, gegebenenfalls auch eine Amputation des befallenen Körperlgedes erforderlich. Erschwerend wirkt sich der unspektakuläre Verlauf aus. Wird die Infektion erst spät entdeckt, sind die Erfolgsaussichten der Behandlung gering. Selbst bei intensivtherapeutischer Betreuung verlaufen 10–20 % der Fälle letal.¹⁵³² Das Bakterium produziert zwei unterschiedliche Toxine, deren eines über das Blut bis zum Rückenmark transportiert

¹⁵³⁰ Die Schätzungen der Zahl allein beim Neugeborenentetanus reichen von weltweit 180.000 (WHO; vgl. http://symptomat.de/Clostridium_tetani – letzter Zugriff: 2023-11-12) bis ca. eine Million (vgl. KLISCHIES (2008), S. 25) Todesfälle.

¹⁵³¹ Vgl. RKI: http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Tetanus/FAQ-Liste_Tetanus_Impfen.html#FAQId8045328 – letzter Zugriff: 2023-11-12.

¹⁵³² Vgl. KLISCHIES (2008), S. 26.

werden kann: „Hier besetzt es die sogenannten hemmenden Zwischenneurone (Renshaw-Zellen). Deren Aufgabe ist unter anderem, die sanfte Koordination zwischen Agonisten und Antagonisten der Muskulatur zu steuern. Wird dies behindert, sind unkoordinierte Krämpfe die Folge (daher Wundstarrkrampf).“¹⁵³³ Die Krämpfe betreffen in der Regel zunächst die Gesichtsmuskulatur,¹⁵³⁴ gehen dann auf die Rumpfmuskulatur über. Auch droht den Erkrankten infolge einer Verkrampfung der Atemmuskulatur der Erstickungstod.

Tetanus puerperalis bzw. neonatorum wurde von europäischen Ärzten 1812, vielleicht schon 1792 beschrieben, der Zusammenhang zwischen Geburten und Wundstarrkrampf war aber bereits in der Antike bekannt.¹⁵³⁵ Aufgrund der charakteristischen Krämpfe der Kaumuskulatur¹⁵³⁶ bezeichnete man die Krankheit in der Vergangenheit als Trismus neonatorum oder, so auch in Schaumburg, als *Mundklemme* oder *Kinnbackenkrampf*. Zwar vermuteten bereits einige Ärzte eine Übereinstimmung mit dem Tetanus;¹⁵³⁷ doch weil diese Erscheinung vorwiegend unter Säuglingen kurz nach der Geburt beobachtet wurde, setzte sich zunächst die Annahme eines eigenständigen Krankheitsbilds durch. Anzeichen für eine Infektion durch Clostridium tetani zeigten sich in der Regel schon innerhalb der 1. Lebenswoche.¹⁵³⁸ Die Letalität war außerordentlich hoch.¹⁵³⁹ Wenige Tage nach dem Sichtbarwerden der Symptome verstarben die meisten Kinder auf eine sehr qualvolle Weise, wobei sich das Sterben bis zu einer Woche hinziehen konnte. Die Beschreibung von Vogel (1860) vermittelt einen Eindruck vom Leiden der Kinder:

„1–5 Tage nach Abfall der Nabelschnur, niemals früher noch später, kömmt bei Kindern Trismus vor. Gewöhnlich gehen Vorboten voraus, als Unruhe,

¹⁵³³ KLISCHIES (2008), S. 25.

¹⁵³⁴ „Beim generalisierten Tetanus kommt es zuerst zu einer Tonuserhöhung der Kaumuskulatur: Der Mund kann nicht geöffnet werden, es treten Sprech- und Schluckschwierigkeiten auf; durch die Kontraktion der mimischen Muskulatur bekommt das Gesicht ein grinsendes Aussehen, das schon im Altertum als *Risus sardonius* beschrieben wurde. Die Tonuserhöhung führt dann zur schmerzhaften Dauerkontraktion weiterer Muskeln“; SCHÜTT-GEROWITT (2009), S. 178.

¹⁵³⁵ Vgl. HILWEG (1927), S. 3 f.

¹⁵³⁶ „Der sich dadurch bildende Gesichtszug ist für den untrüglich, der ihn einmal zu beobachten Gelegenheit hatte.“ DOEPP (1835), S. 158.

¹⁵³⁷ Vgl. HERAUSGEBER (1837), S. 330.

¹⁵³⁸ Vgl. EBD., S. 332 f., 337 f. u. 349; VOGEL, ALFRED (1860), S. 63 f.

¹⁵³⁹ Der Erreger selbst konnte noch nicht bekämpft werden, die Therapie bestand in der Gabe abführender, krampflösender sowie schlaffördernder Mittel; vgl. REUMANN (1844), S. 638-645; HÜTTEN-BRENNER (1874).

Weinen, ein eigenthümliches Zittern des Unterkiefers, Auffahren im Schlaf und Begierde nach der Brust, die das Kind aber schnell wieder los lässt. Nachdem diese Vorboten einige Stunden, höchstens Tage gedauert, können die Kinder plötzlich den Mund nicht mehr öffnen. Die Kaumuskeln fühlen sich hart an, die Haut darüber aber ist zum Unterschied von der Zellgewerbsverhärtung leicht verschiebbar. Die Gesichtszüge verlieren die den Neugeborenen eigene Ausdruckslosigkeit, der Mund spitzt sich zu, die aufeinander gepressten Lippen sind von strahlenförmigen Falten gefurcht, es bilden sich Falten auf der Stirne und den Wangen, die von bläulichen Ringen umgebenen Augen sind fest geschlossen, der Kopf ist stark nach hinten gezogen, der Nacken ist steif, die Haut ist turgeszirend, geröthet. Die Kinder vermögen nicht mehr zu schlucken (...). Anfangs hat dieser Zustand noch Intervalle, die Krämpfe lassen Stunden lang nach, so dass man an eine Genesung glauben könnte. Sie kehren aber regelmäßig wieder, werden immer anhaltender und dauern meist bis zum Tode, nur zuweilen tritt vor der Agonie wieder eine Relaxation der contrahirten Muskeln ein. (...) Nach 1–8 Tagen tritt der Tod ein und zwar durch Erstickung oder durch Erschöpfung.“ (S. 63)

Die Angaben zum Vorkommen in der Vergangenheit sind widersprüchlich.¹⁵⁴⁰ Über die Verbreitung des Tetanus neonatorum in warmen Klimazonen wie Südeuropa und der Karibik bestand Übereinstimmung. Auf Island oder im irischen Dublin soll er „endemisch“ aufgetreten sein. Für den deutschsprachigen Raum gibt es unterschiedliche Angaben. Einige Mediziner kannten ihn kaum, für andere war er eine beinahe alltägliche Erscheinung: „Auch in Sachsen kommt oder kam wenigstens früher die Krankheit häufig vor; ebenso in Fulda, so dass Schneider sogar (1805) behauptete: ‘Wir sind hierin genau genommen fast unglücklicher als die Einwohner von Minorca, Java, Ceylon und Barbados.’ Im März 1802 hatte er innerhalb vierzehn Tagen sechs Kinder an dieser Krankheit zu behandeln; eine dortige Hebamme beobachtete sie während neun Jahren mehr als sechzigmal.“¹⁵⁴¹

¹⁵⁴⁰ Vgl. HERAUSGEBER (1837), S. 338 f. u. 345; VOGEL, ALFRED (1860), S. 64; hierzu auch HILWEG (1927), S. 5 f.

¹⁵⁴¹ HERAUSGEBER (1837), S. 345.

In den schauburgischen Sterberegistern erscheinen die Todesursachen *Mundklemme* bzw. *Kinnbackenkrampf* insgesamt nur in 13 Fällen. Die beiden frühesten Belege fallen in die Jahre 1843 und 1848, die übrigen in die 1860er und 1870er Jahre. Mit einer einzigen Ausnahme – Rosenthal – stammen sämtliche Einträge aus Rinteln. Fast alle Kinder verstarben vor Vollendung der 2. Lebenswoche. Lediglich ein einziges Kind war zum Zeitpunkt des Todes älter (rd. 14 Monate). Fraglich ist im Falle dieses Kindes jedoch, ob es sich tatsächlich mit Tetanus infiziert hatte, da im Kirchenbuch zwei Todesursachen vermerkt wurden: *Diphtheritis u. Kinnbackenkrampf*. Bei Ausbildung einer toxischen Diphtherie können u. a. im Mundbereich ebenfalls Lähmungen auftreten. Nimmt man diesen Fall aus, beträgt die geschlechtsspezifische Verteilung genau 50 : 50 und entspricht damit den Beobachtungen, die der Herausgeber¹⁵⁴² der „Analekten für Kinderkrankheiten“ selbst gemacht hat: „Das Geschlecht der Kinder scheint keinen Einfluss auf die Disposition zur Krankheit auszuüben; unter den fünfundzwanzig Kindern, welche Elsässer am Trismus leiden sah, waren dreizehn Knaben und zwölf Mädchen. Hinsichtlich ihrer Konstitution waren es reife, wohlgebildete und allen Zeichen nach ganz gesunde, regelmaessig, mit dem Kopf voran geborne, und von ihren Müttern gestillte Kinder“.¹⁵⁴³ Allerdings könnte es sich dabei um einen Zufall handeln. Betrachtet man die geschlechtsspezifische Verteilung der schauburgischen Säuglinge, die innerhalb der ersten 8 Wochen nach der Geburt an Kinderkrämpfen verstorben sind, findet man ein deutliches Übergewicht auf Seiten der männlichen Kinder (**Tab. 21**): Der Anteil der männlichen Individuen unter den verstorbenen schauburgischen Säuglingen und Kleinkindern ist im Allgemeinen zunächst erhöht, in späteren Lebensphasen überwiegt der Anteil der weiblichen Individuen (vgl. Kap. 2.3.3). Die Kinderkrämpfe bilden keine Ausnahme. Noch vor Vollendung des 2. Lebensjahres hat sich die Verteilung so weit verschoben, dass der prozentuale Anteil der schauburgischen Mädchen, die an Kinderkrämpfen verstorben sind, über dem der Jungen liegt (**Tab. 16**). Auch Untersuchungen zur Sterblichkeit in Entwicklungsländern haben ein erhöhtes Sterberisiko auf Seiten männlicher Säuglinge für den Tetanus neonatorum ergeben.¹⁵⁴⁴ Allerdings handelt es sich dabei nicht um eine durchgehende Erscheinung. In einigen Untersuchungen lag der weibliche Anteil über dem männlichen.

¹⁵⁴² Der Familienname des „Herausgebers“, der in seinem Aufsatz die Erkenntnisse zum Tetanus neonatorum auf der Grundlage neuerer Veröffentlichungen vorstellt, wird nicht genannt.

¹⁵⁴³ HERAUSGEBER (1837), S. 346.

¹⁵⁴⁴ Vgl. WALDRON (2002), S. 166.

Tabelle 21

Kinderkrämpfe – Sexualproportionen in den ersten beiden Lebensmonaten in Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. LW			5. LW		
[n = 626]	150,4	100	[n = 219]	121,2	100
in %	60,1	39,9	in %	54,8	45,2
2. LW			6. LW		
[n = 478]	143,9	100	[n = 155]	146,0	100
in %	59,0	41,0	in %	59,4	40,6
3. LW			7. LW		
[n = 198]	141,5	100	[n = 87]	155,9	100
in %	58,6	41,4	in %	60,9	39,1
4. LW			8. LW		
[n = 208]	114,4	100	[n = 136]	130,5	100
in %	53,4	46,6	in %	56,6	43,4

Die Ausführungen zur saisonalen Verteilung des Tetanus neonatorum in der Vergangenheit ergeben kein ganz eindeutiges Bild. In den Analekten über Kinderkrankheiten hebt der Herausgeber (1837) hervor:¹⁵⁴⁵

„Auch die Witterung ist nicht ohne Einfluss; vorzüglich befördert eine feuchte Atmosphäre die Entstehung der Krankheit. Schon frühere Beobachter bemerken, dass die Krankheit häufiger sey in nassen Wintern oder beim Uebergang des Winters in den Frühling, als im trockenen Sommer. Auch in heißen Ländern ist die Beobachtung gemacht worden, dass sie bei weitem häufiger sich zeigt bei feuchter als bei trockner Witterung. (...) Die gefährlichste Zeit bei uns ist das Frühjahr; auf die Monate März, April und Mai kommen zwölf von jenen Fällen, also beinahe die Hälfte. In Triest dagegen ist der Trismus in der heißesten Jahreszeit am häufigsten.“ (S. 345 f.)

¹⁵⁴⁵ Vgl. auch REUMANN (1844), S. 616.

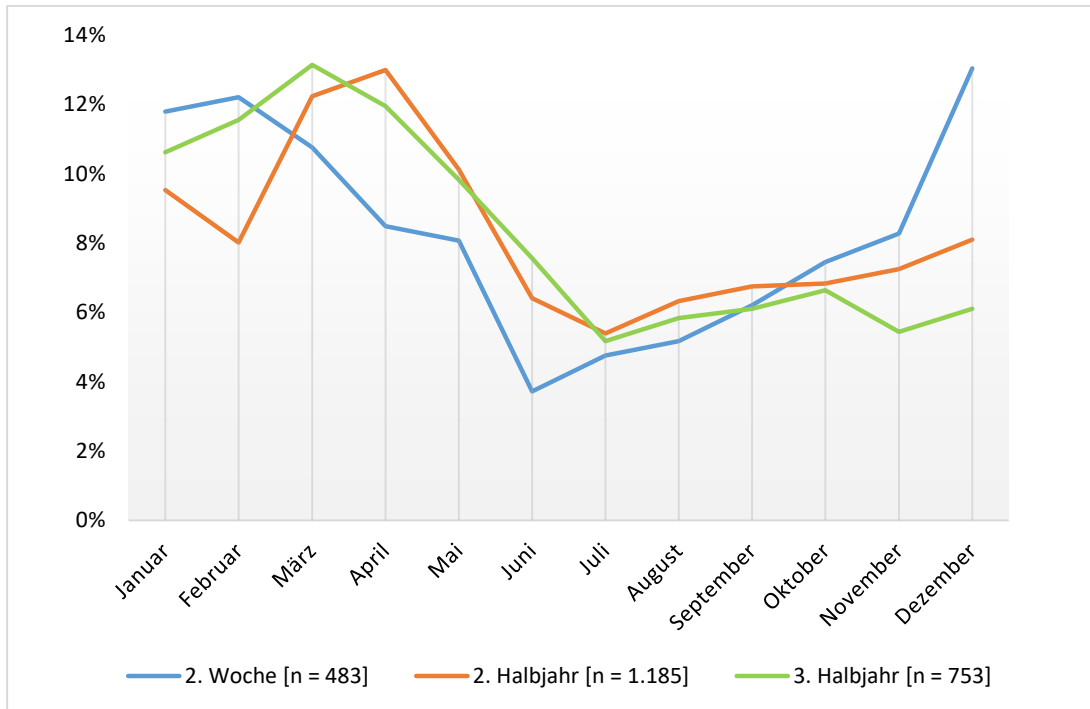


Abb. 89: Kinderkrämpfe – saisonale Verteilung im Vergleich dreier Altersgruppen (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Vergleicht man die saisonale Verteilung der Todesfälle von Säuglingen in Schaumburg, die innerhalb ihrer 2. Lebenswoche¹⁵⁴⁶ an Kinderkrämpfen verstorben sind, mit der von Kindern, die laut den Kirchenbüchern ebenfalls den Kinderkrämpfen zum Opfer fielen, aber zwischen einem halben Jahr und eineinhalb Jahren alt wurden, entdeckt man durchaus Unterschiede (**Abb. 89**): Die Sterblichkeit in der jüngsten Altersgruppe war im Dezember überdurchschnittlich hoch, im Juni lag sie weit unter dem Durchschnitt. Die verhältnismäßig hohen Werte in den Monaten Februar und März ließen sich noch mit einer hohen Zahl an Geburten im Frühjahr (vgl. Kap. 2.3.4 a) erklären. Eine Korrelation zwischen den Kurven der Todesfälle in der 2. Lebenswoche und der der Geburten besteht jedoch nicht. Sowohl das zügige Sinken der Werte bis Juni als auch ihr steiler Anstieg ab dem Herbst entsprechen der Entwicklung der Geburten keineswegs. Bemerkenswert ist zudem der große Abstand zwischen den Prozentwerten

¹⁵⁴⁶ Die Wahrscheinlichkeit, dass sich hinter der Diagnose Kinderkrämpfe Tetanus neonatorum verbirgt, ist im Falle eines Todes in der 2. Lebenswoche am höchsten. Bei Kindern, die nur wenige Tage alt wurden, können durchaus auch körperliche Schwäche, Geburtsschäden, mangelnde Geburtsreife etc. vorgelegen haben. Ab der 3. Lebenswoche sinkt wegen des raschen Fortschreitens der Krankheit die Wahrscheinlichkeit einer tödlichen Infektion durch Clostridium tetani.

von Juni (3,7 %) und Dezember (13 %). Bei den Geburten beträgt der weiteste Abstand zwischen 2 Monaten lediglich 2,5 %.¹⁵⁴⁷

Die saisonale Verteilung der Kinderkrämpfe in verschiedenen Altersgruppen indiziert, dass in der 2. Lebenswoche eine weitgehende ursächliche Übereinstimmung besteht. Dass es sich dabei um Tetanus neonatorum handelt, scheint zunächst unwahrscheinlich. Denn mittlerweile ist nachgewiesen, dass Feuchtigkeit die Infektion durch Clostridium tetani begünstigen kann. Optimale Wachstumsbedingungen findet der Tetanuserreger zudem bei einer Temperatur von ca. 37° C in anaerober Atmosphäre. Stark verbreitet ist er in feuchtwarmen Gebieten, wo Menschen unter mangelnden hygienischen Umständen leben. Das schauburgische Klima bietet Clostridium tetani eigentlich keine optimalen Bedingungen. Überdies sind die meisten Kinder aus der in Frage kommenden Altersgruppe gerade in den kältesten Monaten des Jahres verstorben. Allerdings lebten die Bewohner der niedersächsischen Hallenhäuser bis ins 20. Jahrhundert hinein unter vergleichbaren hygienischen Verhältnissen wie die Menschen in den modernen Verbreitungsgebieten. Dass die Infektionsgefahr ausgerechnet im Dezember und Januar in Schaumburg so hoch war, wird plausibel, wenn man sich vor Augen führt, dass Clostridium tetani u. a. im Dung von Rindern und Pferden vorkommt. Während der Wintermonate lebten diese Tiere auf relativ engem Raum mit den Menschen unter einem gemeinsamen Dach. Da es unüblich war, die Stallungen regelmäßig auszumisten, fand der Erreger in dem festgetretenen Dung der Tiere einen guten Nährboden. Die Lebens- und Arbeitsumstände, denen der größte Teil der Bevölkerung unterworfen war, waren mit den medizinischen Ratschlägen, nach denen das Kind täglich zu baden, mit sauberen Handtüchern abzutrocknen und vor Verunreinigungen wie Staub zu schützen sei,¹⁵⁴⁸ nicht vereinbar. Dies galt um so mehr in den Wintermonaten, in denen die Möglichkeit, Textilien zu reinigen, ohnehin eingeschränkt war. Vor dem 19. Jahrhundert war nur der Schlafbereich des niedersächsischen Hallenhauses von den Stallungen der Rinder und Pferde getrennt. Es ließ sich daher nur unzureichend

¹⁵⁴⁷ Der geringste Wert entfällt mit 7 % auf den August, der höchste mit 9,5 % auf den Februar. Berechnungsgrundlage waren die Daten aus den Geburtenregistern der Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750-1869.

¹⁵⁴⁸ Vgl. MOST (1839), S. 33 f.; SIEBOLD (1841), S. 614; NAEGELE (1843), SS. 315 f.

heizen, so dass gerade im Winter die Innentemperaturen problematisch niedrig waren.¹⁵⁴⁹ Das tägliche Baden der Säuglinge war ebenso ausgeschlossen wie die Einhaltung hygienischer Mindeststandards.

Ohnehin war die Wahrnehmung von Schmutz eine andere. Der größte Teil der Landbevölkerung wechselte die Kleidung selten und putzte sich bestenfalls an besonderen Tagen heraus. Verschmutzte Kleidung galt nicht als anstößig. Weil man in engem Kontakt mit dem Vieh lebte, rief auch der allgegenwärtige Tierdung keinen Ekel hervor. Man maß ihm keinen geringen Stellenwert bei, weil er notwendig war, um den Boden anzureichern und damit den Ernteertrag zu steigern, letztlich also das Überleben sicherte. Dass Tierdung oder Ackerboden Krankheitserreger enthalten können, war den Medizinern lange unbekannt. Die Abkehr von der Miasmenlehre (vgl. Kap. 2.2.1) erfolgte erst im Laufe des 19. Jahrhunderts. Als Überträger von Krankheiten verdächtigte man bis dahin die Luft: „Was ist’s, das ein unreifes Kind nicht verträgt? Der Reiz der Atmosphäre, die seine ganze äußere Oberfläche berührt. Die Aerzte, die einen unzeitig gebornen Prinzen dadurch retteten, daß sie ihn in ein frisch geschlachtetes Thier steckten, (...) handelten ganz richtig“.¹⁵⁵⁰ War mutmaßlich verunreinigter Luft nicht auszuweichen, versuchte man, sie durch das Abbrennen von Sträuchern oder Kräutern zu neutralisieren. Wo Milchwirtschaft, die ein hohes Maß an Sauberkeit erfordert,¹⁵⁵¹ betrieben wurde, senkte man unbewusst das Risiko für Tetanus neonatorum. Doch von Hygiene im modernen Sinn war man weit entfernt, im Umgang mit Säuglingen vergleichsweise sorglos. Damit fand Clostridium tetani nicht nur in den räumlichen Verhältnissen einen guten Nährboden. Das Infektionsrisiko war wegen des engen Kontakts zwischen Mensch und Tier in den Wintermonaten erhöht und eine Übertragung auf Neugeborene relativ leicht möglich.

Die Wohnverhältnisse in den schauburgischen Ackerbürgerstädten haben sich nicht grundlegend von den dörflichen unterschieden. Viele Städter lebten ebenfalls in engem Kontakt mit den als bevorzugte Wirte von Clostridium tetani in Frage kommenden

¹⁵⁴⁹ Die Temperatur in einem Haus dieser Bauart lag lediglich 4–6 Grad Celsius über der Außentemperatur; vgl. OTTENJAHN (1988), S. 136 f.

¹⁵⁵⁰ REUMANN (1844), S. 618.

¹⁵⁵¹ GEHRMANN (1984), S. 170.

Tierarten. Anders verhält es sich mit den Wohnverhältnissen der Angehörigen der gebildeten Schicht, wenngleich nicht alle von ihnen wirklich wohlhabend waren. Der typische bürgerliche Haushalt umfasste nur den Wohnbereich im modernen Sinne, gegebenenfalls erweitert um einen Nutzgarten. Im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit unterlagen die Männer keiner saisonalen Abhängigkeit, für die Frauen bestand nicht die für den primären Sektor charakteristische Notwendigkeit einer Einbindung in den Arbeitsprozess. So lebten von den insgesamt 48 Säuglingen, die innerhalb der 2. Lebenswoche im Kirchspiel Grove (Rbg) an Kinderkrämpfen (1750–1869) starben, nur 10 in der Stadt Rodenberg, was einem Anteil von rund 20 % entspricht. Der Anteil Rodenbergs an der Einwohner- und Häuserzahl im Kirchspiel lag annähernd 10 % höher. Drei der Väter sind in den Quellen als Bürger und Brauer registriert. Da sie keinen weiteren Beruf ausübten, ist anzunehmen, dass die Landwirtschaft ihr Haupterwerb war. Vier Familien waren Einlieger. Eines der Kinder war unehelich, die Mutter war vermutlich ebenfalls als Einliegerin untergebracht. In einem Fall liegen keinerlei Hinweise auf die individuellen Wohnverhältnisse vor, möglicherweise handelt es sich um eine Familie auf der Durchreise. Der Vater des zehnten Kindes wird als Kauf- und Handelsmann bezeichnet. Für diese Familie sind am ehesten Wohnverhältnisse denkbar, die einem vergleichsweise hohen Hygienestandard entsprechen. Zugleich ist wegen der Notwendigkeit des Warentransports die Haltung von Pferden wahrscheinlich.

In der Handelsstadt Rostock war die Säuglingssterblichkeit in den Familien der gehobenen sozialen Schichten geringer.¹⁵⁵² Die hygienische Situation der anderen Bevölkerungsschichten dürfte ungünstiger gewesen sein. Denn die allgemeine Säuglingssterblichkeit war zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Rostock nachweislich in den ersten 30 Tagen nach der Geburt erhöht, was auf Clostridium tetani hindeutet. Trotz der ländlichen Prägung war die Sterblichkeit unter Säuglingen innerhalb der ersten 4 Lebenswochen in den oldenburgischen Kirchspielen Altenesch und Wardenburg sehr gering.¹⁵⁵³ Denkbar ist, dass die Wohnverhältnisse oder naturräumliche Gegebenheiten die Verbreitung des Erregers entgegenstanden. Alles in allem dürfte in größeren Stadt das Risiko für eine Tetanusinfektion hinter dem der Dörfer und Ackerbürgerstädte, wo das Bakterium aufgrund der Wohnverhältnisse gute Lebensbedingungen fand, gelegen

¹⁵⁵² Vgl. MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 104.

¹⁵⁵³ HINRICHS/NORDEN (1980), S. 64, heben hervor, dass sich die beiden Kirchspiele damit deutlich von „vielen anderen Regionen Europas“ unterscheiden.

haben. Dass in Schaumburg die Todesursachen bzw. Diagnosen *Mundklemme* und *Kinnbackenkrampf* fast ausnahmslos in den Sterberegistern der Stadt Rinteln aufgeführt werden, ist auf eine exaktere Diagnostik zurückzuführen. In Rinteln war zum einen die Ärztedichte höher; zum andern waren die Rintelner Ärzte besser qualifiziert und konnten Diagnosen auf dem Stand der zeitgenössischen Medizin treffen. Am höchsten war die Sterblichkeit am Tetanus neonatorum „auf dem Lande, wo er jedoch selten ein Gegenstand ärztlicher Hülfe ist.“¹⁵⁵⁴

Tetanus neonatorum wurde im Gegensatz etwa zu Island in Schaumburg kaum als Todesursache diagnostiziert, was aber wenig über dessen Häufigkeit aussagt. Zum einen waren die meisten schaumburgischen Kinder mit dem Zeitpunkt der Geburt einer Umgebung ausgesetzt, die alle Voraussetzungen für das Vorhandensein von Erregern aufwies. Zum andern bestand in Anbetracht der hohen Säuglingssterblichkeit kaum Interesse an den genauen Gründen für den Tod neugeborener Kinder. Am höchsten war die Wahrscheinlichkeit, am Nabelschnurtetanus zu sterben, im Alter von der vollendeten 1. bis zur 3. Lebenswoche. In dieser Phase sind die Kinderkrämpfe in den schaumburgischen Sterberegistern als Todesursache relativ stark vertreten. Die kurze Lebensdauer der betroffenen Kinder schließt aus, dass die sichtbaren Krampfstände durch eine Hyperkalzämie hervorgerufen worden sind. War die eigentliche Ursache eine schwache körperliche Konstitution, wäre der Tod nicht unter einer Variante der Kinderkrämpfe, hinter denen sich ein Sterben unter erheblichen Schmerzen verbirgt, registriert worden. Die Todesursachen wurden nicht durchgehend angegeben, der – zu schätzende – Anteil des Tetanus neonatorum ist daher höher anzusetzen. So lag in den stichprobenweise erhobenen schaumburgischen Kirchspielen der Anteil aller Kinder,¹⁵⁵⁵ die innerhalb der ersten 5 Wochen nach der Geburt verstorben sind, zumeist über 4 %, stets aber unter 6 %. Die Hälfte von ihnen überlebte die 1. Lebenswoche nicht. Wegen des äußerst geringen Alters ist bei einem Teil dieser Kinder Tetanus neonatorum als Todesursache ebenso auszuschließen wie Fehlernährung oder epidemische Infektionskrankheiten. Kinder, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach ihrer Geburt verstorben sind, dürften ohnehin wegen körperlicher Schwäche oder Verletzungen infolge auftretender Geburtskomplikationen notgetauft worden sein. Ab der 4.

¹⁵⁵⁴ HERAUSGEBER (1837), S. 345.

¹⁵⁵⁵ Berücksichtigt wurden alle Sterbefälle, also auch diejenigen ohne Angabe einer Todesursache.

Lebenswoche sank die Wahrscheinlichkeit für den Tetanus neonatorum. Die schaum-
burgischen Werte liegen somit unter denen des schwäbischen Oberamtsbezirks Hall.
Dort starben 1832/1833 741 Menschen, bei 48 Neugeborenen wurde Trismus diagnos-
tiziert, was einem Anteil von 6,5 % entspricht.¹⁵⁵⁶

Umwelteinflüsse werden als sterblichkeitserhöhender Faktor in der frühesten Lebens-
phase eher gering erachtet. In den ersten 30 Tagen nach der Geburt sei die Sterblichkeit
„noch stark durch die Entwicklung des Fötus während der Schwangerschaft der Mutter
wie auch durch Probleme während der Geburt bestimmt“.¹⁵⁵⁷ Doch nicht nur die Be-
funde aus den modernen Entwicklungsländern, sondern auch die Ergebnisse für
Schaumburg haben ergeben, dass zumindest Clostridium tetani unter bestimmten Be-
dingungen eine erhebliche Gefahr für das Leben der Säuglinge unmittelbar nach der
Geburt darstellt. Das Bedrohungspotential dieses Erregers ist unmittelbar abhängig
von den individuellen Lebensbedingungen und den therapeutischen Möglichkeiten,
die zur Bekämpfung zur Verfügung stehen. Insofern gefährdete Clostridium tetani
nicht nur Neugeborene. Auch ältere Kinder und Erwachsene sind dem Erreger zum
Opfer gefallen, wenngleich dies möglicherweise in Unkenntnis der tatsächlichen To-
desursache nicht explizit in den Quellen verzeichnet worden ist. Indizien für Diagno-
sesicherheit im Fall einer Infektion mit Clostridium tetani finden sich in Schaumburg
erst weit im 19. Jahrhundert. Der früheste Beleg für die Todesursache [*Wund*]starr-
krampf, einer alten Bezeichnung für eine Tetanuserkrankung, datiert in das Jahr 1846.
Doch auch hinter einem Eintrag aus dem Jahre 1769 im Sterberegister des Kirchspiels
Grove (Rbg), wonach ein Kind *plötzl. an den Schürchen im 13. Jahr* verstorben ist,
könnte sich eine Tetanuserkrankung verbergen. Durch den täglichen Umgang mit dem
Vieh und ständigem Kontakt mit Erde waren die allermeisten Menschen in der Ver-
gangenheit grundsätzlich gefährdet. Einer weiteren Risikogruppe gehören zudem äl-
tere Menschen an, da diese oftmals unter Durchblutungsstörungen leiden. Wird eine
infizierte Wunde nur unzureichend mit Sauerstoff versorgt, kann sich das anaerobe
Bakterium leichter vermehren. Charakteristisch für Clostridium tetani ist, dass bereits
Bagatellverletzungen zu einer Infektion führen können. Dies gilt selbst für kariöse
Zähne und Zahnstümpfe. Weil sie „geradezu glänzende Wachstumsbedingungen für
den Tetanusbazillus darstellen“, bestand aufgrund der Gewohnheit, die Zähne mit

¹⁵⁵⁶ Vgl. HERAUSGEBER (1837), S. 345.

¹⁵⁵⁷ MÜHLICHEN/SCHOLZ/DOBLHAMMER (2015), S. 92.

Holzsplittern oder Strohhalmen zu reinigen, die Gefahr, sich auf diesem Wege zu infizieren.¹⁵⁵⁸

Die Identifizierung des Erregers sowie die anschließende Entwicklung eines Impfstoffs gelangen erst in den 1880er Jahren. Bis dahin sah man die Ursache für den Ausbruch von Tetanus neben „psychischen Affecten“ vorzugsweise in Erkältungen, was nicht frei von Logik war.¹⁵⁵⁹ Denn die Krankheit mit ihrer typischen Symptomatik wurde insbesondere bei verwundeten Soldaten beobachtet, die längere Zeit auf einem kalten und feuchten Erdboden gelegen haben. Nun wusste man zwar um die Probleme einer unzureichenden Wundversorgung und dem „Wundbrand“, einer verallgemeinernden Bezeichnung für ganz unterschiedliche Infektionen. Dass Wunden, die durch Clostridium tetani befallen waren, einer eigenständigen Art der Versorgung bedürfen, war nicht bekannt: Am 18.09.1775 ereignete sich in Hessisch Oldendorf ein Unfall, bei dem die eineinhalb Jahre alte Tochter des Postmeisters Glünder durch einen Pistolenschuss schwer verletzt worden war.¹⁵⁶⁰ Das Kind hatte mit einer geladenen Pistole gespielt und sich dabei in den Oberschenkel geschossen. Es wurde daraufhin unverzüglich dem Nachrichten Stieck *in die Cur gegeben* und befand sich zunächst *noch ganz guth*, doch am 22.09.1775 verstarb das Kind unerwartet. Stieck sagte daraufhin aus, dass er sich bemüht hatte, *die Wunde vor Geschwulst und Inflammation* zu bewahren. Die Wunde habe sich *im besten Stande* befunden. So war es nicht vorhersehbar, *daß das Kind die Epilepsie bekommen und darinnen sterben würde*. Eine empfohlene Methode der Wundversorgung war das täglich mehrfache Auswaschen mit Vitriolwasser, wobei immerhin darauf geachtet werden sollte, fließendes oder Regenwasser zu verwenden.¹⁵⁶¹ Um die Vermehrung des Erregers zu unterbinden, wäre jedoch eine rasche großflächige Exzision der Wundränder erforderlich gewesen. Dieser Erkenntnis standen die diagnostischen Möglichkeiten der Zeit allerdings noch entgegen.

Der Wechsel der Jahreszeiten beeinflusste die Säuglingssterblichkeit. Aufgrund der allgemeinen Wohnbedingungen war das Risiko für die Neugeborenen, am Tetanus neonatorum zu erkranken, während der Wintermonate erhöht. Die ernährungsbedingte

¹⁵⁵⁸ Vgl. MENDEL (1925), S. 9.

¹⁵⁵⁹ Vgl. HILWEG (1927), S. 11-19.

¹⁵⁶⁰ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

¹⁵⁶¹ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1752, S. 807 f.

Hypercalcämie drohte wiederum in den arbeitsintensiven Phasen, was im 19. Jahrhundert zu einem vorübergehend Anstieg der Säuglingssterblichkeit im Übergang vom Sommer zum Herbst führte. Der saisonale Mortalitätsgipfel der Kinderkrämpfe fällt in das erste Jahresdrittel (siehe oben **Abb. 85**), also in die Phase, in der auch die Gesamtsterblichkeit in Schaumburg ihre höchsten Werte erreichte. Eigentlich wäre gerade für diesen Zeitraum ein Rückgang der Säuglingssterblichkeit zu erwarten. Im Übergang vom Winter zum Frühling war die Arbeitsbelastung in der Landwirtschaft niedrig. Die Mütter hatten mehr Zeit, sich um ihre Kinder zu kümmern und diese, sofern es nicht vollkommen unüblich war, zu stillen. Allerdings wird in dieser Phase das Leben der Säuglinge durch eine weitere Gefahr bedroht, denn im Laufe des Winters nehmen infektionsbedingte Atemwegserkrankungen zu (vgl. 3.6.1). Anzunehmen ist, dass die verschiedenen Varianten der Kinderkrämpfe bisweilen auch als – die für die jüngste Altersgruppe übliche – Todesursache registriert wurden, obwohl die betreffenden Säuglinge tatsächlich an einer Atemwegserkrankung verstorben sind.

Gerade für diese Gruppe besteht ein jahreszeitlich bedingt hohes Risiko, an einer Otitis media acuta (Mittelohrentzündung) zu erkranken. Die Otitis media acuta¹⁵⁶² beginnt fast ausnahmslos mit einer Infektion der oberen Atemwege zumeist durch das Respiratory-Syncytial-Virus oder Influenzaviren. Begünstigt wird die Erkrankung durch eine Verbindung zwischen der Auris media (Mittelohr) mit den oberen Atemwegen über die Tuba auditiva (Eustachi-Röhre). Kommt es in der Folge zu einer bakteriellen Superinfektion, kann sich die Entzündung des Nasen-Rachen-Raums in die Mittelohrräume bzw. die Paukenhöhle ausbreiten. Seit Einführung der Pneumokokkenimpfung wird die Otitis media acuta vornehmlich durch Streptococcus pneumoniae und Haemophilus influenzae¹⁵⁶³ hervorgerufen. Zu den lebensbedrohlichen Komplikationen zählen vor allem die Meningitis, der Epiduralabszess sowie die otogene Sinusthrombose, bei der es infolge abgelöster bakteriell infizierter Thromben zur Embolisierung und Sepsis mit letalem Verlauf kommen kann, wenn eine geeignete Therapie, ggf. eine Operation, unterbleibt.¹⁵⁶⁴ Als eigenständiges Krankheitsbild wird die Otitis media chronica, bei der es zu einer allmählichen Zersetzung von Knochenmaterial kommt,

¹⁵⁶² Vgl. HARNACK (1980), S. 233-235; KOLETZKO, (2007), S. 380 f.

¹⁵⁶³ Zu den Auswirkungen einer Infektion durch das Bakterium Haemophilus influenza Typ b (HiB) vgl. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/haemophilus-influenzae-typ-b-hib> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

¹⁵⁶⁴ Vgl. ZENNER (2008), S. 103.

unterschieden. An mittelalterlichen Kinderskeletten ließ sich die Otitis media nachweisen, wenngleich eine Unterscheidung in eine akute und eine chronische Verlaufsform nicht möglich war.¹⁵⁶⁵ Der Anteil der Betroffenen in verschiedenen Kinderpopulationen schwankte zwischen 4,7 und 100 %.¹⁵⁶⁶ Mittelalterlichen Medizinern war das Krankheitsbild durchaus bekannt.¹⁵⁶⁷ Die therapeutischen Möglichkeiten waren allerdings beschränkt und dürften zumindest im Falle eines fortgeschrittenen Krankheitsverlaufs kaum Wirkung entfaltet haben. Naheliegend ist die Vermutung, dass sich hinter einer „Geistesverwirrung“ als Folge der Otitis media acuta eine Meningitis verbirgt. Das relativ diffuse Spektrum an Begleitsymptomen erschwerte es selbst den Medizinern des 19. Jahrhunderts, die Krankheit sicher zu diagnostizieren.¹⁵⁶⁸

Auch die Anfälligkeit für die Otitis media acuta wird mit den individuellen Lebensbedingungen in Verbindung gebracht. So wird die größere Häufigkeit unter den frühmittelalterlichen Populationen mit einer stärkeren Anfälligkeit für Infektionskrankheiten infolge von Mangelernährung und ungünstigen Wohnverhältnissen erklärt.¹⁵⁶⁹ Erst seit der Entdeckung der Antibiotika ist die Otitis media acuta, von der aktuell zwei Drittel aller Kinder in der Bundesrepublik bis zum Alter von 3 Jahren mindestens 1-mal betroffen sind,¹⁵⁷⁰ nicht mehr lebensbedrohlich. Weil sie in der akuten Phase mit außerordentlich großen Schmerzen einhergeht, äußert sie sich in einer Symptomatik, die das beobachtende soziale Umfeld an Spasmen erinnern dürfte.¹⁵⁷¹ Mit dem niederdeutschen Begriff *Scheuerchen* wurde auch ein hochgradiger Schmerzzustand umschrieben.

Bewertung

Krämpfe sind ein Begleitsymptom unterschiedlicher Krankheiten. Auch für die Kinderkrämpfe gibt es keine monokausale Erklärung. Offen bleibt, ob die in den schaum-burgischen Sterberegistern aufgeführten Säuglinge vor ihrem Tod an muskulär beding-

¹⁵⁶⁵ Vgl. JUNGKLAUS (2010), S. 157-159.

¹⁵⁶⁶ Die Befunde stützen sich auf eine röntgenologische bzw. endoskopische Untersuchung der Ohrregion. Lediglich lupen-mikroskopisch untersucht wurden die Skelette aus der Siedlung mit dem geringsten Anteil an betroffenen Kindern; vgl. JUNGKLAUS (2010), S. 158 f.

¹⁵⁶⁷ Vgl. SCHEIBENREITER (2008), S. 19, 35 u. 57 f.

¹⁵⁶⁸ Vgl. SCHWARZ (1835), S. 23-29.

¹⁵⁶⁹ Vgl. JUNGKLAUS (2010), S. 180 f.

¹⁵⁷⁰ THOMAS U. A. (2014), S. 151 f.

¹⁵⁷¹ Vgl. auch SCHWARZ (1835), S. 21-25.

ten Spasmen litten oder aufgrund übergroßer Schmerzen eine krampfartige Körperhaltung einnahmen. So kommen auch Lungenentzündungen in Betracht, denn erkrankte Kinder „verziehen das Gesicht, deuten meistens Schmerzen und Angst an, und weinen, sobald sie husten.“¹⁵⁷² Die häufigsten Ursachen sind neben der Ernährung eine Reihe von Erregern, die Komplikationen wie Meningitis oder Sepsis auslösen können. Bakterien wie *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae* haben vermutlich, *Clostridium tetani* nachweislich den Tod vieler Säuglinge ausgelöst. Darüber hinaus ist eine große Verbreitung von Polioviren, den Erregern der Poliomyelitis (Kinderlähmung), anzunehmen (vgl. Kap. 4.1). Die Infektion erfolgte vor dem 20. Jahrhundert in der Regel innerhalb der ersten beiden Lebensjahre. Da Kinder, die nicht verstarben, einen anhaltenden Immunschutz erwarben, trat die Poliomyelitis vor der allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse unter älteren Kindern und Erwachsenen kaum auf.

Fehlernährung und Tetanus haben nichts miteinander zu tun. Das Risiko für Tetanus neonatorum und andere Infektionskrankheiten korreliert mit den hygienischen Verhältnissen, eine ernährungsbedingte Hypercalcämie kann durch Fehlernährung hervorgerufen werden. Die Kinderkrämpfe bilden ein Bündel aus mehreren Erkrankungen exogener Ursache.¹⁵⁷³ Verbindende Klammer sind die allgemeinen Lebensumstände, die sich erst seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zu ändern begannen. Bis dahin bestand in weiten Teilen der schauburgischen Bevölkerung kein Bewusstsein für die gesundheitlich problematischen Wohn- und Arbeitsbedingungen. Ohnehin hätte sie wenig daran ändern können. Man war es gewohnt, dass viele Kinder bereits innerhalb weniger Stunden nach der Geburt starben, bei weiteren ein paar Tage später ein qualvolles Sterben in Form von furchtbaren Krämpfen einsetzte. In Ermangelung eines Gegenmittels fand man sich damit ab. Und mehr noch: Weil die Kinderkrämpfe permanent in Erscheinung traten, vermutete man nicht, dass die Krämpfe, unter denen die etwas älteren Säuglinge litten, eine andere Ursache, und zwar die Ernährung, hatten. Man war überzeugt davon, das Richtige zu tun, wenn man Säuglinge mit vermeintlich kräftigenden Nahrungsmitteln fütterte. Milch, Fleisch, Getreide oder einfach nur, ge-

¹⁵⁷² BUSCH (1842), S. 691.

¹⁵⁷³ Die exogenen Ursachen wie Fehlernährung und Hygienemängel sind abzugrenzen von den endogenen bedingten wie Komplikationen als Folge genetischer Defekte.

nug zu essen zu haben, waren positiv besetzt. Weil Alkohol als Stärkungsmittel erachtet wurde, war es für viele Menschen abwegig, dass er die Kinder schädigen könnte. Die auf empirischen Erkenntnissen fußenden zunehmenden Warnungen der Mediziner wurden weitgehend ignoriert. Und auch die Empfehlung, Säuglinge vor der Gewöhnung an feste Nahrungsmittel rund ein halbes Jahr lang ausschließlich zu stillen, wurde in den westlichen Industrieländern erst im 20. Jahrhundert zu einer Selbstverständlichkeit.

3.4 Infektiöse Krankheiten der Kindheit

Im breiten Spektrum der humanspezifischen Krankheiten gibt es einige, die vornehmlich bereits in der Phase der Kindheit auftreten. Daher werden sie auch als „klassische“ Kinderkrankheiten bezeichnet. Einige Krankheiten aus dieser Gruppe sind relativ harmlos, da Komplikationen selten auftreten. Zudem gilt die gefährlichste der Kinderkrankheiten – die Pocken – seit mehr als 30 Jahren als ausgestorben. Dieser Erfolg verdankt sich der Entwicklung eines effektiven Impfverfahrens. Geimpft wird mittlerweile auch gegen Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten oder Diphtherie. Krankheiten, die noch weit bis in das 20. Jahrhundert hinein allein in Deutschland jährlich Tausenden von Kindern das Leben kosteten, haben zumindest für die Bevölkerung der modernen Industrieländer ihren einstigen Schrecken verloren.

Bereits in der Frühen Neuzeit bemühten sich die Mediziner um die Unterscheidung der infektiösen Krankheiten der Kindheit. Ähnliche Symptomatiken erschwerten die ätiologische Bestimmung. Viele Kinderkrankheiten werden von einem Exanthem und bisweilen hohem Fieber begleitet. Erst die Fortschritte auf dem Gebiet der Infektiologie und der Labordiagnostik erbrachten Sicherheit. Außerdem ziehen Kinderkrankheiten immer wieder Spätfolgen nach sich. Nicht selten treten diese erst Jahre nach der Primärinfektion bzw. dem Abklingen der Symptomatik auf, so dass für die Zeitgenossen die tatsächliche Ursache nicht mehr nachzuvollziehen war. Im Rahmen einer historisch-demographischen Untersuchung ist daher zu berücksichtigen, dass letztlich auch die infektiösen Krankheiten der Kindheit in den Sterberegistern unterrepräsentiert sind. Allerdings hatte im Übergang zur Neuzeit die Diagnosesicherheit zugenommen. Zudem ist der Anteil der durch Spätfolgen verursachten Todesfälle im Verhältnis zur Gesamtzahl gering. Die mit den entsprechenden Todesursachen registrierten schauenburgischen Kinder dürften tatsächlich zum größten Teil an Krankheiten wie Pocken, Diphtherie oder Masern gestorben sein. Begünstigt wurde die hohe Letalität nicht zuletzt durch die damaligen Lebensumstände, was wiederum dazu beigetragen hat, dass sich die meisten Todesfälle in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Ausbruch der Infektion ereigneten und damit sicher bestimmen ließen.

Kinderkrankheiten wie Windpocken (Varizellen) oder Röteln (Rubella) verlaufen in aller Regel komplikationslos. Dass dies in den vergangenen 2–3 Jahrhunderten anders

war, ist unwahrscheinlich. So galten die Windpocken als milde Variante der Pocken. Weil die Pockeninoculation (vgl. Kap. 3.4.1) nicht gegen die Windpocken immunisierte, erkannte man sie jedoch bereits im 18. Jahrhundert als eigenständige Krankheit.¹⁵⁷⁴ In den schaumburgischen Sterberegistern finden sich während des gesamten Untersuchungszeitraums insgesamt nur drei Belege für die Windpocken.¹⁵⁷⁵ Die Röteln hingegen, die bereits im 17. Jahrhundert beschrieben und von den Masern abgegrenzt worden sind,¹⁵⁷⁶ sind als Todesursache in Schaumburg überhaupt nicht belegt. Dass einer Rötelnepidemie im Jahre 1794 in Berlin mehrere 100 Kinder zum Opfer gefallen sind,¹⁵⁷⁷ ist abwegig. Zu den Komplikationen der Röteln zählen Gelenkentzündungen und – sehr selten – die Meningitis. Ein erhöhtes Risiko besteht nur im Fall von Schwangerschaften, weil sie zur Rötelnembryopathie mit hohen Missbildungsraten führen oder Spontanaborte hervorrufen können. Die Symptomatik der beschriebenen Epidemie in Berlin ging vermutlich mit einem auffallenden Exanthem einher und mag äußerliche Ähnlichkeiten zu den Röteln aufgewiesen haben. Vielleicht grassierten parallel auch die Röteln, was für eine größere Stadt an der Wende zum 19. Jahrhundert nicht ungewöhnlich wäre. Als Ursache für die vielen Todesfälle unter den Kindern kommen die Röteln nicht in Betracht.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden nur diejenigen der infektiösen Krankheiten der Kindheit berücksichtigt, die mit einer hohen Letalität einhergingen. Es sind dies die Pocken, die Masern, der Keuchhusten, der Scharlach und die Diphtherie. Darüber hinaus wird ausführlich auf eine Krankheit eingegangen, die als Frieseln bezeichnet wurde und insbesondere in Schaumburg eine Todesursache der Kindheit war. Die Frieseln bilden einen Sonderfall, weil es sich bei ihnen nicht um eine Krankheit im eigentlichen Sinne handelt. Zudem kann man sich diesem Phänomen auch nur ein Stück weit nähern. Was sich im Einzelfall tatsächlich hinter der Todesursache *Frieseln* verbirgt, lässt sich nicht mehr klären. Doch wer sich mit dieser Todesursache eingehender beschäftigt, gewinnt nicht nur weiterführende Informationen über die infektiösen Krankheiten der Kindheit, sondern auch Erkenntnisse zur Entwicklung der modernen Medizinwissenschaft.

¹⁵⁷⁴ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 60.

¹⁵⁷⁵ Bezeichnet wurden sie in Schaumburg als *Scha(a)fblattern*.

¹⁵⁷⁶ Weil sich dabei insbesondere deutsche Autoren hervortaten, wird diese Krankheit in den englischsprachigen Ländern als „german measles“ bezeichnet; vgl. OEHME (1963), S. 53 u. 92.

¹⁵⁷⁷ Vgl. FORMEY (1796), S. 163 f.

3.4.1 Pocken

Der medizinische Fachterminus für die Pocken lautet Variola vera und leitet sich von dem lateinischen Adjektiv „varius“ (gefleckt, scheckig oder bunt) ab. Darin spiegelt sich das äußere Erscheinungsbild, ein typisches Exanthem, wider. Im deutschen Sprachraum bezeichnete man die Pocken in der Vergangenheit zunächst als „Blattern“ (mhd. blâtere = Blase, Beutel), im englischen Sprachraum sind sie als „smallpox“ (im Engl. verwandt mit pocket = Tasche) geläufig.

Klinische Beschreibung

Die Pocken sind eine hochkontagiöse Infektionskrankheit und werden durch das Variolavirus übertragen. Die Infektiosität beginnt bereits im Prodromalstadium etwa 2–3 Tage vor Auftreten des Exanthems. Das Variolavirus kennt als rein humanpathogener Erreger nur den Menschen als Wirt, was seine spätere Bekämpfung erleichterte. Es teilt sich in zwei verschiedene Stämme, die in Bezug auf ihre Letalität deutlich voneinander abweichen: Variola major führt in 10–50 % der Erkrankungen zum Tode, Variola minor in maximal 5 %.¹⁵⁷⁸ Beobachtet wurden Letalitätsunterschiede auch im 18. Jahrhundert.¹⁵⁷⁹ Ob die beiden Stämme zu diesem Zeitpunkt schon existierten, wird in jüngerer Zeit in Frage gestellt. Untersuchungen von Pockenerregern auf der Grundlage genetischen Materials legen die Vermutung nahe, dass sie sich erst infolge der Einführung von Pockenschutzimpfungen herausgebildet haben.¹⁵⁸⁰ Die Übertragung erfolgt vornehmlich durch Tröpfchen-, seltener durch Schmierinfektion. Aber auch Staubinfektionen sind durchaus möglich, zumal der Erreger unter günstigen Bedingungen seine Infektiosität auch nach Verlassen des Wirts lange bewahren kann.¹⁵⁸¹ Die Inkubationszeit beträgt etwa 10–14 Tage.¹⁵⁸² Der weitere Krankheitsverlauf wird in verschiedene Stadien unterteilt. Das 2–4 Tage andauernde Initialstadium wird begleitet

¹⁵⁷⁸ Gem. BUGERT (2009), S. 872, und BOSSI (2004), S. 2, liegt die Letalität bei Variola minor unter 1 %.

¹⁵⁷⁹ Beispielsweise enthält ein Artikel aus dem Jahre 1756 eines im lippischen Blomberg wohnhaften Arztes den Hinweis: „Bald nach der Erndte des verflossenen Jahres kamen die natürlichen Blattern in diese Stadt, erzeugten sich aber so gelinde, daß in einigen Monaten keiner daran sturb.“ NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 43, 1757, S. 676.

¹⁵⁸⁰ Vgl. allg. DUGGAN (2016).

¹⁵⁸¹ Pockenviren bleiben „unter trockenen Bedingungen jahrelang infektiös in Kleidern und Haushaltsgegenständen“; BUGERT (2009), S. 876.

¹⁵⁸² Die Angaben zu den äußeren Grenzen reichen von 4–19 Tagen.

von einem plötzlich einsetzenden hohen Fieber sowie bisweilen außerordentlich starken Kopf- und Rückenschmerzen. Nach einem vorübergehenden Abfall des Fiebers und Verringerung der Schmerzsymptomatik bildet sich im Eruptionsstadium erst ein juckendes Exanthem. Es erinnert in seiner Färbung an die Masern, wird zunächst im Gesicht und an den Unterarmen sichtbar und breitet sich dann über den gesamten Körper aus. Die Organmanifestation äußert sich zunächst in Form von tief in Haut und Schleimhaut einsitzenden Knötchen, die sich dann zu Bläschen vergrößern, aus denen sich nach etwa 4 Tagen schließlich die typischen, 6–8 Millimeter großen Pusteln entwickeln. Erst mit dem Auftreten dieser Pusteln war es für die Zeitgenossen mit einiger Sicherheit möglich, die Krankheit von Masern, Windpocken oder auch von fiebrigen Erkrankungen zu unterscheiden. Diese Phase kann bis zu 8 Tagen andauern, dann fließen die Pusteln zusammen (Suppurationsstadium), verkrusten und bilden eine Borke, die nach 12–14 Tagen abfällt (Exsikkationsstadium). Die Erkrankung geht einher mit einer Lymphozytose, wie sie viele Infektionskrankheiten begleitet. Zu den Komplikationen zählen u. a. Hepatitis, Enzephalitis, Myokarditis, vor allem aber Erkrankungen der Atemwege. Die eigentliche Todesursache ist letztlich die Intoxikation des befallenen Organismus.¹⁵⁸³

Bleibt die Immunantwort des Organismus aus, bildet sich mit den „schwarzen (oder hämorrhagischen) Pocken“ eine Verlaufsform¹⁵⁸⁴ heraus, bei der infolge verminderter Gerinnung innere Blutungen auftreten.¹⁵⁸⁵ Zwischen 3 und 5 % aller Erkrankten sind von dieser Komplikation betroffen, die zu annähernd 100 % letal verläuft. Eine ähnlich hohe Sterblichkeitsrate wurde bei den „flachen Pocken“ beobachtet. Charakteristisch für diese Variante ist eine langsame Entwicklung der Läsionen, die sich in ihrem Aussehen zudem von den herkömmlichen Pusteln unterscheiden. Die Kontagiosität ist im Stadium des Auftretens des Exanthems am höchsten. „Die größte Infektiosität besteht bei ulzerierten Schleimhautpusteln im Rachen. Ein kurzer gleichzeitiger Aufenthalt mit einem Kranken in einem Raum genügt, um die Infektion auszulösen. Eintrittspforten sind die Schleimhäute des Respirationstraktes.“¹⁵⁸⁶ Grundsätzlich sind die Erkrankten erst dann nicht mehr ansteckend, wenn die Effloreszenzen von Haut und

¹⁵⁸³ „Als Todesursache gilt Blutvergiftung in Verbindung mit Immunkomplexen und Hypotonie.“ BOSSI (2004), S. 1.

¹⁵⁸⁴ Zu Beschreibungen unterschiedlicher Verlaufsformen der Pocken vgl. LINDNER (2017), S. 41–48.

¹⁵⁸⁵ Die Letalitätsrate beträgt bei ungeimpften Personen 96 %; vgl. BOSSI (2004), S. 6.

¹⁵⁸⁶ HARNACK (1980), S. 140.

Schleimhaut vollständig abgeheilt sind. Bis dahin kann der Erreger oropharyngeal oder durch Kontakt mit den Schorfpartikeln übertragen werden. Mit zunehmender Eintrocknung der Pusteln vermindert sich die Gefahr einer Schmierinfektion. Durch den die Läsionen bedeckenden Schorf ist das Virus zudem relativ isoliert. Am häufigsten erfolgte die Übertragung wohl indirekt durch kontaminierte Objekte wie die Kleider oder die Bettwäsche der Erkrankten. Wer eine Pockeninfektion überlebt hat, ist grundsätzlich immun. Sollte im Falle nachlassenden Immunschutzes eine erneute Infektion, die Variolois, auftreten, verläuft diese leichtgradig bei sehr günstiger Prognose.¹⁵⁸⁷

Der Ausbruch von Pockenepidemien wurde sowohl durch die allgemeinen Lebensumstände als auch das sorglose Verhalten der Menschen in der Vergangenheit begünstigt. Darüber hinaus bringt die primäre Virämie, die zwischen dem 3. und 4. Tag nach der Infektion einsetzt, keinerlei Beschwerden mit sich. Die Erkrankung bleibt zunächst unerkannt.¹⁵⁸⁸ Ein infizierter Wirt bedeutet für seine Umwelt beginnend mit der Inkubationszeit über das Akutstadium bis zum Abschluss der Rekonvaleszenz während eines Zeitraums von mindestens 4 Wochen eine potentielle Gefährdung. Durch die Isolation des Virus infolge der Verkrustung der Pusteln verringert sich zwar das Risiko einer Kontaktinfektion. Allerdings bewahrt der Erreger in diesen trockenen Partikeln seine Virulenz durchaus ein Jahr und länger, sofern die kontaminierten Gegenstände nicht gewaschen oder desinfiziert werden.

Eine antivirale Therapie gegen die Pocken gab und gibt es nicht.¹⁵⁸⁹ Der wirksamste Schutz besteht in der Impfung (Vakzination) mit dem Vacciniavirus, das sich von dem Erreger der Kuhpocken (ital. vacca = die Kuh), einer milde verlaufenden Euterinfektion, ableitet.¹⁵⁹⁰ Die Impfung an sich ist harmlos. Statistisch gesehen stirbt in der Gegenwart bei einer Million Impfungen weniger als eine Person.¹⁵⁹¹ Zudem können Impfungen bei Krankheitsbeginn die Letalität vermindern. Begünstigend im Sinne der Krankheitsbekämpfung wirkte sich aus, dass durch die Bindung des Variolavirus an

¹⁵⁸⁷ Allerdings können die an der Variolois erkrankten Personen andere, die weder auf natürlichem Wege immunisiert oder geimpft wurden, mit den Variola infizieren.

¹⁵⁸⁸ Vgl. GINS (1925), S. 419.

¹⁵⁸⁹ „Das wohl bedeutendste Problem bei der Pockenerkrankung ist, dass diese auch in der heutigen Zeit nicht kausal therapierbar ist. Lediglich eine ausreichend gute Pflege sowie lokale Maßnahmen und systemische Therapien sind zur Linderung der Beschwerden bzw. zur Unterstützung des Organismus möglich.“ LINDNER (2017), S. 56.

¹⁵⁹⁰ Die Sterblichkeitsrate unter geimpften Personen beträgt ca. 3 %.

¹⁵⁹¹ Dieser Wert wurde 1968 in den USA ermittelt; vgl. BOSSI (2004), S. 3.

den menschlichen Wirt die dem Erreger im Falle von Zoonosen im eigentlichen Sinne offenstehende Rückzugsmöglichkeit in das Tierreich entfällt. Dieser Umstand erhöhte die Wirksamkeit von Maßnahmen gegen die Pocken erheblich. Am 26.10.1979 wurde die Krankheit nach einer vorangegangenen weltweiten Bekämpfung durch die World Health Organisation (WHO) schließlich als ausgestorben erklärt.¹⁵⁹² Bis zu diesem Zeitpunkt haben die Pocken in der Bevölkerungsgeschichte global eine verhängnisvolle Rolle gespielt.

Pocken in der Vergangenheit

Der Ursprung der Pocken wird in Asien, namentlich China und Indien vermutet. In Europa könnten sie schon in der vorchristlichen Antike bekannt gewesen sein.¹⁵⁹³ In epidemischem Ausmaß scheinen sie erst im Laufe des Spätmittelalters aufgetreten zu sein, wobei sie möglicherweise unter der Bezeichnung „Pestilenz“ Erwähnung gefunden haben.¹⁵⁹⁴ Über die Auswirkungen der frühen Pockenepidemien auf die europäische Bevölkerung liegen kaum Informationen vor. Doch im Gegensatz zu Nord- und Südamerika, wo die dort ansässigen Populationen durch die von den Konquistadoren exportierte Krankheit erheblich dezimiert wurden, soll sich die Pockensterblichkeit in Europa zunächst noch in Grenzen gehalten haben.¹⁵⁹⁵ Denkbar ist insofern eine gewisse Immunisierung unter den Europäern aufgrund vorangegangener Epidemien. Hierfür spricht, dass den Pockenepidemien auf Island, die dort durchschnittlich 1-mal pro Generation auftraten, Kinder und Erwachsene gleichermaßen zum Opfer fielen,¹⁵⁹⁶ während in den anderen europäischen Ländern Kinder bis zum Alter von 7 Jahren die Hauptbetroffenen waren.¹⁵⁹⁷ Zu Beginn der Frühen Neuzeit hatten sich die Pocken nachweislich als fester Bestandteil des europäischen Krankheitsspektrums etabliert.¹⁵⁹⁸ Zeugnisse für Epidemien mit hoher Sterblichkeit in Norddeutschland liegen

¹⁵⁹² Der letzte bekannte Todesfall datiert in das Jahr 1978 und betrifft eine englische Laborantin, die sich im Umgang mit Pockenviren infizierte. Die letzte auf natürlichem Wege erworbene Infektion mit letalem Ausgang wurde im Jahr zuvor in Somalia registriert. In Deutschland sind die Pocken letztmals 1972 in Hannover aufgetreten. Der Erkrankte, ein Gastarbeiter aus dem Kosovo, hatte sich vermutlich bei einem Urlaub in seiner Heimat, wo sie durch einen „Mekkapilger (...) importiert worden war“, infiziert. Er überlebte die Krankheit; vgl. WEISE (1980), S. 294; THIEBEN (2017), S. 245.

¹⁵⁹³ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 56.

¹⁵⁹⁴ Vgl. VASOLD (1999), S. 103.

¹⁵⁹⁵ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 57.

¹⁵⁹⁶ Vgl. IMHOF (1977), S. 39.

¹⁵⁹⁷ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 56; RÖDEL (1979), S. 58.

¹⁵⁹⁸ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 292.

für das 16. Jahrhundert vor.¹⁵⁹⁹ Bis zur Einführung der Vakzination nahm die Frequenz der Epidemien deutlich zu.¹⁶⁰⁰ Um 1800 wurden ungefähr 10 % aller Todesfälle in Europa auf diese Krankheit zurückgeführt.¹⁶⁰¹

In China wurden bereits im 10. Jahrhundert Impfungen durchgeführt, bei denen getrocknete Pusteln intranasal oder deren flüssiger Inhalt subkutan verabreicht wurden. In West- und Mitteleuropa wurde die Möglichkeit einer Schutzimpfung bereits im frühen 18. Jahrhundert diskutiert.¹⁶⁰² Das Ergebnis war die Einführung der Inokulation bzw. Variolation, bei der der Impfling mit dem Virus, gewonnen aus der Borke oder dem Inhalt der Pusteln leichterkrankter Kinder, infiziert wurde. Der auf diese Weise hervorgerufene abgeschwächte Krankheitsverlauf führte nach dem Abklingen im Regelfall zur Immunisierung. Praktiziert wurde diese Methode zuerst in England, in Deutschland verbreitete sich die Variolation erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Die Akzeptanz auf Seiten der Bevölkerung blieb weiterhin gering. Den Durchbruch im Rahmen der Pockenbekämpfung schuf dann der englische Landarzt Edward Jenner (1749–1823) mit seiner Schrift „An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae“ im Jahre 1798.

Pocken im Untersuchungsgebiet

Die Variola vera bzw. Pocken nehmen unter den infektiösen Krankheiten der Kindheit aufgrund von Häufigkeit und Letalität auch in Schaumburg eine exponierte Stellung ein.¹⁶⁰³ In den Sterberegistern erscheinen sie fast nur unter der mittlerweile ungebrauchlichen Bezeichnung *Blattern*. Die lateinische Bezeichnung *Variolis* kommt einzig in den Kirchenbüchern der Stadt Rinteln – dort allerdings ausnahmslos von 1750 bis 1804 – vor. Der Begriff *Pocken* findet sich gelegentlich. In attributiver Erweiterung gibt es noch *bösartige Blattern*¹⁶⁰⁴ sowie *natürliche Blattern*¹⁶⁰⁵. Das Nomenkompositum *Menschenblattern* ist ebenfalls sehr selten. Weil es erst nach Einführung der

¹⁵⁹⁹ Vgl. VASOLD (1999), S. 132.

¹⁶⁰⁰ Vgl. BRANDLMEIER (1942), S. 84; JUNGKUNZ (1951), S. 298 f.; ACKERKNECHT (1963), S. 57; VASOLD (1999), S. 181 f. u. 203.

¹⁶⁰¹ Vgl. FAUST, BERNHARD CHRISTOPH (1804), S. 6.

¹⁶⁰² Ausführlich zur Entwicklung der Pockenschutzimpfung siehe Kap. 3.4.7.

¹⁶⁰³ Das epidemische Auftreten der Pocken, ihre topographische Verteilung sowie die Entwicklung der Schutzimpfung werden ausführlich in den Kap. 2.3.5 bzw. 3.4.7 behandelt.

¹⁶⁰⁴ Der Zusatz *bösartig* sollte die Variola vera möglicherweise gegen die eher harmlosen Windpocken abgrenzen.

¹⁶⁰⁵ „Natürlich“ bildet das Unterscheidungskriterium gegenüber der im Rahmen der Variolation „künstlich“ herbeigeführten leichten Verlaufsform.

Pockenschutzimpfung erscheint, ist zu vermuten, dass es zur Abgrenzung von den Kuhpocken oder auch den Schafspocken (Windpocken) diene. Charakteristisch für die Pocken ist ihre relativ unverwechselbare Symptomatik. Trotz unterschiedlicher Verlaufsformen¹⁶⁰⁶ waren die Zeitgenossen aufgrund der beständig wiederkehrenden Epidemien gut vertraut mit dieser Krankheit. Eine Verwechslung mit anderen, insbesondere exanthematischen Kinderkrankheiten bzw. Fehldiagnosen durch Laien ist daher unwahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, dass die in den Kirchenbüchern aufgeführten Todesursachen *Blattern* bzw. *Variola* mit den Pocken identisch sind. In einigen wenigen Fällen erscheinen die Pocken in Verbindung mit einer anderen Krankheit wie *Brustkrankheit*, *Frieseln* oder *Ruhr* sowie mit *Scheuerchen*, (*hinzu gekommenen*) *innerlichen Zufällen* o. ä. Die Pocken wurden im Rahmen der Untersuchung jedoch als Primärerkrankung angesehen, die betreffenden Daten sind daher vollständig in die Analyse zu dieser Todesursache eingeflossen.

Zwar setzte sich in Schaumburg die Registrierung der Todesursachen erst im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts durch. Doch über epidemische Krankheiten wie Pest, Ruhr und Pocken existieren einige Belege aus dem vorangegangenen Jahrhundert. Die Pocken grassierten demnach bereits vor dem Beginn des Dreißigjährigen Krieges in Schaumburg.¹⁶⁰⁷ Pockensterbefälle erscheinen in den Registern nur ganz selten einzeln. Zumeist wird innerhalb eines begrenzten Zeitraums von einigen Monaten bis zu einem Jahr eine größere Anzahl an entsprechenden Sterbefällen aufgeführt. Für das ausgehende 18. Jahrhundert ist von einer endemischen Verbreitung der Pocken in Schaumburg auszugehen.¹⁶⁰⁸

Abgesehen von gelegentlichen Angaben der Krankheitsdauer¹⁶⁰⁹ enthalten die schaumburgischen Kirchenbücher so gut wie keine individualisierten Informationen. Die Dauer vom Ausbruch der Symptome bis zum Eintritt des Todes schwankte demnach zwischen 3 Tagen und 6 Wochen. Nur in einem einzigen Fall – er betrifft ein 17 Monate altes Kind, das *an den Folgen der Blattern nach 1/4jährig. Krancken Lager*

¹⁶⁰⁶ Vgl. GINS (1916), S. 7 f.

¹⁶⁰⁷ Kirchspiel Fischbeck, 1615. Ältere Kirchenbücher wurden nicht eingesehen, insofern könnte es durchaus weitere frühe Belege für Pockenepidemien geben.

¹⁶⁰⁸ Zu den Pockenepidemien hier und im Folgenden vgl. Kap. 2.3.5.

¹⁶⁰⁹ Lediglich im Kirchspiel Deckbergen wird zwischen 1794 und 1804 fast ausnahmslos die Krankheitsdauer aufgeführt.

starb (Bernsen, Kirchspiel Deckbergen, 1798) – lag die Krankheitsdauer darüber. Das Alter der Erkrankten kam hier nicht zum Tragen. So betrug beispielsweise das Siechtum eines nur 7 Monate alten Kindes bis zu seinem Tod 6 Wochen, während ein 7 Jahre altes Kind bereits nach 3 Tagen an den Pocken verstarb.

Berücksichtigt man alle Altersgruppen, so besteht mit einer Sexualproportion von 110 : 100 bzw. einem Anteil von 52,4 % [n = 2.217; 1750–1869] eine leichte Übersterblichkeit auf Seiten der männlichen Individuen in Schaumburg.¹⁶¹⁰ Dies lässt sich zum einen damit erklären, dass mehr Jungen als Mädchen geboren werden (107 : 100).¹⁶¹¹ Allerdings war in der frühen Lebensphase zumeist die allgemeine Sterblichkeit der Jungen erhöht, den Pocken fielen mehr weibliche Säuglinge zum Opfer (**Tab. 22**)¹⁶¹². Im 1. Lebensjahr beträgt die Sexualproportion lediglich 102 : 100, im 2. Lebensjahr liegt der Wert der Jungen sogar über dem der Mädchen. In den folgenden 3 Lebensjahren setzt dann eine Übersterblichkeit männlicher Kinder ein, die sich nicht auf den erhöhten Jungenanteil unter den Geburten zurückführen lässt.

Tabelle 22

Pocken – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Lebensjahr			4. Lebensjahr		
[n = 385]	102	100	[n = 304]	114	100
in %	50,4	49,6	in %	53,3	46,7
2. Lebensjahr			5. Lebensjahr		
[n = 502]	95	100	[n = 264]	124	100
in %	48,8	51,2	in %	55,3	44,7
3. Lebensjahr			6. Lebensjahr		
[n = 313]	122	100	[n = 148]	100	100
in %	55,0	45,0	in %	50,0	50,0

Viele Pockenepidemien in Schaumburg lassen sich auf der Grundlage der Kirchenbücher mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch ohne explizite Hinweise auf die Todesursache identifizieren. Kennzeichnend für diese Krankheit ist, dass innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums sehr viele Verstorbene im Kleinkindalter registriert wurden.

¹⁶¹⁰ Vgl. RÖDEL (1979), S. 70 f.; GINS (1963), S. 71-74.

¹⁶¹¹ Ausführlich zu den geschlechtsspezifischen Besonderheiten vgl. Kap. 2.3.3.

¹⁶¹² Berücksichtigt wurden nur die ersten 6 Lebensjahre, um statistische Unschärfen aufgrund einer zu geringen Datenbasis zu vermeiden.

Pockenepidemien waren derart häufig, dass die Infektion in der Regel bereits vor Abschluss der Kindheitsphase erfolgt sein dürfte. Unter den Verstorbenen in Schaumburg finden sich so gut wie keine Erwachsenen (**Tab. 23**). Die Risikogruppe im weiteren Sinne setzte sich aus Kindern vom 1.–7. Lebensjahr zusammen.¹⁶¹³ Die meisten Kinder, zusammen über 40 %, verstarben in den ersten beiden Lebensjahren an den Pocken.

Tabelle 23

Pocken – altersspezifische Sterblichkeit in Schaumburg in Prozent (1750–1869) [n = 2.234]

Alters- gruppe	gestorb.	Anteil	Alters- gruppe	gestorb.	Anteil	Alters- gruppe	gestorb.	Anteil
1. Lj.	17,3	17,3	6. Lj.	6,7	86,5	11. Lj.	0,8	96,8
2. Lj.	22,7	40,0	7. Lj.	3,8	90,3	12. Lj.	0,4	97,2
3. Lj.	14,1	54,0	8. Lj.	2,2	92,5	13. Lj.	0,5	97,7
4. Lj.	13,8	67,9	9. Lj.	1,7	94,3	14. Lj.	0,3	98,0
5. Lj.	11,9	79,8	10. Lj.	1,7	96,0	> 14. Lj.	2,0	100,0

Zumindest bis zur Einführung der Pockenschutzimpfung war die Kindersterblichkeit im Vergleich zur Erwachsenensterblichkeit deutlich erhöht.¹⁶¹⁴ Nach durchgestandener Erkrankung erwarb man nicht nur einen lebenslangen Immunschutz, sondern die Letalität von Kindern unterschied sich auch von der der Erwachsenen: „Von den Kindern kamen zwei Drittel durch, von sieben Erwachsenen sechs.“¹⁶¹⁵ Ein Vergleich unterschiedlicher Zeiträume¹⁶¹⁶ hat ergeben, dass sich bis zur Einführung der Pockenschutzimpfung die Anteile der Altersklassen in Schaumburg nicht geändert haben (**Abb. 90**). In den folgenden Jahrzehnten setzte sich die Gruppe der Pockenopfer fast einzig aus Säuglingen und Erwachsenen zusammen.¹⁶¹⁷ Auffallend ist, dass viele von ihnen im Jahr 1833 verstorben sind.¹⁶¹⁸ Lediglich 16 verstorbene Personen im Alter

¹⁶¹³ Vgl. auch FENNER (1988), S. 195 f.; SIFFERT (1993), Kap. 4.3.2 u. 4.4.

¹⁶¹⁴ Vgl. hierzu auch JUNGKUNZ (1951), S. 337; GINS (1963), S. 72-76; RÖDEL (1979), S. 55 u. 72; NORDEN (1984), S. 82; VASOLD (1999), S. 203; WENDLER (2008), S. 139.

¹⁶¹⁵ VASOLD (1999), S. 203.

¹⁶¹⁶ Der erste Zeitraum (1670-1769) ist 60 Jahre länger als der zweite (1770-1809). Er wurde so gewählt, weil sich seit den 1770er Jahren die Abstände zwischen den Epidemien verkürzten. Weil mit Ausnahme des Kirchspiels Grove (Rbg) die Todesursachen vor der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts nur selten registriert wurden, ist die Datenbasis des ersten Zeitraums vergleichsweise gering.

¹⁶¹⁷ Vgl. hierzu auch GINS (1963), S. 79 und DERS. (1925), S. 348 f. u. 412: Unter den Todesfällen der Pocken im Jahre 1916/17 dominierte die Altersgruppen der über 40-Jährigen mit rund 90 %. Der Anteil von Kindern bis 12 Jahren betrug nur noch etwas über 2 %.

¹⁶¹⁸ Gleichwohl könnte in diesem Jahr eine Form der Pocken mit mildem Verlauf grassiert sein. Denn für 1833 ist eine Epidemie unter der Bezeichnung „asiatische Blattern“ in Norddeutschland mit vielen Erkrankten, jedoch nur relativ wenigen Todesfällen dokumentiert; vgl. WENDLER (2008), S. 142.

von 2–19 Jahren wurden im Zeitraum 1809–69 in den schauburgischen Kirchenbüchern mit der Todesursache *Pocken* registriert. Von diesen starben 13 in den Jahren 1814 und 1815. Denkbar ist, dass sich kein Impfschutz ausgebildet hatte, wahrscheinlicher, dass die meisten der nach 1809 Verstorbenen keine Impfung erhalten hatten.¹⁶¹⁹ In der Frühphase der Vakzination hatte man bereits Kinder im Alter von 4 Wochen geimpft, wegen des unzuverlässigen Impfschutzes wurde diese Praxis wieder aufgegeben.¹⁶²⁰ Die Vereinheitlichung des Impfalters setzte sich erst später durch.¹⁶²¹

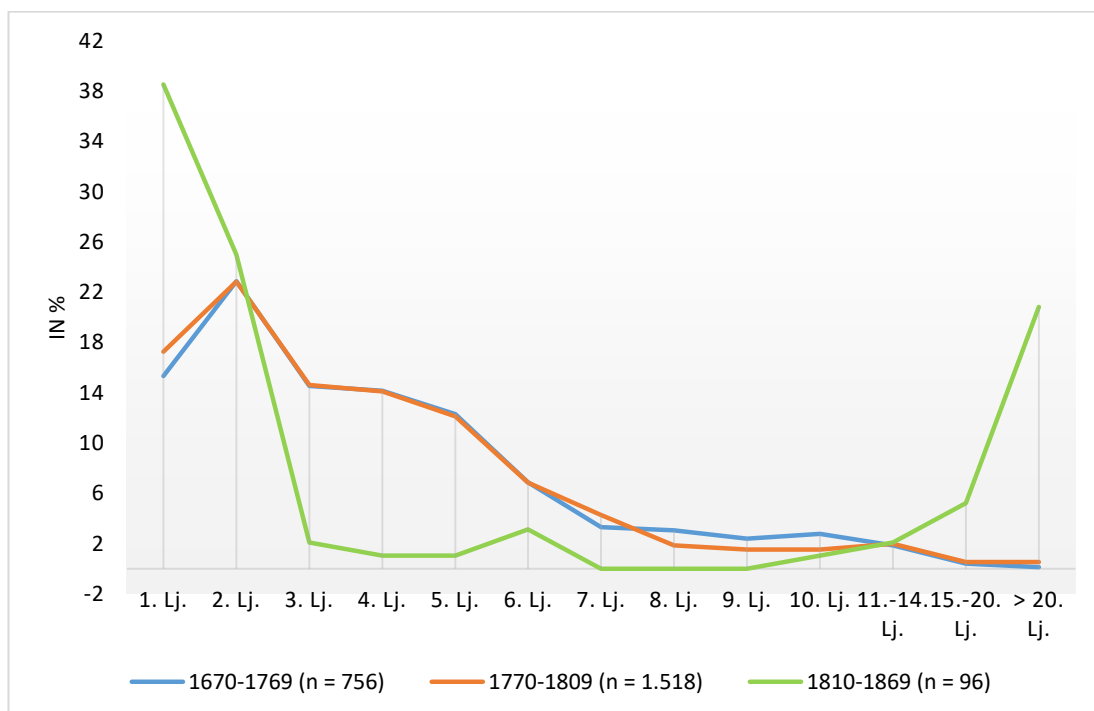


Abb. 90: Pocken – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich dreier Zeiträume (Gft. SHG; 1670–1869) in Prozent

Die altersspezifische Untersuchung stützt die Annahme, dass sich vor der Einführung der Schutzimpfung der allergrößte Teil der schauburgischen Bevölkerung in einer frühen Lebensphase mit den Pocken infiziert hat.¹⁶²² Die Letalität der Pocken ist im Säuglings- und Kleinkindalter erhöht. Vier Fünftel dieser Kinder sind bereits vor Er-

¹⁶¹⁹ Für die Personen im Sterberegister des Kirchspiels Grove (Rbg) liegen Informationen zur Herkunft vor. Drei der nach 1809 verstorbenen Erwachsenen stammen aus diesem Kirchspiel. Zwei von ihnen sind nachweislich dort geboren und aufgewachsen, der dritte ist gebürtig aus dem Amt Wittlage.

¹⁶²⁰ GINS (1963), S. 114

¹⁶²¹ Vgl. GEHRMANN (1984), S. 100.

¹⁶²² GINS (1916), S. 20, vermutet, dass „die Pocken selten in eine Familie einbrechen, ohne alle pockenfähigen Kinder zu befallen“.

reichen des 6. Lebensjahres an den Pocken verstorben. Der Anteil der anderen Altersgruppen ist verschwindend gering. Zudem sind fast alle der in Schaumburg registrierten Personen, die zum Zeitpunkt ihres Todes älter als 14 Jahre waren, nach Einführung der Vakzination verstorben. Die Pockenepidemien folgten nicht nur in sehr kurzen Abständen aufeinander, die allgemeinen Lebensumstände förderte auch deren Kontagiosität. Kaum ein Kind in Schaumburg blieb vor dem beginnenden 19. Jahrhundert von einer Infektion verschont.¹⁶²³

Die Pockeninfektionen wurden im Allgemeinen mit der wärmeren Jahreszeit in Verbindung gebracht. Die Verbreitung des Pockenerregers soll nicht nur durch Trockenheit,¹⁶²⁴ sondern auch durch Insekten, insbesondere Stubenfliegen begünstigt worden sein.¹⁶²⁵ Zudem wurden die für die pflegenden Personen unangenehmen Begleitscheinungen der Krankheit in besonderem Maße in den „heißen Monaten“ wahrgenommen. Der Umstand, dass die „Stuben mit unerträglichem Gestank angefüllt“ und die „Kinder mit Ungeziefer bedeckt“ waren, dürfte hier prägend gewesen sein.¹⁶²⁶

Die Sterberegister dokumentieren lediglich den Zeitpunkt, an dem ein Individuum an den Pocken verstorben ist. Berücksichtigt man jedoch die Inkubationszeit sowie die Angaben zur gelegentlich dokumentierten Krankheitsdauer, so ergibt sich, dass die meisten Pockenepidemien in Schaumburg noch in den Wintermonaten ausgebrochen sind. Untersuchungen in jüngerer Zeit haben ergeben, dass ein kühles und trockenes Klima die Infektionsfähigkeit des Erregers erhöht.¹⁶²⁷

Die meisten Infizierten verstarben erst in der Phase zwischen Winterende und Sommeranfang (**Abb. 91**). Auffallend ist der gleichmäßige Verlauf ohne Sprünge. Der niedrigste Wert fällt mit 4,1 % in den Oktober, danach erfolgt ein gleichmäßiger Anstieg. Der Mortalitätsgipfel wird im Mai erreicht (15,6 %). In Berlin/Friedrichswerder und Nürnberg war die Pockenmortalität im 18. Jahrhundert in den Monaten Oktober bis Dezember besonders hoch.¹⁶²⁸ Ein Vergleich zwischen den städtischen und den

¹⁶²³ In den 1970er Jahren ging man für die Bundesrepublik Deutschland davon aus, dass eine ungeimpfte Person durchschnittlich sechs weitere Personen infizierte; vgl. LINDNER (2017), S. 71.

¹⁶²⁴ Vgl. MICHALEWSKY (1987), S. 43, 62 u. 230.

¹⁶²⁵ Vgl. GINS (1916), S. 18 f.

¹⁶²⁶ Vgl. GINS (1963), S. 3; hierzu auch RÖDEL (1979), S. 53.

¹⁶²⁷ Vgl. FENNER (1988), S. 179 f.

¹⁶²⁸ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 335-337; BIELKE (1986), S. 188.

dörflichen Kirchspielen in Schaumburg hat keine ausgeprägten Abweichungen im saisonalen Sterblichkeitsverlauf ergeben. Allerdings verläuft die städtische Kurve relativ flach und liegt vom Spätsommer bis zum Winterende durchweg über der der dörflichen Kirchspiele. Infolge der engeren Anbindung an den überregionalen Handels- und Reiseverkehr wurden Städte häufiger von Pockenepidemien heimgesucht. In den Dörfern fiel der Beginn der – selteneren – Epidemien vornehmlich in die Wintermonate. Wegen der höheren Anzahl an Nichtimmunisierten war das darauffolgende Sterben in den Dörfern kürzer, aber heftiger.

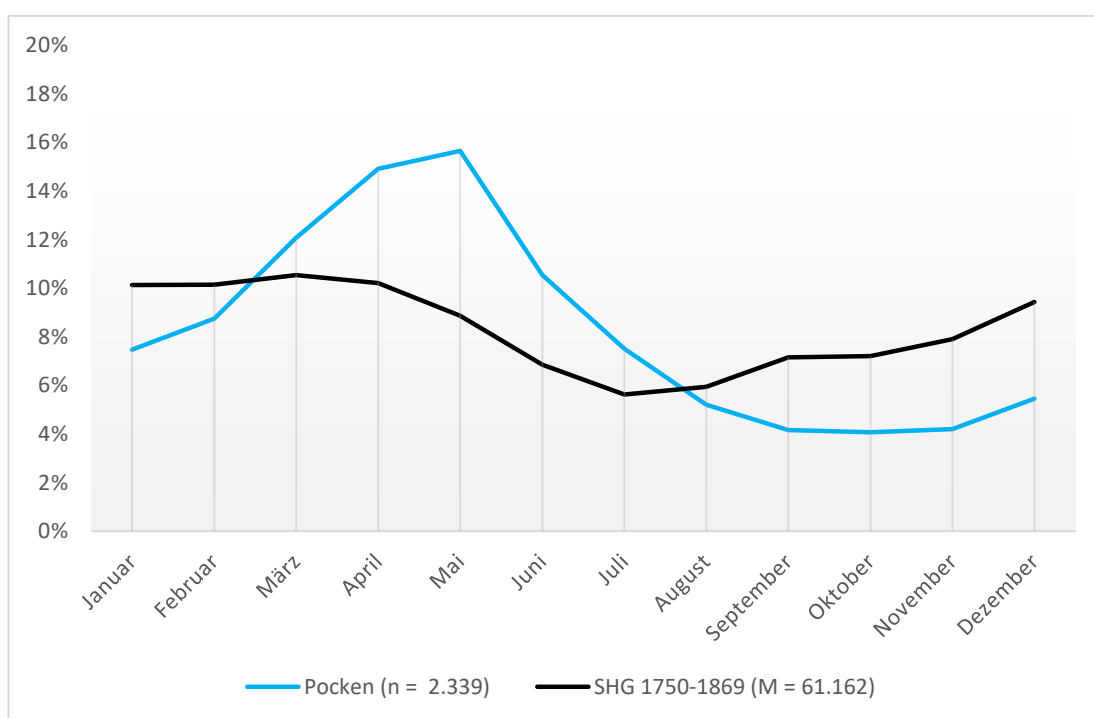


Abb. 91: Pocken – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1670–1869) in Prozent

3.4.2 Masern

Die lateinische Bezeichnung für Masern lautet Morbilli und leitet sich von „morbus“, also Krankheit, ab. Auch der Begriff Masern wurde im deutschen Sprachraum ursprünglich als generalisierende Umschreibung verwendet. Masern geht auf den althochdeutschen Begriff „masala“ zurück und kann mit „Blutgeschwulst“ oder einfach „Flecken“ übersetzt werden. Masern nannte man daher Krankheiten, die von einem typischen Exanthem begleitet werden und, wo sie sich bereits etabliert haben, zumeist im Kindesalter auftreten.

Klinische Beschreibung

Die Maserninfektion wird durch ein humanpathogenes Virus hervorgerufen.¹⁶²⁹ Dadurch ist – ähnlich wie bei den Pocken – ihre Bekämpfung mittels Impfung durch abgeschwächte Masernviren erleichtert. In den USA und Kanada wurden sie vorübergehend als vollständig ausgestorben gemeldet, traten aber in jüngerer Zeit wieder auf. Ursache ist eine unzureichende Durchimpfung der Bevölkerung. Die Erwartung, dass die Masern in Europa in naher Zukunft eliminiert würden, erfüllte sich ebenfalls nicht. Insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland schwächte sich die Impfbereitschaft ab, so dass sie als „eines der Länder der EU, in dem die Masernproblematik heutzutage noch am größten ist“¹⁶³⁰, galt. Die Bundesregierung reagierte mit dem zum 01.03.2020 in Kraft getretenen Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz).¹⁶³¹ Unter anderem Kinder und das in Kindergärten und Schulen tätige Personal müssen nunmehr einen Nachweis über eine erfolgte Masernimpfung vorlegen. In vielen Ländern Afrikas und Asiens zählen die Masern weiterhin zu den gefährlichsten Kinderkrankheiten. Schätzungen gehen von mehr als 500.000 masernbedingten Todesfällen aus.

Die Übertragung der Masern erfolgt vornehmlich durch Tröpfcheninfektion über die Schleimhäute des Nasopharynx sowie über Hautkontakt. Ihr Kontagionsindex wird mit 0,95 bis 0,99 beziffert. Da eine Infektion zumeist im Kindesalter erfolgt und einen

¹⁶²⁹ Vgl. insbesondere RKI-Merkblätter für Ärzte: Masern (Stand: 23.08.2021)

[<https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/M/Masern/Masern.html> – letzter Zugriff: 2023-11-12].

¹⁶³⁰ GAUDLITZ (2015), S. 24.

¹⁶³¹ Vgl. BGBl. (2020) Teil I, Nr.6, vom 13.02.2020, S. 148-157.

lebenslangen Immunschutz nach sich zieht, sind Erwachsene seltener betroffen. Sero-positive Mütter können ihre Kinder noch mindestens ein halbes Jahr nach der Geburt mit Antikörpern versorgen („Nestschutz“), wodurch sich der Krankheitsverlauf bei Säuglingen nach einer Infektion zumindest abschwächt.

Die Inkubationszeit liegt bei 8–12 Tagen. Die eigentliche Erkrankung wird in 2 Stadien unterteilt: Das 3–5 Tage andauernde Prodromalstadium (auch katarrhalisches Stadium) ist charakterisiert durch grippeähnliche Symptome wie Fieber (bis 39° C), Rhinitis, Bronchitis sowie bisweilen Konjunktivitis. In der Wangenschleimhaut bilden sich zudem häufig die sogenannten Koplik-Flecken, ein Exanthem, das an kleine Kalkspritzer erinnert. Am Ende des Prodromalstadiums sinkt das Fieber vorübergehend, um mit Einsetzen des Exanthemstadiums deutlich anzusteigen (bis 40° C). Die Bronchitis verstärkt sich und das Exanthem, erkennbar an hellroten bis violetten Effloreszenzen, erscheint zunächst hinter den Ohren und verbreitet sich schließlich vom Gesicht ausgehend über den gesamten Körper. Nach weiteren 3–5 Tagen verblasst das Exanthem, die Haut schuppt sich und die Rekonvaleszenz setzt ein. Masernspezifische Erkennungszeichen sind somit der zweiphasige Verlauf mit einer zweigipfeligen Fieberkurve, vor allem aber die Organmanifestation mit den Koplik-Flecken im ersten sowie dem typischen Exanthem im 2. Stadium. Zumindest in Gesellschaften, in denen die Masern oft grassieren, ist bei genauer Beobachtung bereits bei Auftreten der Koplik-Flecken ohne labordiagnostische Hilfsmittel eine gesicherte Diagnose möglich.¹⁶³² Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie die Röteln in Betracht. Infektiosität ist bereits nach Durchlaufen einer verstärkten zweiten Virämie 1–2 Tage vor Auftreten der katarrhalischen Beschwerden gegeben und hält bis zum Abklingen des Exanthemstadiums an. Am höchsten ist die Kontagiosität im Prodromalstadium.

Die Letalität der Masern liegt unter der der Pocken (vgl. Kap. 3.4.1). In den Industrieländern beträgt sie aufgrund der günstigen Lebensumstände höchstens 0,1 %.¹⁶³³ Weit-

¹⁶³² 2005 waren es gerade die Koplik-Flecken im Mundraum, die die eingehendere Untersuchung einer ansonsten vermutlich unentdeckt gebliebenen, tödlich verlaufenen Masernerkrankung initiiert hat; vgl. RKI (2005b), S. 113 f.

¹⁶³³ Die Bundesrepublik Deutschland nahm in diesem Zusammenhang lange einen oberen Platz in der Skala ein. Zwischen 2001 und 2012 15 Todesfälle als Folge der Masern registriert, was einem Verhältnis von 1 : 1.000 entspricht: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern – letzter Zugriff: 2023-11-12.

aus höher ist das Risiko mit einer Letalität von bis zu 6 % in den modernen Entwicklungsländern. Die rund 6 Wochen andauernde begleitende Immunschwäche ruft in 20 % aller Masernfälle Komplikationen hervor. An erster Stelle zu nennen sind die Otitis media acuta und die immer wieder fatal verlaufende Pneumonie, seltener sind eine postinfektiöse Enzephalitis und Appendizitis. Eine Besonderheit ist die subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), eine Entzündung des Zentralen Nervensystems, die durchschnittlich 7–8 Jahre nach einer Infektion auftreten kann. Die Erkrankung äußert sich infolge der degenerativen Veränderungen des Hirns durch neurologische Ausfallerscheinungen wie Epilepsie sowie eine zunehmende Demenz. Die SSPE galt lange als selten, ihre Inzidenz wurde mittlerweile nach unten korrigiert und beträgt etwa 1 : 3.300.¹⁶³⁴ In den modernen Entwicklungsländern besteht nach wie vor eine erhöhte Letalität infolge einer Maserninfektion. Als Ursachen gelten die Verbreitung des HIV-Virus, der Tuberkulose sowie eine mangelhafte Ernährungslage. Zu den Komplikationen zählen insbesondere Krämpfe aufgrund hohen Fiebers oder einer postinfektiösen Enzephalitis.

Masern in der Vergangenheit

Aufgrund einer engen Verwandtschaft zum Erreger der Rinderpest wird vermutet, dass sich das Masernvirus im Zuge der Domestikation des Rindes herausgebildet hat. Über die Entwicklung der Masern in Antike und Mittelalter liegen kaum Quellen vor. Eine erste Beschreibung wurde von dem arabischen Arzt Rhazes (860–932) verfasst. Allerdings sah Rhazes in ihnen lediglich eine – gefährlichere – Variante der Pocken.¹⁶³⁵ Die Bedeutung der Masern im Krankheitsspektrum der europäischen Bevölkerung vor der Frühen Neuzeit ist unklar. Als eigenständige Krankheit erkannt und zuverlässig beschrieben wurden sie erstmals in den 1680er Jahren von dem englischen Arzt Thomas Sydenham.¹⁶³⁶ Die außerordentlich hohe Pockensterblichkeit hatte die Masern allerdings in den Hintergrund treten lassen.¹⁶³⁷ Zudem verschwindet das Exanthem der Masern, ohne Spuren in den Gesichtern oder auf den Körpern der Erkrankten zu hinterlassen. Wer an den Masern erkrankte, musste nicht befürchten, sein Leben lang gezeichnet zu sein. Das Interesse an dieser Krankheit war daher begrenzt.

¹⁶³⁴ Vgl. allg. SCHÖNBERGER u. a. (2013).

¹⁶³⁵ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 56 u. 60 f.

¹⁶³⁶ Sydenham beobachtete unterschiedliche Epidemien, die in der 2. Hälfte des 17. Jahrhunderts in London grassierten; vgl. HELL (2002), S. 17 f.

¹⁶³⁷ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 60 f.

Für die zweite Hälfte des 18. Jahrhundert wird ein Anstieg an Masernerkrankungen vermutet, wobei vornehmlich Städte betroffen waren.¹⁶³⁸ Namentlich in England sollen seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert die Masern vermehrt aufgetreten sein und ihren Höhepunkt um 1815 erreicht haben.¹⁶³⁹ Auffallend sind zudem Hinweise auf eine hohe Anzahl an maserninduzierten Sterbefällen. Süßmilch berichtet, dass 1751 in Berlin innerhalb von 18 Wochen rund 600 Kinder an den Masern starben.¹⁶⁴⁰ Tatsächlich könnte es sich um die Pocken gehandelt haben. Aufgrund der typischen Exantheme nahm man bis ins 18. Jahrhundert an, dass es sich bei Masern und Pocken um unterschiedliche Verlaufsformen derselben Krankheit handelt. Dies wird als Grund vermutet, dass 1759 nach dem Vorbild der Variolation erstmals eine Masernimpfung durch „Einpfpung“ durchgeführt wurde. „Im Allgemeinen machte man die Beobachtung, dass Subjekte, bei welchen die Impfung gut gelungen, seltener und nicht so heftig von den Masern befallen wurden, und dass, wenn sie auch von dem Ausschlage befallen wurden, mit keinen Nachkrankheiten zu kämpfen hatten.“¹⁶⁴¹ Dennoch war die Entwicklung eines wirksamen Impfstoffs erst 1963 abgeschlossen. Im Vergleich zu den Pocken war das Bedrohungspotential der Masern gering. Zudem verminderte die fortschreitende Verbesserung des Lebensstandards in den westlichen Industrieländern das Risiko für einen tödlichen Verlauf einer Maserninfektion. Geimpft wird nunmehr mit einem abgeschwächten Virus, der eine leichte Infektion hervorruft. In der Bundesrepublik Deutschland wurde die Masernimpfung 1973 eingeführt.

Masern im Untersuchungsgebiet

Der aus dem Lateinischen abgeleitete Begriff *morbillis* war in Schaumburg von wenigen Ausnahmen (Rinteln, 1752 und 1774) abgesehen nicht gebräuchlich. Üblich war während des gesamten Untersuchungszeitraums *Masern*. Belegt ist diese Todesursache in Schaumburg seit dem 17. Jahrhundert. Im Kirchspiel Grove (Rbg) ist *Masern* erstmals 1673 beim Tod eines zweieinhalbjährigen Jungen aus der Stadt Rodenberg dokumentiert. 1676 sind es drei, 1683 acht und 1692 elf Kinder, deren Todesursache *Masern* lautet. Im Gegensatz zu den Pocken wird die Todesursache *Masern* relativ oft

¹⁶³⁸ Vgl. VASOLD (1999), S. 205.

¹⁶³⁹ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 61.

¹⁶⁴⁰ Vgl. SÜßMILCH (1765), S. 523-525.

¹⁶⁴¹ LANTER (1831), S. 22; hierzu auch OEHME (1963), S. 52 f.

in Kombination mit *Brustkrankheit* und *Brustseuche*, später auch *Lungenentzündung* (*nach den Masern*) aufgeführt.¹⁶⁴² *Krämpfe* bzw. deren Varianten finden sich mehrmals mit *Masern*, wobei es sich bei den verstorbenen Kindern nicht nur um Säuglinge (siehe Kap. 3.3) handelt. Deutet man die Krämpfe als Schmerzsymptom, so ist wohl zunächst eine Otitis media acuta, eine der häufigsten Begleiterscheinungen der Masern, zu vermuten. Auch eine postinfektiöse Enzephalitis, die ebenfalls mit Kopfschmerzen sowie mit Bewusstseinsstörungen und Krampfanfällen einhergeht, kommt in Betracht. Die gefürchtete SSPE (siehe oben) kann zum völligen Verlust der geistigen Fähigkeiten kommen. Die Erkrankten verfallen dann in ein Wachkoma. Allerdings tritt die SSPE in aller Regel erst mehrere Jahre nach der Maserninfektion auf, so dass für die Zeitgenossen der Zusammenhang nicht ersichtlich war. Gleichwohl bestand durchaus ein Bewusstsein dafür, dass nicht die Masern an sich den Tod verursacht haben, sondern die damit einhergehenden Komplikationen.¹⁶⁴³ Denn oftmals lautet der Eintrag im Kirchenbuch einfach *an den Folgen der Masern*. Gelegentlich wurde die Krankheitsdauer hinzugefügt. Die Zeiträume reichen von 5 Tagen bis zu 8 Wochen. In den meisten Fällen betrug die registrierte Krankheitsdauer jedoch weniger als 2 Wochen. In der großen zeitlichen Spannbreite zwischen Krankheitsbeginn und Tod findet sich eine Parallele zu den Pocken. Die Erweiterungen mit anderen Todesursachen indizieren jedoch, dass in Schaumburg die Masern von den Pocken, die weitaus mehr Todesopfer forderten, unterschieden worden sind (siehe hierzu unten). Im ausgehenden 18. Jahrhundert war die Differenzierung der Todesursachen schon recht weit fortgeschritten. Zudem sind die Masern aufgrund ihrer Häufigkeit¹⁶⁴⁴ sowie charakteristischer Merkmale auch für Laien sicher zu diagnostizieren. Den entsprechenden Sterbefällen in Schaumburg lag mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Masernerkrankung zugrunde.

Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit der Todesursache *Masern* liegt über der der Pocken: 54,3 % der Verstorbenen sind männlichen, 45,7 % weiblichen Geschlechts [n

¹⁶⁴² Vgl. auch LANTER (1831), S. 8 u. 14 f.

¹⁶⁴³ Das Risiko, unmittelbar an den Masern zu sterben, galt im Vergleich zu den Pocken als gering. Gefürchtet waren die „Nachkrankheiten“ bzw. der „anormale Verlauf“ mit Folgen wie Enzephalitis oder Pneumonie; vgl. HORSTIUS (1610); REUSS (1818), S. 264 f. u. 269; LANTER (1831), S. 20; VISZANIK (1833), S. 19–23; FENNEBERG (1837), S. 21.

¹⁶⁴⁴ Bis zur Einführung der Schutzimpfung sind 90 % aller Kinder bis zum 10. Lebensjahr in der Bundesrepublik Deutschland an einer Maserninfektion erkrankt; vgl. KLISCHIES (2008), S. 88.

= 394; 1750–1869].¹⁶⁴⁵ Die durchschnittliche Sexualproportion beträgt 119 : 100. Vergleicht man die ersten 6 Lebensjahre¹⁶⁴⁶ miteinander, fällt ein erheblicher Unterschied in der Sterblichkeit zwischen Jungen und Mädchen im 2. Lebensjahr auf (**Tab. 24**). Der Anteil von 63,6 % bzw. die Sexualproportion von 175 : 100 lässt sich nicht mit dem Überschuss an Jungengeburten erklären. Auch in diesem Punkt unterscheidet sich die Verteilung der Geschlechtersterblichkeit von der der Pocken, wo in den ersten beiden Lebensjahren mehr Mädchen sterben. Im Fall der Todesursache *Masern* deutet sich in den folgenden Lebensjahren eine Trendumkehr an. Eine erhöhte Sterblichkeit unter älteren Kindern und Jugendlichen weiblichen Geschlechts scheint geradezu charakteristisch für die Masern zu sein.¹⁶⁴⁷ Auch in Schaumburg überwog der Anteil der Mädchen, die in der Phase der Pubertät an der Todesursache *Masern* verstarben, deutlich.¹⁶⁴⁸

Tabelle 24

Masern – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Lebensjahr			4. Lebensjahr		
[n = 50]	127	100	[n = 45]	105	100
in %	56,0	44,0	in %	51,1	48,9
2. Lebensjahr			5. Lebensjahr		
[n = 121]	175	100	[n = 32]	100	100
in %	63,6	36,4	in %	50,0	50,0
3. Lebensjahr			6. Lebensjahr		
[n = 66]	120	100	[n = 19]	90	100
in %	54,5	45,5	in %	47,4	52,6

Die Masern gehören zu den Krankheiten, die schon in den ersten Lebensjahren auftreten und die meisten Todesopfer unter Kindern forderten. Einer der in Schaumburg registrierten Säuglinge ist im Alter von rund 2 Monaten verstorben, die anderen waren

¹⁶⁴⁵ Siehe auch REUSS (1818), S. 254.

¹⁶⁴⁶ Die nachfolgenden Lebensjahre bleiben unberücksichtigt, um statistische Unschärfen aufgrund einer zu geringen Datenbasis zu vermeiden.

¹⁶⁴⁷ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 11.

¹⁶⁴⁸ Von den 10- bis 13-Jährigen sind 64,7 % [n = 17] weiblichen Geschlechts, von den 14- bis 19-Jährigen 100 %. Allerdings wurden in der letztgenannten Gruppe nur fünf Todesfälle registriert.

annähernd ein halbes Jahr oder älter. Dieser Befund entspricht der medizinischen Erkenntnis, dass ein „Nestschutz durch diaplazentar übertragene Antikörper der geimpften Mutter nur in den ersten 3–4 Lebensmonaten“¹⁶⁴⁹ besteht. Zudem wird in der medizinischen Fachliteratur hervorgehoben, dass die Masern verstärkt im 2.–5. Lebensjahr auftreten. Vier Fünftel der Kinder, die in Schaumburg im 18. und 19. Jahrhundert an der Todesursache Masern starben, waren jünger als 5 Jahre (**Tab. 25**). Das Zusammenleben auf engem Raum sowie ein geringes Durchschnittseinkommen waren in Europa bis in das 20. Jahrhundert hinein Faktoren, die maßgeblich zur Erhöhung von Kontagiosität und Mortalität beigetragen haben.¹⁶⁵⁰ Das größte Risiko bestand für die jüngsten Altersgruppen: „namentlich dann, wenn es sich um rachitische, pastöse und schwächliche Kinder handelt. In der Münchener Kinderklinik wurden im Durchschnitt der Jahre 1914–19 jährlich 183 Kinder wegen Masern behandelt. Davon starben 15,1 %. 85 Kinder waren jünger als 2 ½ Jahre; von ihnen starben 28,8 %. 96 waren älter; von ihnen starben 4,8 %.“¹⁶⁵¹

Tabelle 25

Masern – altersspezifische Sterblichkeit in Schaumburg in Prozent (1750–1869) [n = 395]

Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil
1. Lj.	12,7	12,7	6. Lj.	4,8	84,6	11. Lj.	2,0	95,6
2. Lj.	30,6	43,6	7. Lj.	2,5	87,1	12. Lj.	0,8	96,4
3. Lj.	17,0	60,3	8. Lj.	3,5	90,6	13. Lj.	1,3	97,7
4. Lj.	11,4	71,7	9. Lj.	2,0	92,6	14. Lj.	0,3	98,0
5. Lj.	8,1	79,8	10. Lj.	1,0	93,6	> 14. Lj.	2,0	100,0

Die hohe Kinderzahl in der Vergangenheit hat Maserninfektionen bereits unter Säuglingen und Kleinkindern begünstigt. Die Übertragung erfolgte vermutlich in erster Linie von den älteren auf die jüngeren Geschwister. Der Anstieg des Anteils der Ein-Kind-Familien in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts trug maßgeblich zur Verschiebung der Altersgruppen bei.¹⁶⁵² Hinzu kommt die Einführung der Masernschutz-

¹⁶⁴⁹ PSCHYREMBEL ONLINE – letzter Zugriff: 2021-09-15; vgl. auch siehe auch VISZANIK (1833), S. 17; BEGEMANN (1990), S. 111.

¹⁶⁵⁰ Vgl. SALOMON (1923), S. 238 f.

¹⁶⁵¹ ELIASSOW (1926), S. 11; vgl. hierzu auch REUSS (1818), S. 254; SALOMON (1923), S. 239.

¹⁶⁵² Vgl. GAUDLITZ (2015), S. 22 f.

impfung: Zwischen 2009 und 2012 war mehr als die Hälfte der Masernkranken in Europa älter als 10 Jahre, während vor Einführung der Masernschutzimpfung 50 % der Infektionen auf Kinder vor Vollendung des 5. Lebensjahres entfielen. In Schaumburg starben annähernd 100 % aller Kinder, bei denen die Todesursache *Masern* vermerkt war, vor Erreichen des juvenalen Stadiums. Allerdings sagt die Zahl dieser Verstorbenen nichts über die generelle Altersverteilung der Maserninfektionen aus. Denkbar ist, dass früher vor allem jüngere Kinder aufgrund einer – gegebenenfalls jahreszeitlich bedingten – Immundefizienz an den Folgen der Masern starben.¹⁶⁵³ Für die Gegenwart hingegen wurde nachgewiesen, dass ein steigendes Alter das Risiko für Komplikationen erhöht.¹⁶⁵⁴

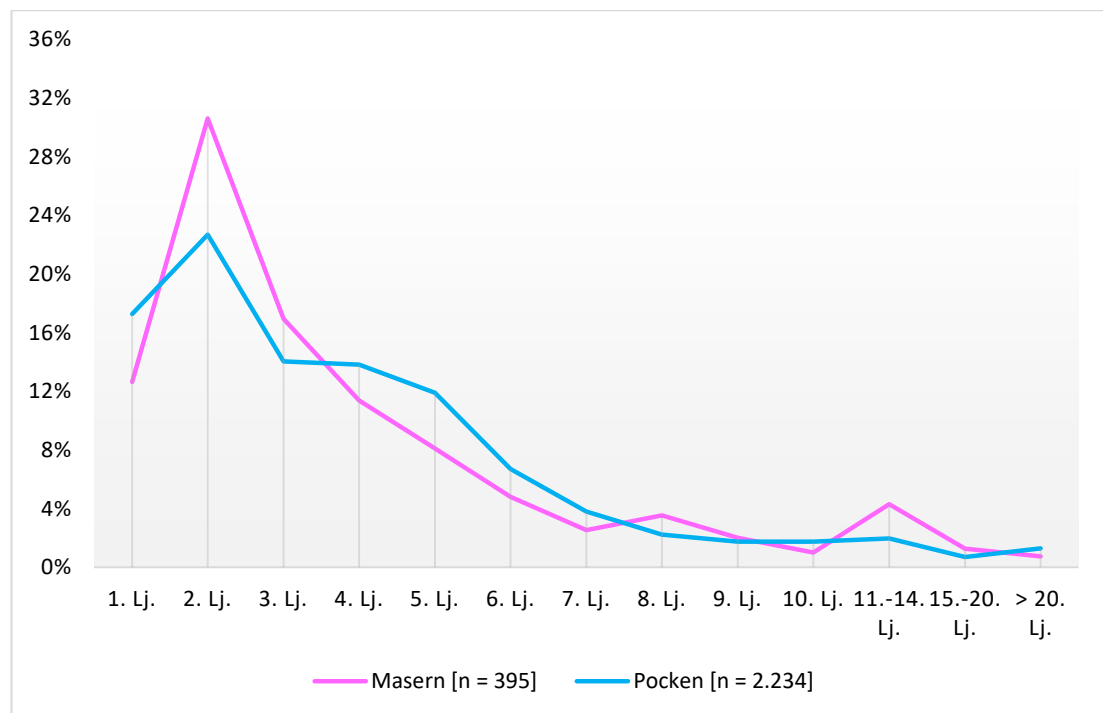


Abb. 92: Masern und Pocken – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die hohe Sterblichkeit an *Masern* in den ersten 5 Lebensjahren entspricht genau der, die für die Todesursache *Pocken* ermittelt wurde. Allerdings weichen *Masern* und *Pocken* in der Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Jahrgänge voneinander ab (**Abb. 92**). Allein ein Drittel aller *Masern*toten in Schaumburg ist in ihrem 2. Lebens-

¹⁶⁵³ Vgl. SALOMON (1923), S. 238.

¹⁶⁵⁴ Vgl. GAUDLITZ (2015), S. 23.

jahr verstorben. Der Mortalitätsgipfel von *Pocken* steigt weniger steil an, da mehr Kinder in ihrem 1., weniger in ihrem 2. Lebensjahr verstorben sind. Zudem ist der Anteil der *Pockentoten* im 5.–7. Lebensjahr erhöht. Ein Vergleich der altersspezifischen Sterblichkeit der Todesursache *Masern* in zwei unterschiedlichen Zeiträumen¹⁶⁵⁵ ergibt trotz der geringen Datenbasis ähnliche Verläufe (**Abb. 93**). Sowohl der Vergleich zwischen Masern und Pocken als auch der der beiden Zeiträume indizieren, dass in Schaumburg eine sichere diagnostische Unterscheidung zwischen Masern und Pocken getroffen wurde.

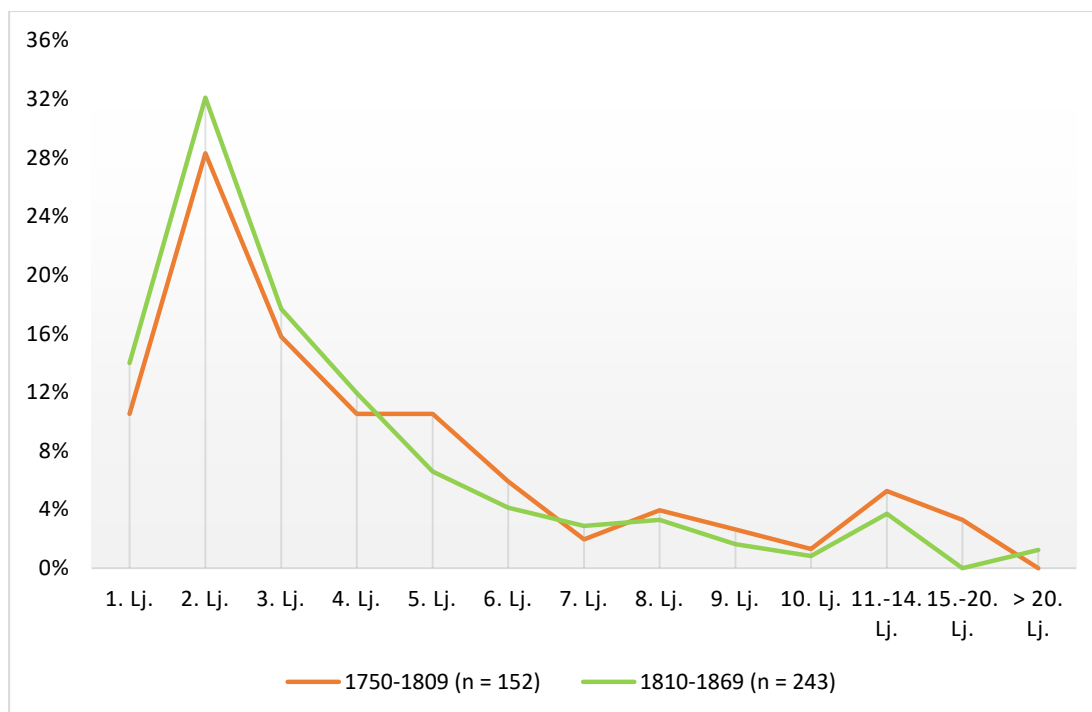


Abb. 93: Masern – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich zweier Zeiträume (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Der Mortalitätsgipfel der Todesursache *Masern* liegt in Schaumburg im Übergang zum Frühling (**Abb. 94**). Die Sterblichkeit in Schaumburg ist in dieser Phase schon erhöht, wird von *Masern* aber weit übertroffen. Da zwischen Infektion und Tod ein zeitlicher Abstand besteht, ist das erstmalige Auftreten dieser Krankheit sowie deren epidemische Verbreitung in Schaumburg vornehmlich in den Wintermonaten zu verorten. Zeitgenössische Hinweise bestätigen dies.¹⁶⁵⁶ Darin spiegeln sich außerdem die

¹⁶⁵⁵ Die Grenze bilden die Jahre 1809/1810, weil zu diesem Zeitpunkt die Pockenschutzimpfung im Untersuchungsgebiet bereits verbreitet war.

¹⁶⁵⁶ Vgl. REUSS (1818), S. 252; VISZANIK (1833), S. 16; hierzu auch ELIASSOW (1926), S. 10.

Empfindlichkeit des Masernvirus gegenüber Licht und höheren Temperaturen sowie das hohe jahreszeitlich bedingte Risiko für das Auftreten von Komplikationen wider. Die herabgesetzte Immunabwehr als Folge der Verschlechterung der Ernährungslage vor der Ernteperiode begünstigte das Auftreten und die Verbreitung von Atemwegserkrankungen.

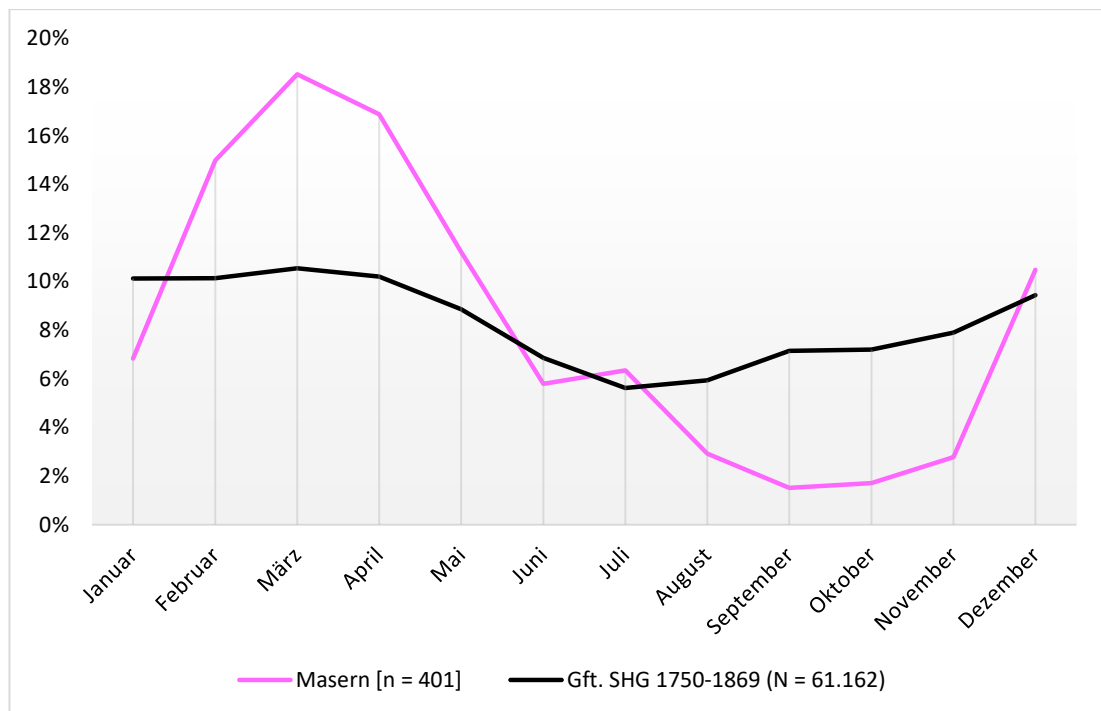


Abb. 94: Masern – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Der kleinere Mortalitätsgipfel im Juli ist nicht ungewöhnlich. 1874 hat es in der Stadt Frankfurt/M. eine „reine Sommerepidemie“ gegeben.¹⁶⁵⁷ Die Todesursache *Masern* unterscheidet sich darin etwas von den *Pocken* in Schaumburg, deren Sterblichkeit durchschnittlich 6 Wochen später ihren Höhepunkt erreichte und dann bis zum Beginn des Winters permanent sank (**Abb. 95**). In den Wintermonaten bestand in Schaumburg eine gesteigerte Infektiosität sowohl der Masern als auch der Pocken, die Sterblichkeit war aufgrund einer unterschiedlichen Krankheitsdauer etwas verschoben.

¹⁶⁵⁷ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 11.

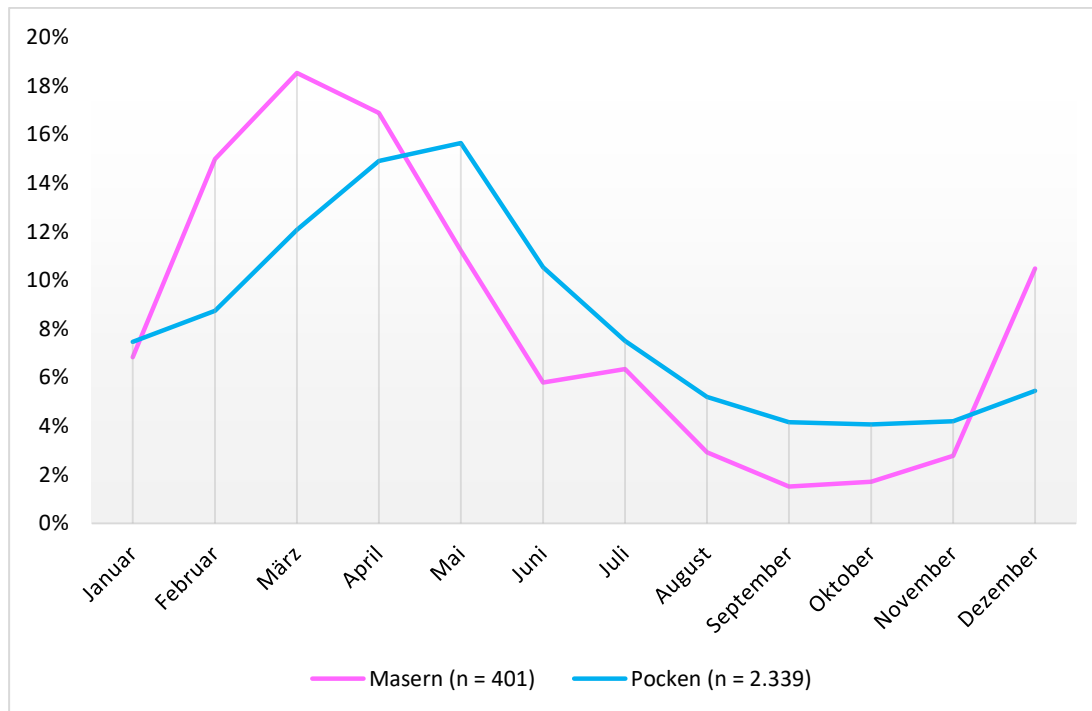


Abb. 95: Masern und Pocken – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Für das Kirchspiel Grove (Rbg) wurden die prozentualen Anteile der Masernsterblichkeit pro Mitgliedsgemeinde ermittelt (**Abb. 96**). Trotz der geringen Datenbasis entsprechen die Werte relativ genau dem Bevölkerungsanteil der einzelnen Siedlungen. Dies ist auch bei den Pocken zu beobachten (vgl. Kap. 2.3.5). Aufgrund der hohen Kontagiosität ist davon auszugehen, dass die reinen Infektionszahlen nicht durch den Siedlungstyp – Dorf, Vorstadt, Stadt – beeinflusst wurden. Vor Einführung der Schutzimpfung blieb so gut wie kein Kind von den Masern verschont. Festzuhalten bleibt, dass sich die soziostrukturellen Unterschiede im Kirchspiel Grove (Rbg) nicht auf die Letalität ausgewirkt haben. Vielmehr spricht die Verteilung für relativ ausgeglichene Lebensumstände im Kirchspiel Grove (Rbg). Epidemiologische Erhebungen für das ausgehende 19. und beginnende 20. Jahrhundert haben dagegen für die Masernmortalität einen engen Zusammenhang zwischen der Wohn- und Ernährungslage ergeben.¹⁶⁵⁸ In den ärmeren Bevölkerungsschichten war die Sterblichkeit deutlich höher.

¹⁶⁵⁸ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 11.

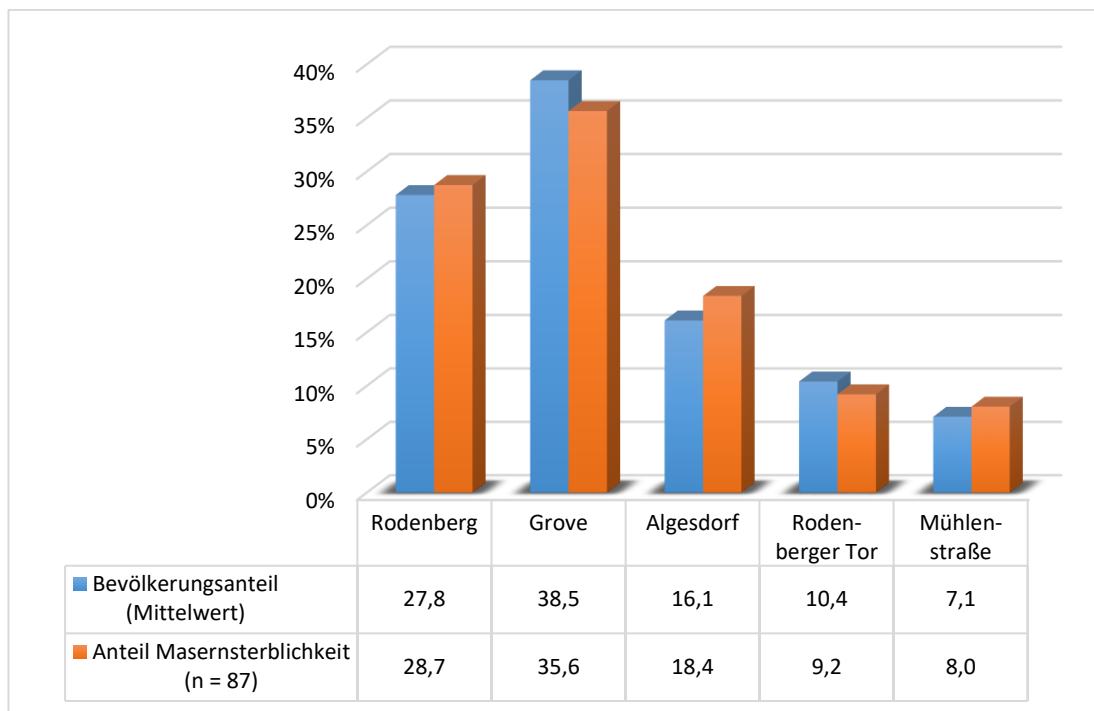


Abb. 96: Masern – Bevölkerungsanteile und Masernsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent¹⁶⁵⁹

Masernepidemien

Über das epidemische Auftreten der Masern in der Grafschaft Schaumburg liegen erst mit Beginn der flächendeckenden Registrierung von Todesursachen im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts weiterführende Informationen vor. Dass die Masern mindestens 100 Jahre zuvor als eigenständige Krankheit wahrgenommen wurden, belegen die Sterberegister des Kirchspiels Grove (Rbg), wo Todesursachen bereits zwischen 1665 und 1710 registriert worden sind. *Masern* erscheint erstmals 1673. Das Masernvirus könnte im Laufe des 18. Jahrhunderts von Variola, dem Erreger der Pocken, etwas zurückgedrängt worden sein (vgl. Kap. 2.3.5). Im Kirchspiel Grove (Rbg) treten sie in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts kaum in Erscheinung. Zumindest scheint ihre Letalität im Vergleich zu den anderen Zeiträumen herabgesetzt. Eine großflächige Verbreitung in der Grafschaft Schaumburg lässt sich erstmals für die Endphase des Siebenjährigen Krieges durch die Quellen belegen. Zwischen Dezember 1762 und September 1763 wurde die Todesursache *Masern* sowohl im Norden als auch im Süden der Grafschaft Schaumburg in den Sterberegistern verzeichnet, ihren Höhepunkt

¹⁶⁵⁹ Unberücksichtigt blieben sechs Sterbefälle, die keiner Siedlung eindeutig zugeordnet werden konnten.

erreichte die Letalität im Zeitraum von März bis Juni 1763. Der Beginn weiterer Epidemien in der Grafschaft Schaumburg im 18. Jahrhundert fällt in die Jahre 1767, 1777, 1784, 1791 und 1796. Die regelmäßigen Abstände von 7 Jahren in dieser Phase ähneln den epidemischen Intervallen, wie sie für die Pocken vermutet worden sind. Eine Gesetzmäßigkeit lässt sich jedoch auch hier nicht ableiten. In den ersten 3 Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts sind die Abstände äußerst gering, phasenweise lassen sich die Masern jährlich in Schaumburg nachweisen. Im Gegensatz zum 18. Jahrhundert ist ihre Verbreitung fortan kleinräumig, beschränkt sich immer wieder auf einzelne Kirchspiele. Nur in den Jahren 1838/39 und 1865/66 brachen ausweislich der verzeichneten Todesursache *Masern* echte Epidemien aus.

Einen „langanhaltenden Epidemieverlauf“, wie er unter anderem für die Masern kennzeichnend sein soll,¹⁶⁶⁰ lässt sich für die Grafschaft Schaumburg nur in den Jahren 1767–70 sowie 1810–12 feststellen. Traten die Masern epidemisch auf, vollzog sich das Sterben in der Regel innerhalb eines Zeitraums von weniger als einem Jahr. Im Gegensatz zu den Pocken, die sich in den letzten beiden Jahrzehnten vor Einführung der Schutzimpfung in nahezu jedem Jahr in Schaumburg nachweisen lassen, gibt es zwischen dem Auftreten der Masern mal längere, mal kürzere Zeiträume, in denen sie nirgendwo registriert wurden. Indizien, dass die Masern endemisch waren, liegen nicht vor. Dies ist vermutlich nur für Großstädte anzunehmen. Eliassow beschreibt die Situation um 1920 wie folgt: „Bei uns ist der Verkehr zu groß, als dass eine Gegend lange Zeit ganz masernfrei bleiben könnte. Immer wieder werden die Masern von den Städten aufs Land verschleppt. Nun bieten Dorf und Kleinstadt, Mittelstadt und Großstadt verschiedene Bilder. Im kleinen Ort werden zuerst die Schulkinder befallen, durch sie gelangt der Krankheitsstoff in die Häuser, wo die kleinen Geschwister angesteckt werden. Hier kommt es auch zu Todesfällen, so dass der Höhepunkt der Sterblichkeit dem der Erkrankungen meist nachfolgt. Sind alle Masernempfänglichen genesen oder gestorben, ist längere Zeit Ruhe. Je größer der Ort ist, um so weniger werden jedesmal alle Empfänglichen erreicht, um so schneller wächst auch wieder eine Anzahl Masernbereiter heran. In der Großstadt gehen Masern nie aus, sie sind dort endemisch.“¹⁶⁶¹

¹⁶⁶⁰ Vgl. VASOLD (1999), S. 12.

¹⁶⁶¹ ELIASSOW (1926), S. 6.

Da Maserninfektionen in der Vergangenheit nicht gerade selten letal endeten, lässt sich ihre Existenz auf Grundlage der Sterberegister durchaus nachweisen. Aufgrund der geringen Anzahl an Todesopfern geben sie indes wenig preis. Dies gilt insbesondere für die Verbreitungswege, die sich nur rekonstruieren lassen, wenn annähernd sichere Informationen über Beginn und Ende der Epidemien in den einzelnen Kirchspielen vorliegen. Immerhin lassen sich Tendenzen erkennen, wenn man die angrenzenden Territorien in die Untersuchung einbezieht. Demnach führte der Weg des Erregers eher aus dem Süden kommend über das Fürstentum Lippe in nördliche Richtung.

Der Erkenntnisgewinn im Fall einer isolierten Analyse der Todesursache *Masern* hätte sich in Grenzen gehalten, während die Vergleiche mit den Pocken als Kinderkrankheit weitere Informationen geliefert haben. Ähnliches ist von *Frieseln* zu erwarten, einer Todesursache, die in Schaumburg ebenfalls häufig bei Kindern verzeichnet worden ist. *Frieseln* wurde auffallend oft in zeitlicher Parallelität zu *Masern* in den schauburgischen Sterberegistern registriert, was die Annahme einer Verbindung zwischen diesen beiden Todesursachen nahelegt. Tatsächlich ist weder eine Krankheit dieses Namens in der modernen Medizin bekannt, noch liegen gesicherte Forschungserkenntnisse, die über deren Identität Aufschluss geben könnten, vor. Die Todesursache *Frieseln* wird daher in einem eigenen Unterkapitel ausführlich behandelt, wobei auch die Todesursache *Masern* Berücksichtigung findet.

3.4.3 Keuchhusten

Der Begriff Keuchhusten ist eine Schöpfung aus dem Volkstümlichen. „Keuchen“, abgeleitet vom mittelhochdeutschen „kichen“ für „schwer (im Sinne von laut) atmen“, ist eine lautnachahmende Bezeichnung. Die lateinische Bezeichnung für den Keuchhusten, Pertussis, leitet sich ebenfalls vom Hauptsymptom ab und bedeutet übersetzt lediglich „starker Husten“. Ebenfalls volkstümlichen Ursprungs ist „Stickhusten“, ein Begriff, der in der Vergangenheit im deutschsprachigen Raum relativ stark verbreitet war. Denn ein Charakteristikum dieser Infektionskrankheit ist, dass die Hustenanfälle bei der betroffenen Person erheblichen Sauerstoffmangel bis hin zu Apnoen hervorrufen können.

Klinische Beschreibung

Ausgelöst wird die Infektion durch ein gramnegatives Bakterium aus der Gattung Bordetella. Die verbreitetste und gleichzeitig aggressivste Variante ist Bordetella pertussis, deren einziges Reservoir der Mensch ist. Eine starke saisonale Bindung besteht nicht, mit der Wahrscheinlichkeit einer Infektion durch Bordetella pertussis ist zu allen Jahreszeiten zu rechnen. In Mitteleuropa steigt die Inzidenz ab dem Spätsommer leicht an, die Infektionsrate ist in den Herbst- und Wintermonaten erhöht. Aufgrund einer tendenziell sehr langen Krankheitsdauer war der Keuchhusten auch als „Hundert-Tage-Husten“ bekannt. Differentialdiagnostisch kommen deshalb weitere Erkrankungen in Betracht, die mit langwierigem Husten einhergehen können. Zuverlässig ist eine vorliegende Infektion letztlich nur auf labordiagnostischem Weg zu bestimmen. In früherer Zeit wurde die Wahrscheinlichkeit einer zutreffenden Diagnose durch das epidemische Auftreten des Keuchhustens begünstigt. Die Inzidenz liegt mit 0,8–1,0 sehr hoch. Übertragen wird der Erreger in Form der Tröpfcheninfektion. Dass sich annähernd alle Nichtimmunisierten, die näheren Kontakt mit Erkrankten haben, infizieren, ist eine Folge der heftigen Hustenattacken infolge derer der Erreger bis zu einem Meter weit aus dem Respirationstrakt herausgeschleudert werden kann. Hervorgerufen werden die Beschwerden durch ein Toxin, das die Schleimhäute der Luftwege schädigt. An erster Stelle der Komplikationen steht einmal mehr die Pneumonie. Risikogruppen sind ältere Menschen und Säuglinge. Unter letzteren besteht zudem eine erhöhte Gefährdung durch Krampfanfälle aufgrund von Apnoen bzw. Sauerstoffmangel. Zumindest unter Säuglingen gilt die Bronchopneumonie als die häufigste Todesursache. Im

Falle einer Erkrankung kann die Gabe eines Antibiotikums hustenlindernd und krankheitsverkürzend wirken, sofern die Therapie frühzeitig eingeleitet wird. Zudem verringert die Einleitung einer antibiotischen Therapie das Risiko einer Übertragung des Erregers auf andere Personen. Bei erkrankten Säuglingen wird wegen der erhöhten Gefahr durch Apnoen eine stationäre Unterbringung empfohlen, um eine Beobachtung zu gewährleisten.

Die Inkubationszeit beträgt beim Keuchhusten in der Regel 7–14 Tage. Der Krankheitsverlauf bei ungeimpften Personen, die sich erstmals infizieren, wird in 3 Stadien unterschieden: Im Stadium catarrhale (Prodromalstadium) kündigt sich die Erkrankung zunächst durch grippeähnliche Symptome sowie trockenen Reizhusten an. Nach 1–2 Wochen erfolgt der Übergang in das Stadium convulsivum. Der bis dahin nur mäßige Husten wird nun zum bestimmenden Symptom. Die heftigen Hustenanfälle rufen sehr starke Atemnot hervor und infolge hochgewürgten Schleims kann es zum Erbrechen kommen. Typisch sind das Herausstrecken der Zunge bei einer plötzlichen Hustenattacke sowie ein juchzender Laut, der beim krampfhaften Einatmen entsteht. Diese Phase kann bis zu 6 Wochen andauern. Das sich anschließende Stadium decrementi zieht sich über einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen hin, wenn keine antibiotische Therapie erfolgt. Allerdings schwächt sich in dieser Phase der Husten zunehmend ab. Zudem besteht keine Ansteckungsfähigkeit mehr, da der Erreger seine Virulenz bereits im Stadium convulsivum verloren hat.

Als präventive Schutzmaßnahme bietet sich die Impfung an. Empfohlen wird eine Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern, zunächst einsetzend mit einer 3-maligen Impfung bis zum 5. Lebensmonat und späteren Auffrischungen. Die Notwendigkeit von Auffrischungen setzt sich bis ins Erwachsenenalter fort, ein lebenslanger Impfschutz ist nicht zu erreichen. Auch Personen, die sich bereits mit Bordetella pertussis infiziert haben und gesundet waren, können später wieder an Keuchhusten erkranken. Nach aktuellem Forschungsstand ist eine Eradikation nicht möglich. In den sogenannten Entwicklungsländern ist der Keuchhusten weiterhin stark verbreitet, in den Industrieländern konnte er im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts zurückgedrängt werden. Dennoch ergab die Einführung der Meldepflicht im Jahre 2013 in der Bundesrepublik Deutschland, dass sich die Zahl der jährlichen Erkrankungen im fünfstelligen Bereich bewegt. Todesfälle sind allerdings selten, während bis zur Einführung

der Impfung in den 1950er Jahren noch mehrere Tausend Menschen, überwiegend im Kindesalter, am Keuchhusten starben.¹⁶⁶² Wo bereits geimpft wird, erkranken vorzugsweise Jugendliche und Erwachsene.

Keuchhusten in der Vergangenheit

Husten ist ein Symptom, das alle Erkrankungen der Atemwege begleitet. Auch krampfhaft, Erstickungsangst hervorrufende Hustenanfälle sind nicht nur symptomatisch für Pertussis. Dieser Umstand erschwert letztlich die Diagnostik und hat der medizinischen Klassifizierung als eigenständige Krankheit lange Zeit entgegengestanden. So gibt es aus der Antike keinen eindeutigen Beleg über den Keuchhusten.¹⁶⁶³ Unsicher ist, wann diese Krankheit im frühneuzeitlichen Europa erstmals beschrieben worden ist. Eine intensivere Auseinandersetzung setzte erst im 18. Jahrhundert ein, nachdem die Medizinwissenschaft dem Keuchhusten den Status einer eigenständigen Krankheit zuerkannt hatte.¹⁶⁶⁴ Aufgrund seines hohen Infektionsindex rief nicht zuletzt der Keuchhusten alternative Betrachtungen zur Entstehung und Infektiosität von Krankheiten hervor und trug damit zur Überwindung der Miasmentheorie bei.¹⁶⁶⁵ Die Annahme, dass eine durchlebte Infektion eine Immunisierung nach sich zieht, blieb lange umstritten.¹⁶⁶⁶ Die Unsicherheit in diesem Punkt dürfte ebenfalls auf die diagnostischen Probleme zurückzuführen sein. Die stetig wiederkehrenden Epidemien regten bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu Versuchen an, den Keuchhusten im Rahmen von Impfungen präventiv zu bekämpfen.¹⁶⁶⁷ Die Erfolgsmeldungen hielten ernsthaften Nachprüfungen nicht lange stand. Am ehesten hielt man es für möglich, dass dadurch die Krankheit in ihrer Dauer verkürzt und in ihrer Intensität abgeschwächt würde. Zur Behandlung Erkrankter gab es auch im Falle des Keuchhustens eine „unendliche Reihe von einfachen und zusammengesetzten, theils lächerlichen, theils unschädlichen, theils aber auch gefährlichen Mitteln“.¹⁶⁶⁸

¹⁶⁶² Vgl. <https://www.impfen-info.de/impfempfehlungen/fuer-erwachsene/keuchhusten-pertussis/#tab-2572-c1674> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

¹⁶⁶³ Vgl. BLACHE (1835), S. 43 f. u. 79 f.; MICOUD (1992), S. 2194 f.

¹⁶⁶⁴ Vgl. OEHME (1986), S. 80.

¹⁶⁶⁵ Vgl. BLACHE (1835), S. 49 f.; VOGEL (1860), S. 301.

¹⁶⁶⁶ Vgl. BLACHE (1835), S. 44 u. 46; VOGEL (1860), S. 300 f.

¹⁶⁶⁷ Vgl. BLACHE (1835), S. 71 f.

¹⁶⁶⁸ EBD., S. 70; vgl. auch EBD., S. 58-71; VOGEL (1860), S. 302-306.

Keuchhusten im Untersuchungsgebiet

Der Keuchhusten ist für den gesamten Untersuchungszeitraum belegt. Findet man ihn zunächst nur vereinzelt, häufen sich ab den 1780er Jahren die Fälle und schließlich trifft man fast in jedem Jahr in zumindest einem der schauburgischen Kirchspiele auf ihn. Ausweislich der Sterberegister des Kirchspiels Grove (Rbg) war er im 17. Jahrhundert als eigenständiges Krankheitsbild vermutlich noch unbekannt. Zumindest gibt es keinen Beleg dafür, dass man eine Unterscheidung traf. Der später in Schaumburg gebräuchliche Begriff *Keuchhusten* erscheint erst zu Anfang des 19. Jahrhunderts,¹⁶⁶⁹ die meistverwendete Bezeichnung lautete bis dahin *Stickhusten*. Darüber hinaus finden sich noch *Krampfhusten* und *convulsivischer Husten*. Weil diese Todesursachen fast ausnahmslos bei Säuglingen und Kleinkindern verzeichnet wurden und auf eine epidemische Verbreitung verweisen, ist davon auszugehen, dass sich dahinter überwiegend eine Keuchhusteninfektion verbirgt. In einem Fall wird *Keuchhusten* als Todesursache zusammen mit *Bräune* und *Masern* genannt, 2-mal zusammen mit *Frieseeln*. Einige Male erscheint ergänzend *Brustkrankheit*, darüber hinaus sind Hinweise auf Komplikationen oder andere Krankheiten sehr selten. Eine Ausnahme davon bilden lediglich die Kinderkrämpfe mit Formulierungen wie *dazu geschlagene Scheuerchen*. Die Angaben zur Krankheitsdauer umfassen einen Zeitraum von 3 Tagen bis zu 4 Monaten, doch liegt der Schwerpunkt auf 2–3 Wochen. Häufungen von Todesfällen in bestimmten Kirchspielen innerhalb weniger Wochen sowie Zusätze wie *graßierend* verweisen auf ein epidemisches Auftreten.

Der Keuchhusten ist die einzige der berücksichtigten infektiösen Krankheiten der Kindheit, bei denen der Anteil der verstorbenen weiblichen Individuen mit 55,4 % [n = 702; 1750–1869] eindeutig über dem der männlichen liegt. Die durchschnittliche Sexualproportion beträgt lediglich 80 : 100. In Anbetracht einer erhöhten Geburtenzahl an Knaben ist nicht von einem Zufallsbefund auszugehen. Es handelt sich vielmehr um ein charakteristisches Merkmal dieser Krankheit, das auch durch andere Untersuchungen bestätigt wird.¹⁶⁷⁰ Zudem nimmt die Übersterblichkeit der Mädchen in

¹⁶⁶⁹ Vermutlich hat sich der Begriff „Keuchhusten“ nicht vor dem ausgehenden 18. Jahrhundert verbreitet. Auch im süddeutschen Nürnberg erschien er erstmals 1799; vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 346.

¹⁶⁷⁰ Vgl. BLACHE (1835), S. 44; ELIASSOW (1926), S. 14.

den ersten 6 Lebensjahren¹⁶⁷¹ nicht ab (**Tab. 26**), sondern setzt sich bis in die Pubertät fort.¹⁶⁷²

Tabelle 26

Keuchhusten – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Lebensjahr			4. Lebensjahr		
[n = 331]	78	100	[n = 44]	91	100
in %	43,8	56,2	in %	47,7	52,3
2. Lebensjahr			5. Lebensjahr		
[n = 158]	93	100	[n = 21]	91	100
in %	48,1	51,9	in %	47,6	52,4
3. Lebensjahr			6. Lebensjahr		
[n = 71]	61	100	[n = 22]	47	100
in %	38,0	62,0	in %	31,8	68,2

Beim Keuchhusten ist die Mortalität im 1. Lebensjahr im Vergleich zu den anderen Kinderkrankheiten mit Abstand am höchsten (**Tab. 27**). Annähernd die Hälfte der verstorbenen Kinder aus Schaumburg war jünger als 2 Jahre, was als weiteres Charakteristikum für den Keuchhusten gelten kann.¹⁶⁷³ Über das altersspezifische Infektionsrisiko liegen zwar keine Informationen vor, das Sterberisiko dürfte jedoch mit zunehmendem Alter zunächst zügig gesunken sein. Die höchste Gefährdung bestand während der Säuglings- und Kleinkindphase. Bei Erwachsenen wurde die Todesursache *Stichhusten* insgesamt 15-mal registriert. Im Allgemeinen äußert sich Pertussis im Erwachsenenalter eher mild oder gänzlich unauffällig. Die meisten der Betroffenen starben in ihrem 7. und 8. Lebensjahrzehnt, gehörten also einer vulnerablen Gruppe an. Dass der Keuchhusten „selbst bei Greisen“ auftrat, wurde auch in der zeitgenössischen medizinischen Literatur hervorgehoben.¹⁶⁷⁴ Dass diesen Sterbefällen in Schaumburg ein anderes Leiden mit symptomatischem Husten zugrunde lag, ist nicht sehr wahrscheinlich. Denn registriert wurden diese Fälle überwiegend in Phasen, in denen der

¹⁶⁷¹ Berücksichtigt wurden nur die ersten 6 Lebensjahre, um statistische Unschärfen aufgrund einer zu geringen Datenbasis zu vermeiden.

¹⁶⁷² Anders verhält es sich in der Gruppe der Erwachsenen mit 12 verstorbenen Männern und lediglich 3 verstorbenen Frauen.

¹⁶⁷³ Vgl. auch BLACHE (1835), S. 43 f. u. 46; SALOMON (1923), S. 244; ELIASSOW (1926), S. 13; SCHMÜCKER (1938), S. 9; JUNGKUNZ (1951), S. 317 u. 346.

¹⁶⁷⁴ BLACHE (1835), S. 44.

Keuchhusten als Todesursache im betreffenden Kirchspiel mehrfach auftrat. Der Anteil dieser Altersgruppe an der schauburgischen Gesamtbevölkerung war gering, ihr Sterberisiko damit überproportional ausgeprägt. Besondere Vulnerabilität für eine Keuchhusteninfektion mit letalem Ausgang bestand nicht nur für die Säuglinge und Kleinkinder, sondern auch für Menschen im fortgeschrittenen Alter.

Tabelle 27

Keuchhusten – altersspezifische Sterblichkeit in Schaumburg in Prozent (1750–1869) [n = 702]

Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil
1. Lj.	47,2	47,2	6. Lj.	3,1	92,2	11. Lj.	0,1	97,3
2. Lj.	22,5	69,7	7. Lj.	2,6	94,7	12. Lj.	0,3	97,6
3. Lj.	10,1	79,8	8. Lj.	1,3	96,0	13. Lj.	0,1	97,7
4. Lj.	6,3	86,0	9. Lj.	0,7	96,7	14. Lj.	0,1	97,9
5. Lj.	3,0	89,0	10. Lj.	0,4	97,2	> 14. Lj.	2,1	100,0

Die saisonale Sterblichkeit beim Keuchhusten folgt relativ eng dem Trend der Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (**Abb. 97**). Allerdings gibt es zwei sehr deutliche Abweichungen: Zum einen steigt die Sterblichkeit im August an, zum andern sinkt sie im Februar vorübergehend stark ab. Die zeitgenössischen medizinischen Quellen sind in diesem Punkt nicht ganz eindeutig. So wird mal hervorgehoben, dass er „am seltensten im Herbst“ auftrat,¹⁶⁷⁵ in einer anderen Quelle auf ein gehäuftes Vorkommen insbesondere im Herbst hingewiesen.¹⁶⁷⁶ Der Keuchhusten unterscheidet sich in seiner saisonalen Sterblichkeit in Schaumburg sowohl von Masern und Pocken als auch Diphtherie. Lediglich der Sterblichkeitsgipfel in den Monaten März und April bildet eine leichte Parallele zu den Masern. Dennoch liegt der Anteil der tödlichen Keuchhusteninfektionen mit 12,7 % im März deutlich unter dem der Masern mit 18,5 % in diesem Monat. Sieht man vom Frühjahr ab, liegen die prozentualen Werte der einzelnen Monate beim Keuchhusten näher zusammen, die Infektionen verteilen sich etwas gleichmäßiger auf das Jahr.¹⁶⁷⁷ Dieser Befund stützt die Annahme eines endemischen Auftretens des Keuchhustens vor Einführung der Schutzimpfung.

¹⁶⁷⁵ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 13.

¹⁶⁷⁶ Vgl. BLACHE (1835), S. 43.

¹⁶⁷⁷ Vgl. auch SCHMÜCKER (1938), S. 9; JUNGKUNZ (1951), S. 346.

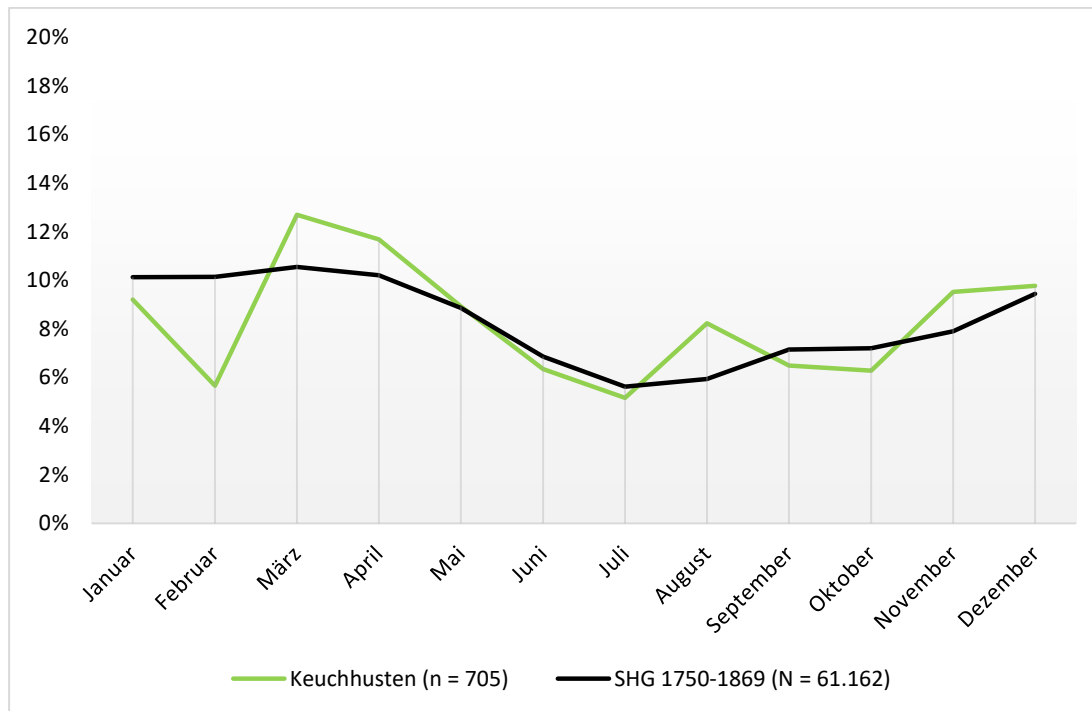


Abb. 97: Keuchhusten – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Am Beispiel der Stadt Wien wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts untersucht, ob sich die städtischen Bezirke hinsichtlich der Sterblichkeit aufgrund einer Keuchhusteninfektion unterscheiden.¹⁶⁷⁸ Dabei hat sich eine deutlich erhöhte Inzidenz in den ärmeren Stadtteilen ergeben. Wohlstand drückte demnach die Letalität. In den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) finden sich 72 Belege für Todesursachen, die sich der infektiösen Kinderkrankheit Keuchhusten zuordnen lassen. Bei der Ermittlung der prozentualen Anteile der Keuchhustensterblichkeit in den Mitgliedsgemeinden ergeben sich ebenfalls Auffälligkeiten (**Abb. 98**). Die Stadt Rodenberg sowie die Vorstadt Mühlenstraße liegen weit unter dem Mittelwert ihres Bevölkerungsanteils, der Kirchspielort Grove und das Dorf Algesdorf darüber. Der unterdurchschnittliche Wert der Stadt Rodenberg lässt sich dahingehend interpretieren, dass der Wohlstand der ansässigen Familien etwas über dem der Dorfbewohner liegt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Datenbasis gering und damit grundsätzlich Zweifel an der statistischen Aussagekraft geboten ist.¹⁶⁷⁹

¹⁶⁷⁸ Vgl. SALOMON (1923), S. 244.

¹⁶⁷⁹ Ohnehin gilt dies für die Vorstadt Mühlenstraße, wo lediglich zwei Personen mit der Todesursache *Stichhusten* registriert wurden.

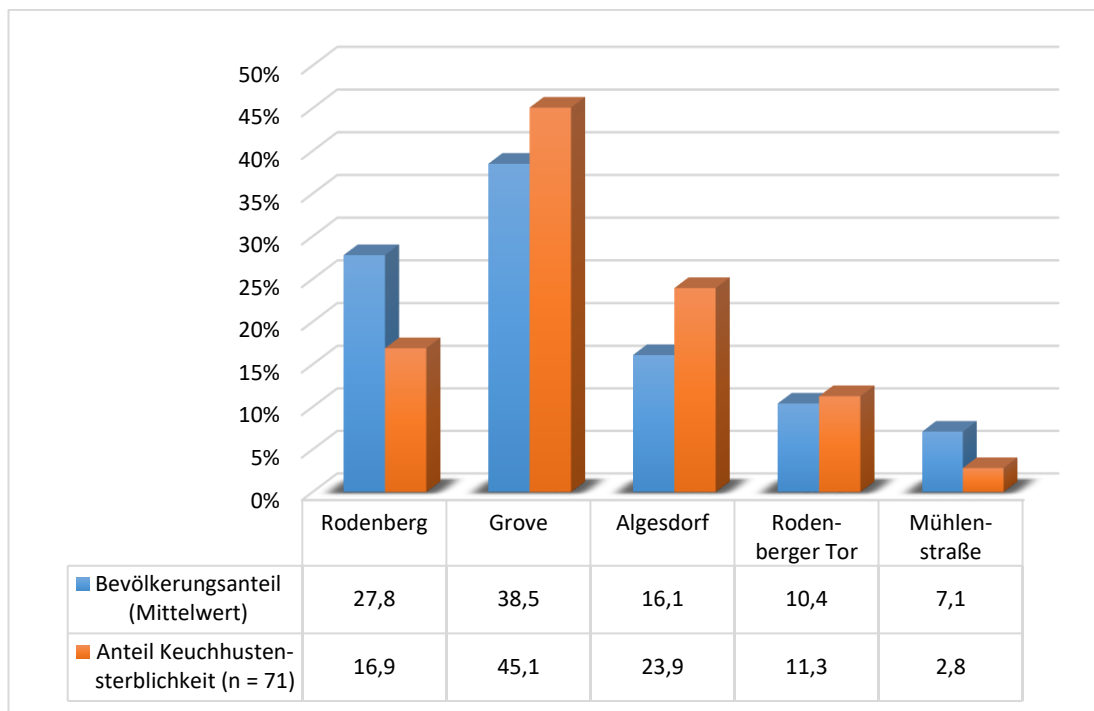


Abb. 98: Keuchhusten – Bevölkerungsanteile und Keuchhustensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent¹⁶⁸⁰

Keuchhustenepidemien

In der Frage, ob der Keuchhusten in der Vergangenheit endemisch war oder von Zeit zu Zeit epidemisch auftrat, besteht keine Einigkeit. Nach zeitgenössischen Beobachtungen waren die Epidemien „zuweilen (...) durch lange Zwischenräume getrennt, zuweilen kehren sie fast alljährlich wieder.“¹⁶⁸¹ Für die Stadt Nürnberg wird ein endemisches Vorkommen vermutet.¹⁶⁸² Verfolgt man die entsprechenden Belege aus den Sterberegistern Schaumburgs und Nachbarterritorien getrennt nach Kirchspielen auf einem Zeitstrahl, scheint sich zunächst die Annahme eines epidemischen Auftretens zu bestätigen. Insbesondere in Kirchspielen des Fürstentums Lippe wurde in den Jahren 1768/69 und 1776/77 die Todesursache *Stickhusten* bzw. *Husten* gehäuft registriert. In Schaumburg finden sich jeweils vereinzelte Belege. 1784 und 1789 wird im Kirchspiel Großnenndorf auf *graßierenden Stickhusten* verwiesen. Während das Jahr 1784 mit insgesamt zwei Belegen in Großnenndorf unauffällig ist, wurde die Todesursache *Stickhusten* bzw. *Husten* in den Jahren 1788/89 nicht nur in Großnenndorf, sondern auch in lippischen Kirchspielen verzeichnet. In den 1790er Jahren setzt eine Verdichtung ein. Fortan erscheinen *Stickhusten* und dessen Varianten nahezu jährlich

¹⁶⁸⁰ Unberücksichtigt blieb ein Sterbefall, der keiner Siedlung eindeutig zugeordnet werden konnte.

¹⁶⁸¹ Vgl. BLACHE (1835), S. 44 f.

¹⁶⁸² Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 346; hierzu auch SCHMÜCKER (1938), S. 8 f.

in schauburgischen Kirchspielen, wobei die Letalität stark schwankt. Überdurchschnittlich viele Verstorbene wurden 1804/1805, 1809–11, 1816/17, 1821–23 sowie 1827–30 registriert. In den kommenden Jahrzehnten werden die Jahre, in denen die Zahl an letal verlaufenen Keuchhusteninfektionen signifikant erhöht ist, seltener. Gleichwohl bilden die Jahre, in denen die Todesursache nicht in wenigstens einem der Kirchspiele in der Grafschaft Schaumburg registriert wurde, die Ausnahme.

Phasen mit vielen Belegen zum Keuchhusten wie 1827–30 lassen sich als langandauernde Epidemien interpretieren. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Erreger innerhalb Schaumburgs oder durch angrenzende Territorien wanderte. Ob indes zwischen dem zeitgleichen Auftreten in den Jahren 1809 und 1849 in Schaumburg und im kurhannoverschen Kirchspiel Limmer¹⁶⁸³ eine Verbindung besteht, ist zweifelhaft. Zumal 1849 nur der wesernahe Bereich Schaumburgs von Keuchhustensterblichkeit betroffen war. Bisweilen beschränkten sich die Sterbefälle auf einzelne Gemeinden innerhalb eines Kirchspiels. So starben zwischen Anfang September und Anfang Oktober 1799 sieben Kinder aus dem Kirchspiel Apelern. Eines stammte aus Kleinhegesdorf, die anderen sechs Kinder aus dem rund einen Kilometer entfernten Soldorf. Von diesen sechs Kindern lebten zudem drei in einem Haushalt, weil sie verbrüdet waren. Die zehn Kinder aus dem Kirchspiel Deckbergen, die 1867 an *Stickhusten* starben, kamen allesamt aus den benachbarten Mitgliedsgemeinden Ostendorf und Rosenthal. Im Kirchspiel Hohenrode, dessen Areal durch ein ausgeprägtes Relief und große Entfernungen zwischen den Mitgliedsgemeinden charakterisiert ist, starben mehrfach ausnahmslos Personen aus dem Kirchspielort selbst am Keuchhusten. Einige Mal beschränkte sich die Keuchhustensterblichkeit auf die Mitgliedsgemeinden, das große Dorf Hohenrode war nicht betroffen. Diese Beobachtungen sprechen nicht dafür, dass die Infektionen im Rahmen von Epidemien erfolgt sind. Da die Kontagiosität von *Bordetella pertussis* unter der von Pocken und Masern liegt, sind intensivere Kontakte zwischen Wirten und Infizierten anzunehmen. Einer epidemischen Verbreitung des Erregers bedurfte es nicht. Die vielen Einzelbelege in den Jahren zwischen den auffälligen Phasen indizieren, dass der Keuchhusten auch in der Grafschaft Schaumburg endemisch war.

¹⁶⁸³ Vgl. BEGEMANN (1990), S. 109 f.

3.4.4 Scharlach

Der Scharlach hat seinen Namen von der Verfärbung der Zunge („Himbeerzunge“) als einem typischen Begleitsymptom dieser Krankheit. Der dabei auftretende rötliche Farbton wurde im Lateinischen als „scarlatina“ bezeichnet. Im englischen Sprachraum trägt diese Krankheit durch die Erweiterung zum „scarlet fever“ ein weiteres Symptom im Namen.

Klinische Beschreibung

Scharlach ist eine Erkrankung bakteriellen Ursprungs. Der Erreger gehört zur Gruppe der A-Streptokokken (*Streptococcus pyogenes*). 10–20 % der Bevölkerung gelten als „symptomlose Keimträger“¹⁶⁸⁴. Dieser Personenkreis erkrankt nicht selbst, kann aber andere infizieren. Der Erreger kommt in höchster Konzentration im Rachenraum vor. Die Übertragung erfolgt in der Regel als Tröpfcheninfektion über den Speichel. Selten dringt der Erreger in Form einer Schmierinfektion über Hautverletzungen in den Körper ein („Wundscharlach“). Der Kontagionsindex liegt bei 0,1–0,3, also deutlich unter dem von Masern und Pocken. Säuglinge profitieren zudem vom „Nestschutz“ aufgrund maternaler Antikörper. Scharlach tritt in der Gegenwart meist im Kindesalter auf, der Schwerpunkt liegt auf dem 7. und 13. Lebensjahr. Wegen der Vielzahl an Erregerstämmen (> 80) bildet sich keine vollständige Immunität aus. Bei einer erneuten Infektion infolge des gleichen Erregerstammes kommt es in den allermeisten Fällen lediglich zu einer Angina tonsillaris. Daher können auch Erwachsene an Scharlach erkranken. Bei älteren Personen bleibt allerdings häufig die äußerliche Scharlachsymptomatik aus, was die Diagnose erschwert. Die Möglichkeit einer Impfung als präventive Maßnahme gegen Scharlach besteht nicht. Allerdings lässt sich diese Krankheit gut mit Antibiotika behandeln, wobei auch die Kontagiosität des Erregers sehr rasch aufgehoben wird. Geschieht dies nicht, besteht die Kontagiosität bis zu 3 Wochen nach Auftreten der ersten Beschwerden.

Die Infektion beginnt mit Halsschmerzen und Schluckbeschwerden und wird von Fieber begleitet. Schon 1–2 Tage nach der Infektion breitet sich ein nicht juckendes Exan-

¹⁶⁸⁴ KOLETZKO (2007), S. 226.

them auf dem ganzen Körper aus. Es wird durch die Toxine des Bakteriums hervorgerufen und äußert sich in Form dicht nebeneinander liegender, stecknadelkopfgroßer Flecken von rosa bis tieferer Färbung. Nach 3–5, manchmal auch erst nach 9 Tagen verschwindet der Ausschlag, etwas später schält sich die Haut. Ein typisches Merkmal ist eine Veränderung der Zunge, die zunächst weiß belegt ist, sich dann aber himbeerfarben verfärbt. Symptome sind eine Entzündung der Gaumenmandeln („Scharlach-Angina“) und ein charakteristischer Hautausschlag. Dazu können auch weißliche Belege im Mundinnenraum auftreten. Erhöhte Komplikationsrisiken bestehen für die Angina tonsillaris, Otitis media acuta und Pneumonie, eher selten ist die Sepsis infolge des Eindringens von Scharlach-Bakterien in die Blutbahn. Spätfolgen sind u. a. rheumatisches Fieber und entzündungsbedingte Schädigungen des Herzens (Endokarditis, Myokarditis).

Scharlach in der Vergangenheit

Der Scharlach war vermutlich bereits in der Antike bekannt, die Beschreibungen der Symptomatik sind jedoch nicht ganz eindeutig.¹⁶⁸⁵ Nachdem er 1552 erstmals beschrieben wurde, lauteten die Bezeichnungen zunächst „Ingrassias“, „Rossania“ oder „Rossalia“, der Begriff „Scarlatina“ wurde erst im 18. Jahrhundert üblich. Hinweise auf größere Epidemien im Mittelalter liegen für den europäischen Raum nicht vor. An der Wende vom 16. zum 17. Jahrhundert wurde der Scharlach in der europäischen medizinischen Literatur mehrfach erwähnt. Die erste Beschreibung zum Vorkommen in Deutschland erschien 1619. Der Autor, Daniel Sennert, Professor für Medizin in Wittenberg, beschäftigte sich vorrangig mit den Pocken und den Masern, deren Exanthem er vom Scharlach abgrenzte. In den folgenden beiden Jahrhunderten wurde der Scharlach bzw. das „Scharlachfieber“ zunehmend Gegenstand medizinwissenschaftlicher Abhandlungen. Das eher diffuse Krankheitsbild mit unterschiedlichen Stadien, Fieber, Halsbeschwerden bis hin zu Erstickungsanfällen sowie einem Exanthem in verschiedenen Erscheinungsformen erschwerte die Diagnostik. Unsicherheit bestand nicht zuletzt in der Einschätzung des Gefahrenpotentials. Most nannte den Scharlach in Abgrenzung zu „böartigen Epidemien“ aufgrund von Behandlungsfehlern eine

¹⁶⁸⁵ Vgl. REUSS (1818), S. 3-7; PFEUFER (1819), S. 2-4; MOST (1826), S. 19-29 u. 47-49; OEHME (1986), S. 53; MICOUD (1992), S. 2196 f.; hierzu auch VASOLD (1999), S. 160.

„gutartige Krankheit“, die heilbar ist.¹⁶⁸⁶ Als Ursache für die Entstehung des Scharlachs galten u. a. schädliche Einflüsse von Lebensmitteln und atmosphärische Veränderungen infolge ungünstiger Konstellationen der Gestirne. Die Palette der Heilmittel und Behandlungsmethoden unterschied sich nicht von denen anderer Krankheiten. Der Einfallsreichtum, durch den sich vor allem das 18. Jahrhundert in dieser Hinsicht hervortat, stieß im 19. Jahrhundert zunehmend auf Skepsis.¹⁶⁸⁷ Dennoch empfahl man um 1860 beispielsweise „krystallisierten Schwefel“ als Mittel, das sowohl zur Heilung beitragen als auch vor Ansteckung schützen sollte.¹⁶⁸⁸

Im Laufe des 18. Jahrhunderts nahmen die Berichte über Scharlachepidemien zu.¹⁶⁸⁹ Die Truppenbewegungen infolge der revolutionären Ereignisse in Frankreich scheinen zu einer vermehrten Verbreitung des Erregers in den deutschen Territorien beigetragen zu haben. Zumindest soll sich die Zahl der Todesopfer erhöht haben, wobei Norddeutschland besonders betroffen gewesen sein könnte.¹⁶⁹⁰ In seiner Virulenz erinnerte der Scharlach die Zeitgenossen durchaus an die Pocken, die infolge der Einführung der Schutzimpfung gerade eingedämmt wurden. In der Mitte des 19. Jahrhunderts hatte man schließlich eine Situation, in der „(...) das Scharlachfieber (...) fast als stationäre Krankheit auftritt, da dasselbe zu jeder Jahres- und Witterungszeit vorkommt“.¹⁶⁹¹ Allerdings nahm der Anteil der tödlich verlaufenden Erkrankungen unter den diagnostizierten Scharlachinfektionen bis zum Ende des 19. Jahrhunderts signifikant ab. Schon zuvor waren Letalitätsschwankungen aufgefallen, die man auf eigenständige Krankheitsformen zurückführte. Man unterschied drei Varianten: *Scarlatina simplex* (einfaches Scharlachfieber), *Scarlatina anginosa* (mit Bräune verbundenes Scharlachfieber) und *Scarlatina maligna* (bösartiges Scharlachfieber). Die moderne Forschung hält es für möglich, dass „die Aggressivität des Erregers nachließ.“¹⁶⁹² Eine andere Vermutung geht dahin, dass die Todesursache Scharlach in den älteren Zeiten oftmals irrtümlich diagnostiziert worden ist. Der Rückgang der Todesfälle wäre damit Folge einer weiterentwickelten Diagnostik.

¹⁶⁸⁶ Vgl. MOST (1826), S. 5 u. 11 f.

¹⁶⁸⁷ Vgl. EBD., S. 2-5.

¹⁶⁸⁸ Vgl. MÜLLER, CARL (1859), S. 8 f.

¹⁶⁸⁹ Vgl. MOST (1826), S. 137-144.

¹⁶⁹⁰ Vgl. REUSS (1818), S. 13 f.; hierzu auch MOST (1826), S. 1 f.

¹⁶⁹¹ MÜLLER, CARL (1859), S. 7.

¹⁶⁹² VASOLD (1999), S. 242 f.; vgl. auch ACKERKNECHT (1963), S. 63.

Scharlach im Untersuchungsgebiet

Der Begriff *Scharlach* erscheint – als Nomenkompositum *Scharlachfieber* – erstmals 1787 in einem schauburgischen Sterberegister (Kirchspiel Großnenndorf). In den Jahren 1786 und 1787 soll die Krankheit „in verschiedenen Gegenden von Deutschland, in Holland, in Norwegen, in England und Frankreich“ grassiert sein.¹⁶⁹³ Dass „meistens Kinder von ein bis zwölf Jahren“ betroffen waren, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es sich tatsächlich um eine Scharlachepidemie handelt. Die nächste Erwähnung in einem schauburgischen Kirchenbuch erfolgte erst 1802. In den kommenden beiden Jahrzehnten findet sich die Todesursache *Scharlach* in der Regel gehäuft in bestimmten Jahren, danach wurde sie seltener verzeichnet. *Scharlach* steht selten allein, die meisten Eintragungen lauten *Scharlachfieber*, gelegentlich in attributiver Erweiterung mit *zurückgetreten* oder *nervös*. Daneben erscheint mehrmals der Begriff *Scharlachfriesel(n)* bzw. *Friesel-Scharlach*. Zudem gibt es zwei Belege für das Nomenkompositum *Scharlachbräune*. Vereinzelt werden Komplikationen wie (*Hals*) u. *Brustwassersucht*, *Brustentzündung*, *Gehirnentzündung* aufgeführt. Die Krankheitsdauer ist in rund 10 % der Fälle angegeben, die Spanne reicht von 3 Tagen bis zu 8 Wochen. Eine Tendenz lässt sich nicht erkennen.

Seit den 1760er Jahren wurde primär beim Tod von Kindern gelegentlich *Halsschaden* oder *Halsleiden* registriert. Im 19. Jahrhundert werden diese beiden Todesursachen seltener, finden sich aber mehrfach zeitgleich mit der Todesursache *Scharlach* in Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg und des Fürstentums Lippe. Zu vermuten ist, dass ein Teil der Verstorbenen, bei denen die Todesursache *Halsschaden* bzw. *Halsleiden* diagnostiziert wurde, an einer Infektion durch *Streptokokkus pyogenes* litten.

Die Untersuchung der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit der Todesursache *Scharlach* ergibt ein eindeutiges Übergewicht auf Seiten der männlichen Individuen mit durchschnittlich 56,7 % und einer Sexualproportion von 131 : 100 [n = 180; 1750–1869].¹⁶⁹⁴ Selbst in Anbetracht der Übersterblichkeit der Knaben im Säuglings- und Kleinkindalter ist dies ein sehr hoher Wert. Dem entspricht auch die Tendenz in den

¹⁶⁹³ Vgl. MOST (1826), S. 127; hierzu auch BEGEMANN (1990), S. 108, die eine Scharlachepidemie im Kirchspiel Limmer (Fürstentum Calenberg) im Jahr 1785 erwähnt.

¹⁶⁹⁴ Vgl. auch MOST (1826), S. 44.

ersten 6 Lebensjahren (**Tab. 28**).¹⁶⁹⁵ Eine Angleichung der Geschlechter ist erst im 6. Lebensjahr zu beobachten. Führt man diese Reihe fort, ergibt sich eine Übersterblichkeit der Mädchen im 7. u. 9. sowie in der Phase vom 11. bis zum 14. Lebensjahr. Trotz der geringen Datenlage spiegelt dieser Befund wider, was man im ausgehenden 18. Jahrhundert beobachtete: „Vom 10ten bis zum 30sten Jahre litten mehr Personen weiblichen als männlichen Geschlechts daran, und erstere heftiger als letztere.“¹⁶⁹⁶

Tabelle 28

Scharlach – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Lebensjahr			4. Lebensjahr		
[n = 14]	180	100	[n = 21]	110	100
in %	64,3	35,7	in %	52,4	47,6
2. Lebensjahr			5. Lebensjahr		
[n = 24]	200	100	[n = 20]	400	100
in %	66,7	33,3	in %	80,0	20,0
3. Lebensjahr			6. Lebensjahr		
[n = 29]	123	100	[n = 14]	100	100
in %	55,2	44,8	in %	50,0	50,0

Unter den Kindern, die an der Todesursache *Scharlach* verstorben sind, befanden sich verhältnismäßig wenige in ihrem 1. Lebensjahr (**Tab. 29**). Die Phase der höchsten Mortalität bildet das 2.–5. Lebensjahr. Ein abrupter Abfall der Werte wie bei Pocken, Masern und Keuchhusten, wo jeweils mehr als 90 % der Verstorbenen nicht das 8. Lebensjahr vollendet hatten, ist nicht festzustellen. Diese Verteilung – einschließlich der höchsten Sterblichkeitsrate im 2. und 3. Lebensjahr – kennzeichnet den Scharlach.¹⁶⁹⁷ Auffallend ist weiterhin der mit 7,8 % hohe Anteil an Jugendlichen und Erwachsenen. Die meisten Verstorbenen aus dieser Gruppe erreichten nicht das 27. Lebensjahr. Die älteste registrierte Person, die an einer Scharlachinfektion verstarb, wurde nur 33 Jahre alt. Dieser Befund deckt sich bereits mit der Beschreibung einer Scharlachepidemie in Neapel im Jahre 1618. Man glaubte, dass von der Krankheit, die

¹⁶⁹⁵ Berücksichtigt wurden nur die ersten 6 Lebensjahre, um statistische Unschärfen aufgrund einer zu geringen Datenbasis zu vermeiden.

¹⁶⁹⁶ MOST (1826), S. 240.; vgl. hierzu auch ELIASSOW (1926), S. 12.

¹⁶⁹⁷ Vgl. EBD., S. 11 f.; SCHMÜCKER (1938), S. 9.

sich „von rauher und kalter Luft und von sauren, zusammenziehenden Nahrungsmitteln ableitet, besonders Kinder und junge Leute (...) befallen wurden, weil sie nämlich zu viel Obst äßen und sich zu sehr der rauhen Luft aussetzten.“¹⁶⁹⁸

Tabelle 29

Scharlach – altersspezifische Sterblichkeit in Schaumburg in Prozent (1750–1869) [n = 180]

Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil
1. Lj.	7,8	7,8	6. Lj.	7,8	67,8	11. Lj.	4,4	89,4
2. Lj.	13,3	21,1	7. Lj.	4,4	72,2	12. Lj.	1,1	90,5
3. Lj.	16,1	37,2	8. Lj.	3,3	75,5	13. Lj.	1,1	91,6
4. Lj.	11,7	48,9	9. Lj.	3,9	79,4	14. Lj.	0,6	92,2
5. Lj.	11,1	60,0	10. Lj.	5,6	85,0	> 14. Lj.	7,8	100,0

Die saisonale Mortalität am Scharlach war in den Monaten des Hochsommers am geringsten (**Abb. 99**).¹⁶⁹⁹ Die Werte in dieser Phase liegen noch recht deutlich unter denen der allgemeinen Sterblichkeit in Schaumburg. Mit dem Herbstbeginn ist die Zahl der Todesfälle dann kontinuierlich und recht zügig bis zum Januar angestiegen. Die frühneuzeitlichen medizinischen Beschreibungen bestätigen, „daß im Winter und bei kalter und feuchter Jahreszeit das Übel gefährlicher“ wurde.¹⁷⁰⁰ Damit glaubte man sich in der Annahme bekräftigt, dass der Ausbruch von Krankheiten wie dem Scharlach durch Veränderungen der Atemluft begünstigt werde. In der „Äquinoctialzeit“, also den Phasen der Tag-Nacht-Gleiche im März und September, soll das „Scharlachfieber“ bevorzugt ausgebrochen sein.¹⁷⁰¹ Auffallend ist ein sprunghafter Rückgang der Scharlachsterblichkeit in Schaumburg im Februar, dem ein erneuter Anstieg folgt. Der Mortalitätsgipfel wird ebenso wie bei den Masern im Mai erreicht. Die seasonspezifische Sterblichkeit des Scharlachs weist damit sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen zu den anderen infektiösen Krankheiten der Kindheit auf. Zu berücksichtigen ist die geringe Datengrundlage mit 180 Todesfällen, was insbesondere den Rückgang im Monat Februar erklären könnte. Im Februar sind 15 Personen am Scharlach gestorben, 8 weniger als im Januar und 4 weniger als im März.

¹⁶⁹⁸ MOST (1826), S. 37; vgl. auch EBD., S. 44, 147 u. 240.

¹⁶⁹⁹ Vgl. auch FORMEY (1796), S. 163.

¹⁷⁰⁰ MOST (1826), S. 43; vgl. hierzu auch REUSS (1818), S. 14-16; SCHMÜCKER (1938), S. 9; JUNG-KUNZ (1951), S. 344.

¹⁷⁰¹ Vgl. MOST (1826), S. 130.

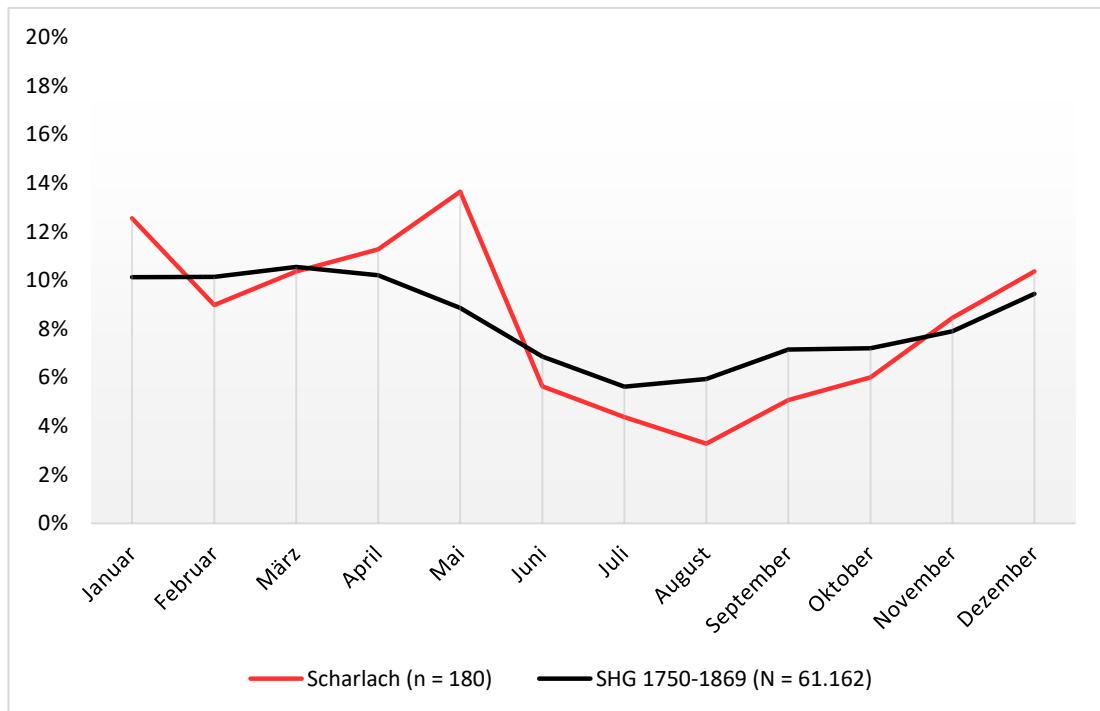


Abb. 99: Scharlach –saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die Todesursache *Scharlach* ist in den schauburgischen Sterberegistern ohne Zweifel unterrepräsentiert. Im Kirchspiel Grove (Rbg) wurden 29 Fälle verzeichnet, wobei sich der Wohnort nur bei 27 der Verstorbenen eindeutig bestimmen lässt. Die Aussagekraft der ermittelten prozentualen Anteile der Scharlachsterblichkeit in Bezug auf den Bevölkerungsanteil der einzelnen Siedlungen ist nicht besonders hoch. In der Einwohnerschaft der Vorstadt Rodenberger Tor, die immerhin ein Zehntel der Bevölkerung in diesem Kirchspiel ausmachte, findet sich überhaupt kein Scharlachfall (**Abb. 100**). Daraus ist natürlich nicht zu folgern, dass Scharlacherkrankungen in dieser Siedlung aufgrund soziostruktureller Besonderheiten stets einen glimpflichen Ausgang nahmen. Ebenso wie die anderen infektiösen Kinderkrankheiten fand der Scharlacherreger überall dort günstige Verbreitungsbedingungen, wo die Zahl an sozialen Kontakten hoch war: „Der Scharlach befällt die Kinder der Reichen und der Armen. Die Empfänglichkeit scheint überall gleich groß zu sein.“¹⁷⁰² Und: „dass der Scharlach da häufiger ist, wo die Bevölkerung dicht zusammengedrängt wohnt; wo die bemittelte oder die Arbeiterbevölkerung weiträumiger wohnt, ist er bei beiden Schichten seltener.“ Insofern ist davon auszugehen, dass sich der Erreger zumindest im Zentrum des

¹⁷⁰² ELIASSOW (1926), S. 12.

Kirchspiels gleichmäßig verteilt hat. Lediglich Algesdorf könnte aufgrund der räumlichen Entfernung bisweilen verschont geblieben sein.

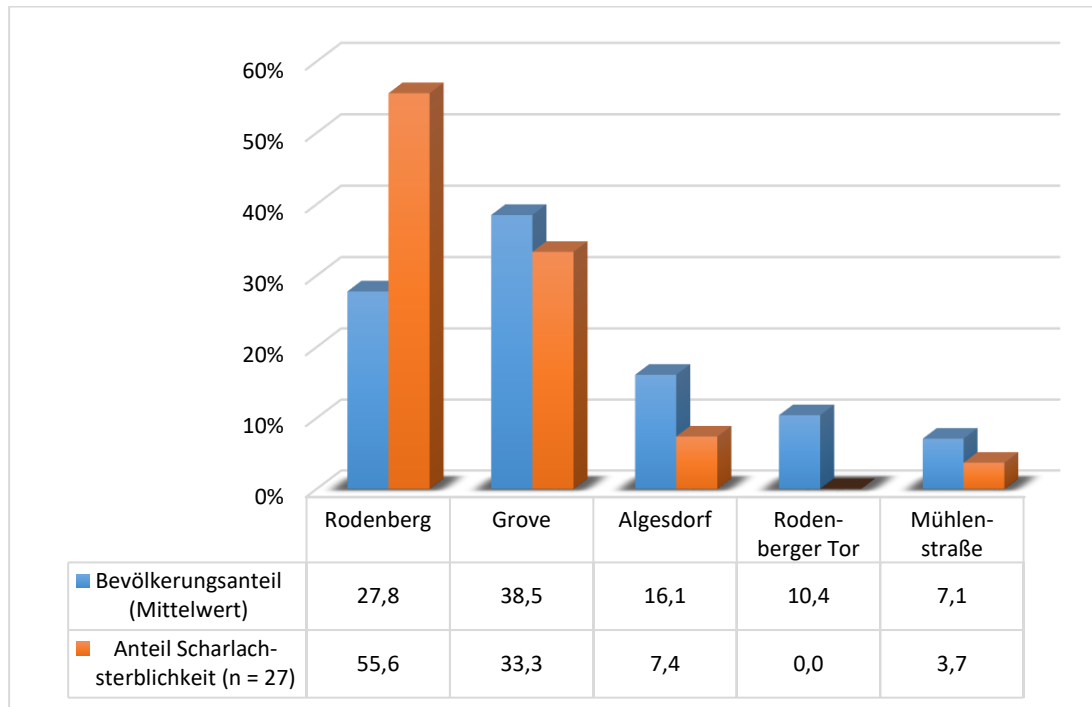


Abb. 100: Scharlach – Bevölkerungsanteile und Scharlachsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent¹⁷⁰³

Die Verteilung von *Scharlach* im Kirchspiel Grove (Rbg) weist eine Besonderheit auf. Bei Verstorbenen aus der Stadt Rodenberg wurde diese Todesursache in Relation zum Bevölkerungsanteil doppelt so oft registriert. Eliassow hatte beobachtet: „In Frankfurt ergab sich in vielen Jahren hinsichtlich der Todesfälle ein Bild, das dem bei den Märsen gerade entgegengesetzt ist, eine verhältnismäßig größere Sterblichkeit in den besseren Außenvierteln als in den alten, engen, ärmeren Stadtteilen.“¹⁷⁰⁴ Rein topographisch bestanden zwischen den Wohngebieten der gehobenen Frankfurter Bürgerschaft und dem schauburgischen Rodenberg grundlegende Unterschiede. Das Bild der Kleinstadt Rodenberg war nach wie vor durch Engräumigkeit geprägt, die materielle Situation der Einwohnerschaft eher bescheiden. Dass die Todesursache *Scharlach* ausgerechnet in dem bürgerlich geprägten Quartier innerhalb des Kirchspiels Grove (Rbg) vermehrt diagnostiziert worden ist, lässt sich mit einer verstärkten Inanspruch-

¹⁷⁰³ Unberücksichtigt blieben zwei Sterbefälle, die keiner Siedlung eindeutig zugeordnet werden konnten.

¹⁷⁰⁴ ELIASSOW (1926), S. 12.

nahme akademisch gebildeter Ärzte erklären. Denkbar ist zudem, dass die Untersuchung erkrankter Kinder aus bürgerlichen Haushalten gründlicher verlief, weil ein erhöhtes Interesse an einer fachlich fundierten Diagnose bestand (oder unterstellt wurde).

Scharlachepidemien

Die geringe Anzahl der Belege für die Todesursache *Scharlach* einschließlich der Varianten *Scharlachfieber* und *Scharlachfriesel(n)* legen den Schluss nahe, dass diese Krankheit in der Grafschaft Schaumburg kaum epidemisch in Erscheinung trat. Etwas häufiger wurde die Todesursache lediglich in den Jahren 1802, 1810/11, 1814/15 sowie 1817–19 und 1825–27 registriert. Auffallend ist zwar eine zeitliche, selten aber eine räumliche Verbindung im Sinne einer Nachbarschaft zwischen den betreffenden Kirchspielen. So erscheint *Scharlach* im Mai 1810 im schaumburgischen Kathrinhausen und im lippischen Almena. Im November und Dezember desselben Jahres in Großnenndorf sowie in den lippischen Kirchspielen Hohenhausen, Varenholz und – erneut – Almena. Die hinzugezogenen Sterberegister aus dem Fürstentum Lippe belegen eine Scharlachepidemie in diesem Zeitraum. Dass diese Krankheit in der Grafschaft Schaumburg isoliert auftrat und sich auf lediglich zwei Kirchspiele beschränkte, ist unwahrscheinlich. Diese Krankheit bzw. ihre Symptomatik war in der Bevölkerung vermutlich unter einem anderen Namen bekannt. Viele scharlachinduzierte Sterbefälle müssen in den schaumburgischen Kirchenbüchern unter einem anderen Begriff verzeichnet worden sein.

Wenngleich mittlerweile sehr viele Menschen im deutschsprachigen Raum nicht mehr mit dieser Kinderkrankheit direkt konfrontiert werden, ist der Begriff Scharlach weiterhin geläufig. Es verwundert, dass sich *Scharlach* nicht schon im 19. Jahrhundert in Schaumburg als Todesursache durchsetzen konnte. Dass der Begriff des Öfteren in nordschaumburgischen Sterberegistern vertreten ist, lässt sich mit der Anwesenheit jüngerer bzw. universitätsnaher Mediziner in der Amtsstadt Rodenberg und im Kurbad Nenndorf erklären. Wider Erwarten aber ist er im Weserraum selten. In den Sterberegistern Hessisch Oldendorfs, Schaumburgs zweitgrößter Stadt, erscheint die Todesursache *Scharlach* nie. Die weitgehende Absenz eines modernen medizinischen Begriffs lässt sich als Indiz für einen Verlust der fachlichen Dynamik werten. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war der kleine Rintelner Universitätsbetrieb bereits angeschlagen,

1810 erfolgte die Schließung. Die Qualifikation des im Weserraum tätigen medizinischen Personals sank.¹⁷⁰⁵ Das kleinste der schauburgischen Kirchspiele, Kathrinhausen, ist ein weiteres Beispiel dafür, dass die begriffliche Umschreibung tödlich verlaufener Krankheiten in den Sterberegistern oftmals personengebunden erfolgte. In Kathrinhausen wurde die Todesursache *Scharlachfieber* zu Beginn des 19. Jahrhunderts häufiger registriert als in der Stadt Rinteln. Die Belege decken sich mit der Amtszeit des Pastors Hermann Westphal, der von 1800 bis 1819 in Kathrinhausen als Pastor tätig war. Nach der Übernahme durch seinen Nachfolger Georg Philipp Sommerlath erscheint *Scharlach(fieber)* nicht mehr in den Sterberegistern.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wird die Todesursache *Scharlach* seltener, obwohl nicht zuletzt die Zunahme an medizinisch exakteren Diagnosen in den Sterberegistern die Ansiedlung von Ärzten, die sich medizinisch auf der Höhe ihrer Zeit befanden, widerspiegelt. Dies mag als Indiz für einen Rückgang der Sterblichkeit infolge einer Scharlacherkrankung gelten. Bis dahin ist jedoch davon auszugehen, dass *Scharlach* unter den Todesursachen in den schauburgischen Sterberegistern unterrepräsentiert ist. Endemisch war diese Krankheit in Schaumburg sicherlich nicht, Epidemien hat es aber mit Sicherheit gegeben. Dass dann vornehmlich die verkehrsgünstig gelegenen Kirchspiele im Weserraum verschont geblieben sind, ist unwahrscheinlich. Dem Grund für den Mangel an Belegen für letale Scharlacherkrankungen in der Grafschaft Schaumburg soll im Rahmen der Untersuchung der Todesursache *Frieseln* nachgegangen werden. Denn ebenso wie bei den Masern besteht auch zwischen dem Scharlach und *Frieseln* in der Grafschaft Schaumburg ein Zusammenhang.

¹⁷⁰⁵ Vgl. hierzu die Ausführungen zu den Mängeln im schauburgischen Hebammenwesen in Kap. 3.1.

3.4.5 Diphtherie

Die Diphtherie zählt zu den Infektionskrankheiten bakteriellen Ursprungs, die überwiegend im Kleinkindalter auftreten. Der aus dem Griechischen abgeleitete Begriff Diphtherie umschreibt eine lederartige Hautveränderung, die sich im Laufe der Infektion im Rachenraum bildet. Dabei handelt es sich um eine Pseudomembran aus abgestorbener Schleimhaut. Die charakteristische Färbung stammt aus darin eingeschlossenen Blutpartikeln. Bekannt war die Krankheit früher unter der Bezeichnung „[Rachen]bräune“. Weil die Infektion unter anderem Heiserkeit verursacht, nannte man sie auch „Krupp“ (nach dem schottischen Begriff „Croup“ für Heiserkeit).

Klinische Beschreibung

Die Diphtherie ist eine Krankheit der kälteren Jahreszeit.¹⁷⁰⁶ Sie tritt bevorzugt in den Herbst- und Wintermonaten auf. Hervorgerufen wird sie durch den grampositiven Erreger *Corynebacterium diphtheriae*. Die Virulenz wird letztlich durch ein Exotoxin verursacht, das unterschiedliche körperliche Reaktionen im Wirtskörper hervorrufen kann. Die Übertragung von *Corynebacterium diphtheriae* erfolgt zumeist durch Tröpfchen- und Schmierinfektion – zumindest in einem epidemiologisch relevanten Sinn – von Mensch zu Mensch. Der Kontagionsindex liegt bei 0,1–0,2, damit also etwas unter dem des Scharlachs. Erfolgt eine antibakterielle Behandlung, verkürzt sich die Ansteckungsfähigkeit des Wirts auf 2–4 Tage. Bei unbehandelten Personen beträgt die Infektiosität etwa 2 Wochen, kann aber bis zu 4 Wochen andauern.

Nach einer Inkubationszeit von 2–5 Tagen tritt die Krankheit zunächst im Respirationsstrakt auf. Als Folge einer Tonsillitis und/oder Pharyngitis manifestiert sie sich schließlich durch Halsschmerzen und Schluckbeschwerden sowie mäßigem Fieber. In diesem Stadium beginnt sich im Rachenraum eine Pseudomembran zu bilden, die sich bis zum Kehlkopf ausbreiten und schließlich zum Erstickungstod der infizierten Person führen kann. Zu den verbreitetsten Komplikationen zählen verschiedene Herzerkrankungen sowie – bisweilen Wochen nach der Akutphase – die Polyneuritis. Todes-

¹⁷⁰⁶ Zur Diphtherie vgl. insbesondere den entsprechenden RKI-Ratgeber: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Diphtherie.html;jsessionid=A9E7F3E6E4C3709EAD185F9E2AC8C00E.internet071 – letzter Zugriff: 2023-11-12.

ursache ist häufig Herzversagen. Die Prognose hängt von der Qualität der medizinischen Versorgung ab. Die Letalität liegt in der Gegenwart bei 5–10 %, kann allerdings auf bis zu 25 % steigen.

Unter Angehörigen von Risikogruppen (Obdachlose, Drogenabhängige) findet sich darüber hinaus auch in der sogenannten Haut- bzw. Wunddiphtherie eine Variante der Diphtherie. In diesem Fall wird *Corynebacterium diphtheriae* über eine ältere Hautverletzung oder eine Dermatose übertragen. In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Variante allerdings eher selten verbreitet. Die Haut- bzw. Wunddiphtherie kommt vornehmlich in den Tropen vor.

Die Diphtherie ist eine global verbreitete Krankheit und tritt eher in den gemäßigten Klimazonen auf. Eine abgeheilte Erkrankung immunisiert nur vorübergehend, multiple Infektionen sind möglich. Über die systematische Durchimpfung der Bevölkerung ist es jedoch in den westlichen Industrieländern in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gelungen, die Infektionsrate erheblich zu senken. So sind aktuell in der Bundesrepublik Deutschland rund 97 % aller Kleinkinder geimpft. Empfohlen werden Auffrischungen für Erwachsene in einem zeitlichen Abstand von 10 Jahren. Weil bereits bei vielen Kindern im schulpflichtigen Alter nicht aufgefrischt wird, ist aktuell nur rund ein Drittel der erwachsenen Deutschen vor einer Infektion geschützt. Die letzte große Diphtherie-Epidemie in Deutschland hatte in den 1940er Jahren ihren Höhepunkt erreicht, klang jedoch erst in den 1960er Jahren aus. Aufgrund der Grundimmunisierung, die die meisten Kleinkinder erhalten, ist es in der Bundesrepublik Deutschland seit Mitte der 1980er Jahre zu keinen größeren Epidemien mehr gekommen.

Diphtherie in der Vergangenheit

Die Diphtherie – in der älteren medizinischen Literatur wird sie durchweg als „(häufige) Bräune“ bezeichnet – ist ebenso wie die anderen infektiösen Krankheiten der Kindheit historisch kaum greifbar. Vermutlich wurde sie bereits in der Antike beschrieben.¹⁷⁰⁷ Seit dem ausgehenden Spätmittelalter wird sie zunehmend im mitteleuropäischen

¹⁷⁰⁷ Vgl. GUERSENT (1835), S. 52 f.; NAUMANN (1835), S. 143; OEHME (1986), S. 79 f.; MICOUD (1992), S. 2206; WINKLE (2005), S. 254 f. u. 257-263.

Raum registriert. In den ersten beiden Jahrzehnten des 17. Jahrhunderts trat die Diphtherie mit großer Wahrscheinlichkeit epidemisch in Italien auf. Erwähnt wurden nun neben der symptomatischen Halsentzündung einige typische Merkmale. Demnach starben vornehmlich Kinder, darunter mehr Mädchen, und der Tod trat nach sehr kurzer Krankheitsdauer ein.¹⁷⁰⁸ In der Mitte des 18. Jahrhunderts nahmen entsprechende Berichte zu. Süßmilch beschreibt eine „fast noch schädlichere Krankheit unter Kindern“ als die Pocken. Sie befiel den Rachenraum und „tödtet in drey Tagen.“¹⁷⁰⁹ Im Fokus standen indes weiterhin die Pocken. Auch der Scharlach weckte zunehmend das Interesse der Mediziner. Dass man dem Scharlach eine hohe Wandelbarkeit – und daraus hervorgehend verschiedene Verlaufsformen – zuschrieb, verengte den ärztlichen Blick. Die Diphtherie wurde von vielen Medizinern lange nicht als eigenständige Krankheit erachtet. Trat sie epidemisch auf, glaubten diese „eine Scharlachfieberepidemie (...), welche sich in der Form der bösartigen Bräune zeigte“¹⁷¹⁰, zu erkennen. Ohnehin war die Vorstellung verbreitet, dass sich aus einer vergleichsweise harmlosen Krankheit beispielsweise infolge ungünstiger klimatischer Verhältnisse oder Wohnbedingungen eine andere, bedrohlichere Krankheit entwickeln könnte: „Es ist gar nicht unwahrscheinlich, dass die meisten jener verheerenden alten Epidemien der Angina maligna als Diphtheritis begonnen haben“.¹⁷¹¹ Neben den mangelnden Kenntnissen über Ursache und Verbreitung von Krankheiten warf letztlich der Umstand, dass sich sowohl Scharlach als auch Diphtherie symptomatisch im Rachenraum manifestierten, die diagnostischen Probleme auf.¹⁷¹²

Die Diphtherie wurde selten diagnostiziert und spielte lange eine Nebenrolle im Spektrum der infektiösen Krankheiten der Kindheit. In Göttingen soll sie vor 1860 unbekannt gewesen sein, sich bis 1870 dann aber zum „Schreckgespenst der Eltern und Ärzte“ entwickelt haben.¹⁷¹³ Erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, als man eine Zunahme an Diphtherieepidemien mit einer höheren Zahl an Todesfällen registrierte, betrachtete man diese Krankheit als ständige Bedrohung für das Leben der

¹⁷⁰⁸ Vgl. MOST (1826), S. 33; hierzu auch GUERSENT (1835), S. 53.

¹⁷⁰⁹ SÜßMILCH (1765), S. 59, Anmerkung.

¹⁷¹⁰ MOST (1826), S. 59 f.

¹⁷¹¹ NAUMANN (1835), S. 161. Unterschieden wurden u. a. der Croup, die Diphtherie bzw. der „Schlund- oder Rachencroup“ und die brandige Bräune (Angina maligna); EBD., S. 142 f.

¹⁷¹² Vgl. auch ACKERKNECHT (1963), S. 63.

¹⁷¹³ Vgl. WEVER (1988), S. 114.

Kinder.¹⁷¹⁴ Welche Faktoren die Verbreitung der Diphtherie in der Vergangenheit beeinflusst haben, ist nicht ganz klar. Naheliegend ist die Annahme, dass sich im Laufe des 19. Jahrhunderts die zeitlichen Abstände zwischen den Epidemien verkürzten, denn die zunehmende Enge in den Wohnquartieren infolge von Bevölkerungswachstum und Verstädterung erhöhten das Infektionsrisiko.¹⁷¹⁵ Andererseits wurde in den 1890er Jahren ein auffälliger Rückgang beobachtet, der bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges anhielt.¹⁷¹⁶ Im Ersten Weltkrieg schließlich war die Zahl der Diphtheriefälle in deutschen Lazaretten 3-mal so hoch wie die des Scharlachs.¹⁷¹⁷ Unbedingt zu berücksichtigen sind Registrierungsfehler, ein Problem, das insbesondere Diphtherie und Scharlach betrifft und auch zeitgenössischen Ärzten bewusst war: „Uebrigens gebe ich zu, dass bei der Unterscheidung des Croups und gewisser Krankheiten, die ihm am nächsten stehen, noch viel Ungewissheit und Dunkelheit herrscht.“¹⁷¹⁸ Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war der ärztliche Blick so weit geschärft, dass man von einer weitgehenden Diagnosesicherheit sprechen kann. Die Erfassung der Diphtherie wurde erst 1884 über eine strengere Meldepflicht optimiert, was die Zahl der Krankheitsfälle emporschnellen ließ.¹⁷¹⁹

Diphtherie im Untersuchungsgebiet

Der erste Nachweis für die Diphtherie bzw. *Bräune* in einem der schauburgischen Kirchenbücher findet sich im Jahre 1778 (Fuhlen). Der nächste entsprechende Eintrag datiert in das Jahr 1795. Ab 1799 erscheint die Diphtherie verstärkt in Schaumburg, bald nahezu jährlich in mindestens einem der Kirchspiele. Die übliche Bezeichnung ist während des gesamten Untersuchungszeitraums *Bräune*. Erst seit den 1860er Jahren werden – zunächst in den beiden nordschaumburgischen Kirchspielen Großnenddorf und Grove (Rbg) – die Begriffe *Croup* und *Diphtheritis* gebräuchlich.¹⁷²⁰ Auch die Diphtherie wird gelegentlich zusammen mit anderen Kinderkrankheiten wie *Masern*, *Frieseln* oder *Scharlach* sowie Komplikationen wie *Brustkrankheit* oder *Scheuerchen* in den Sterberegistern aufgeführt. Allerdings wird die Diphtherie häufig in Form von

¹⁷¹⁴ Vgl. VASOLD (1999), S. 160 u. 205 f.

¹⁷¹⁵ Vgl. WEVER (1988), S. 114; SCHMÜCKER (1938), S. 9.

¹⁷¹⁶ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 5.

¹⁷¹⁷ Vgl. VASOLD (1999), S. 268.

¹⁷¹⁸ GUERSENT (1835), S. 56; vgl. hierzu auch PFEUFER (1819), S. 5; NAUMANN (1835), S. 143 u. 155 f.; WINKLE (2005), S. 272.

¹⁷¹⁹ Vgl. VASOLD (1999), S. 243.

¹⁷²⁰ Vgl. auch JUNGKUNZ (1951), S. 345; PETER (1978), S. 306 f.

Nomenkomposita mit Komplikationen bzw. Symptomen zusammengeführt: *Krampfbräune, Halsbräune, Haut Bräune, Herzbräune, Brustbräune, Lungenbräune, Rachenbräune, Kehlkopfkrupp*. Die sporadischen Angaben zur Krankheitsdauer umfassen einen Zeitraum von einem Tag bis zu 16 Wochen (*Brustbräune*), doch betrug in jedem zweiten dieser Fälle die Krankheitsdauer weniger als 4 Tage, während mehr als 8 Tage die Ausnahme bildete. Die zeitliche Spanne vom ersten Auftreten der Symptome bis zum Tod der Erkrankten war damit sehr kurz. Dass die Diphtherie als epidemisch wahrgenommen wurde, belegen Zusätze wie *an der grassierenden Bräune*.

Gelegentlich verzeichnete Todesursachen wie *Halsschaden* und *Halsleiden* legen eine auffällige Erkrankung des Rachenraums nahe, was an eine Diphtherieinfektion denken lässt. Der Anteil der Erwachsenen in dieser Gruppe übersteigt jedoch ihren Anteil unter den Todesfällen aufgrund von infektiösen Kinderkrankheiten, insbesondere der Diphtherie. In Betracht kommen daher auch Karzinomerkrankungen des Kehlkopfs oder der Luftröhre. Überdies wurden die Komposita mit „Hals“ in Phasen verzeichnet, in denen die relativ seltene Todesursache *Scharlach* registriert wurde. Sofern es sich um verstorbene Kinder handelt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich hinter einer Todesursache wie *Halsschaden* Diphtherie oder Scharlach verbirgt.¹⁷²¹

Die Diphtherie ist die einzige der untersuchten infektiösen Kinderkrankheiten mit einem ausgewogenen Verhältnis der durchschnittlichen geschlechtsspezifischen Sterblichkeit. Der Anteil der verstorbenen Jungen beträgt 51,1 %, die Sexualproportion liegt bei 104 : 100 [n = 376; 1750–1869). Allerdings spiegeln die Jahrgänge bis zum 5. Lebensjahr¹⁷²² diese Ausgewogenheit nicht wider (**Tab. 30**): Im 1., 4. und 5. Lebensjahr starben deutlich mehr Mädchen an der Diphtherie. Im 2. und 3. Lebensjahr ist das Verhältnis genau umgekehrt. „Über Empfänglichkeit und Sterblichkeit der Geschlechter besteht keine einheitliche Meinung. Sicher ist nur, dass unter den Erwachsenen mehr Frauen erkranken, was sich auch hier durch ihre Tätigkeit als Pflegerin erklärt.“¹⁷²³ Dagegen sind von den 15 registrierten Erwachsenen in Schaumburg 10 männlichen Geschlechts.

¹⁷²¹ Da eine genaue Zuordnung nicht möglich ist, wurden die entsprechenden Belege nicht in die Analyse aufgenommen.

¹⁷²² Berücksichtigt wurden nur die ersten 6 Lebensjahre, um statistische Unschärfen aufgrund einer zu geringen Datenbasis zu vermeiden.

¹⁷²³ ELIASSOW (1926), S. 13.

Tabelle 30

Diphtherie – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Lebensjahr			4. Lebensjahr		
[n = 55]	77	100	[n = 41]	78	100
in %	43,6	56,4	in %	43,9	56,1
2. Lebensjahr			5. Lebensjahr		
[n = 96]	140	100	[n = 30]	76	100
in %	58,3	41,7	in %	43,3	56,7
3. Lebensjahr			6. Lebensjahr		
[n = 56]	124	100	[n = 26]	100	100
in %	55,4	44,6	in %	50,0	50,0

Tabelle 31

Diphtherie – altersspezifische Sterblichkeit in Schaumburg in Prozent (1750–1869) [n = 376]

Alters- gruppe	gestorb.	Anteil	Alters- gruppe	gestorb.	Anteil	Alters- gruppe	gestorb.	Anteil
1. Lj.	14,6	14,6	6. Lj.	6,9	80,8	11. Lj.	2,1	91,2
2. Lj.	25,5	40,1	7. Lj.	3,5	84,3	12. Lj.	0,5	91,7
3. Lj.	14,9	55,0	8. Lj.	2,1	86,4	13. Lj.	0,5	92,2
4. Lj.	10,9	65,9	9. Lj.	1,6	88,0	14. Lj.	1,3	93,5
5. Lj.	8,0	73,9	10. Lj.	1,1	89,1	> 14. Lj.	6,4	99,9

Die Diphtherie zählt zu den Infektionskrankheiten der Kindheit, bei denen mehr als die Hälfte der tödlich verlaufenden Infektionen in die ersten 3 Lebensjahre fällt (**Tab. 31**). Dass die Sterblichkeit, wie in Schaumburg, im 2. Lebensjahr am höchsten ist, scheint kennzeichnend für die Diphtherie zu sein.¹⁷²⁴ Auch die Werte der folgenden 3 Lebensjahre sind verhältnismäßig hoch. Ebenso wie bei den Masern sind vier Fünftel der Betroffenen in Schaumburg vor Vollendung des 6. Lebensjahres gestorben. 6,4 % der Verstorbenen hatten das Kindesalter überschritten oder waren bereits erwachsen.¹⁷²⁵ 16 der insgesamt 24 Personen aus dieser Gruppe starben im Alter von 15–22 Jahren, lediglich 8 waren zwischen 33 und 55 Jahren alt.

¹⁷²⁴ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 12 f.

¹⁷²⁵ Vgl. auch STAB Dep. 28, Nr. 310; SCHMÜCKER (1938), S. 9; JUNGKUNZ (1951), S. 346.

Die Auswertung der schauburgischen Sterberegister hat ergeben, dass zwischen den infektiösen Krankheiten der Kindheit in Bezug auf die jeweilige altersspezifische Sterblichkeit Unterschiede bestehen. Um zu überprüfen, ob es sich dabei um Charakteristika handelt, wurde eine Reihenfolge der Mortalität nach Altersgruppen ermittelt und mit einer entsprechenden Aufstellung¹⁷²⁶ der Jahre 1901 bis 1912 in Preußen (**Tab. 32**) verglichen. Berücksichtigung fanden in dieser Aufstellung die Krankheiten Diphtherie (D), Keuchhusten (K), Masern (M) und Scharlach (S). Im direkten Vergleich ergeben sich mehrere Übereinstimmungen: Sowohl in Preußen als auch in Schaumburg war der Keuchhusten unter den infektiösen Krankheiten der Kindheit die meistverzeichnete Todesursache bei Kindern im 1. Lebensjahr. Im 2. Lebensjahr waren es in beiden Territorien die Masern. Eine vollkommene Übereinstimmung findet sich bei den vierthäufigsten Todesursachen. Wo Abweichungen zwischen den beiden Territorien zu beobachten sind, unterscheiden sich die für Schaumburg ermittelten prozentualen Anteile der Todesursachen zum Teil kaum voneinander. So starben in Preußen die meisten Kinder im 3. Lebensjahr an der Diphtherie. In Schaumburg stehen in dieser Altersgruppe die Masern und der Scharlach an erster Stelle, die Diphtherie folgt erst an dritter Stelle. Gleichwohl liegen die prozentualen Anteile zwischen diesen drei Krankheiten mit 14,9–16,7 % in Schaumburg sehr eng zusammen. Zu beachten sind zudem statistische Unschärfen aufgrund einer geringen Datenbasis sowie – zumindest im Falle von Scharlach und Diphtherie – tendenziell erhöhte diagnostische Unsicherheiten. Dennoch hat der Vergleich zweierlei ergeben: Zum einen lassen die Übereinstimmungen mit den zeitlich später erhobenen preußischen Daten erkennen, dass die Diagnostik bereits vor den bahnbrechenden medizinischen Entdeckungen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts relativ genau war. Zum andern belegen sie, dass im Rahmen der altersspezifischen Auswertung von Sterberegistern Besonderheiten von tödlichen Krankheiten herausgearbeitet werden können, die eine territorien- und zeitübergreifende Gültigkeit besitzen.¹⁷²⁷

¹⁷²⁶ Nach ELIASSOW (1926), S. 13 f.

¹⁷²⁷ Dies dürfte auch auf die geschlechtsspezifische Sterblichkeit im mitteleuropäischen Raum zutreffen. Bei der Herausarbeitung entsprechender Besonderheiten im Zusammenhang mit der saisonalen Sterblichkeit wären die klimatischen Verhältnisse ein zu berücksichtigender Einflussfaktor.

Tabelle 32

Infektiöse Krankheiten der Kindheit – altersspezifische Sterblichkeit – Vergleich zwischen Schaumburg (1750–1869) und Preußen (1901–12)

		Lj. 1	Lj. 2	Lj. 3	Lj. 4–5	Lj. 6–10	Lj. 11–15
1.	Preußen	K	M	D	D	D	S
	SHG	K	M	M	S	S	S
	in %	47,2	30,9	16,7	22,8	25	7,2
2.	Preußen	M	K	S	S	S	D
	SHG	D	D	S	M	D	M
	in %	14,6	25,5	16,1	19,5	15,2	4,6
3.	Preußen	D	D	M	M	M	M
	SHG	M	K	D	D	M	D
	in %	12,7	22,5	14,9	18,9	13,9	4,5
4.	Preußen	S	S	K	K	K	K
	SHG	S	S	K	K	K	K
	in %	7,8	13,3	10,1	9,3	8,1	0,7

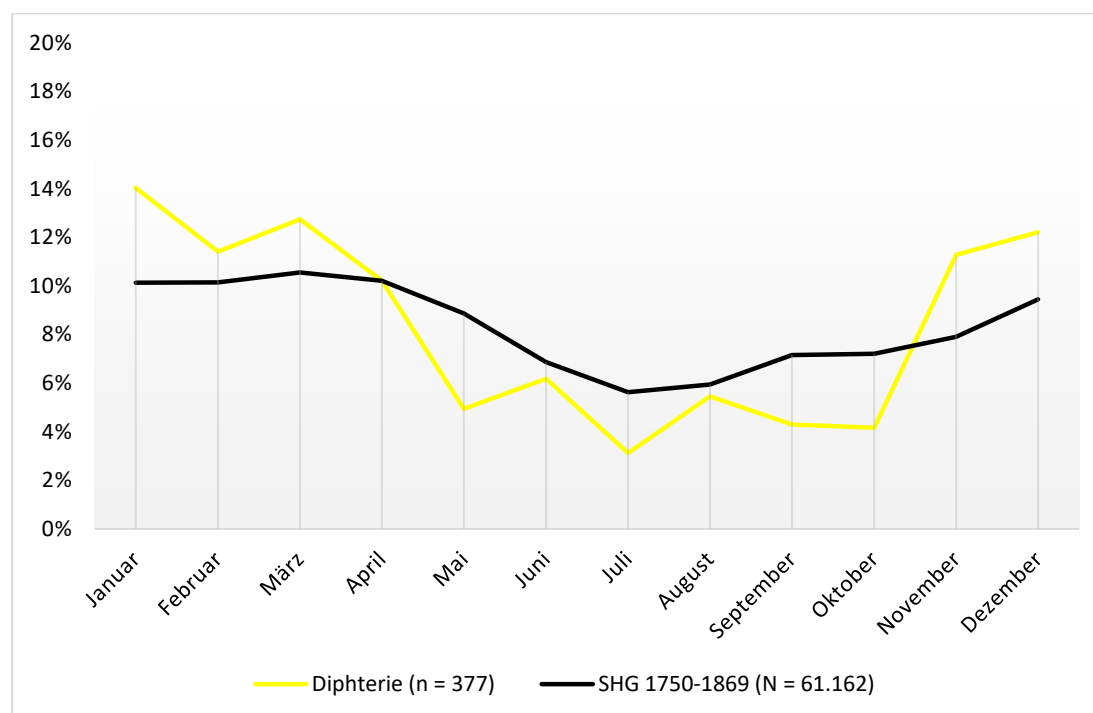


Abb. 101: Diphtherie – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die saisonale Sterblichkeit der Diphtherie liegt in den wärmeren Monaten des Jahres durchgehend unter den Werten für die Gesamtsterblichkeit im Untersuchungsgebiet (**Abb. 101**). Im Spätherbst steigt sie auffallend stark an und bleibt bis zum Beginn des Frühlings durchgehend hoch.¹⁷²⁸ Die Diphtherie unterscheidet sich von den Masern und den Pocken mit ihren Mortalitätsgipfeln im ausgehenden Winter bzw. Frühling. Mit

¹⁷²⁸ Vgl. auch NAUMANN (1835), S. 150.

dem starken Abfall der Kurve im Frühling sowie der „tiefen Senkung“ im Juli ordnet sich die saisonale Sterblichkeit der Diphtherie in vergleichbare Untersuchungen ein.¹⁷²⁹ Dass in Nürnberg eine gleichmäßige Verteilung über das Jahr beobachtet wurde,¹⁷³⁰ entspricht dem für Epidemien in Städten herausgearbeiteten Trend (vgl. Kap. 2.3.5).

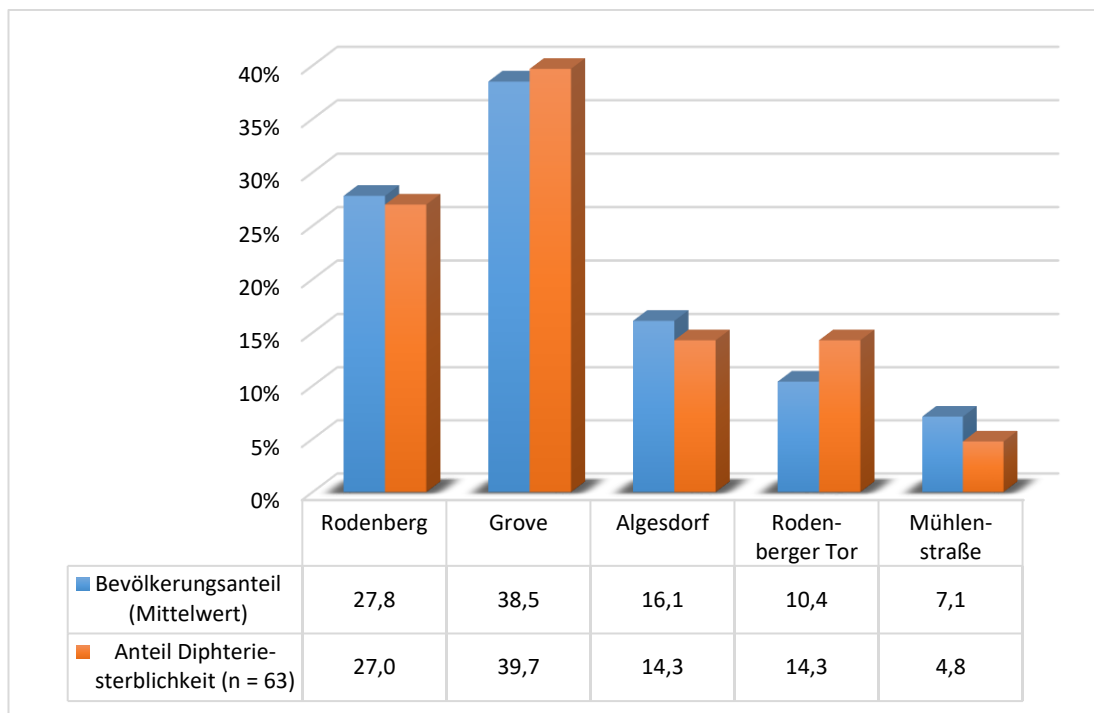


Abb. 102: Diphtherie – Bevölkerungsanteile und Diphtheriesterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent¹⁷³¹

Die Verteilung der Sterbefälle aufgrund der Todesursache *Bräune*, *Croup* oder *Diphtheritis* im Kirchspiel Grove (Rbg) entspricht relativ genau den jeweiligen Bevölkerungsanteilen (**Abb. 102**). Die größeren Abweichungen bei den beiden Vorstädten lassen sich damit erklären, dass mit 63 Verstorbenen nur wenige Daten vorliegen. Alles in allem scheinen sich die soziostrukturellen Unterschiede zwischen den Siedlungen nicht wesentlich auf die Diphtheriesterblichkeit ausgewirkt zu haben. Darin bestätigt sich die Aussage von Eliassow: „Die Empfänglichkeit ist bei arm und reich gleich groß. (...) ‚Schmutz und Unreinlichkeit leisten der Verbreitung der Krankheit Vorschub‘.“¹⁷³²

¹⁷²⁹ Vgl. ELIASSOW (1926), S. 12; SCHMÜCKER (1938), S. 9.

¹⁷³⁰ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 345.

¹⁷³¹ Unberücksichtigt blieb ein Sterbefall, der keiner Siedlung eindeutig zugeordnet werden konnte.

¹⁷³² ELIASSOW (1926), S. 13.

Diphtherieepidemien

Im 18. Jahrhundert gibt es so gut wie keine Belege für Sterbefälle, die sich auf eine letale Infektion durch *Corynebacterium diphtheriae* zurückführen lassen. Selbst Todesursachen wie *Halsschaden* sind selten. Bereits unmittelbar nach der Jahrhundertwende ändert sich dies. Sowohl im Norden als auch im Süden Schaumburgs wurde *Bräune* vereinzelt, aber zunehmend öfter verzeichnet. Erstmals gehäuft tritt die Todesursache 1807/08 in Erscheinung. Die nächste besonders auffällige Phase bilden die Jahre 1818–21. Die kommenden 3 Jahrzehnte sind sowohl durch Phasen mit eher wenigen als auch vielen Belegen für die Todesursache *Bräune* charakterisiert, ab Ende der 1850er Jahre steigt ihre Zahl erneut an.

Da die Diphtherie erst spät als eigenständige Krankheit entdeckt wurde, können Aussagen zu ihrem Auftreten in der Grafschaft Schaumburg nur mit großem Vorbehalt getroffen werden. Ihre weitgehende Absenz in den Sterberegistern vor dem 19. Jahrhundert lassen sich auch als diagnostisches Problem werten. Dennoch ist es in Anbetracht der wenigen (möglichen) Nachweise zweifelhaft, dass sie bereits im 18. Jahrhundert zu den Infektionskrankheiten mit stärkerer Verbreitung in der Grafschaft Schaumburg zählte. Einiges spricht dafür, dass der Erreger zunächst nur sporadisch in Erscheinung trat. Die wachsende Mobilität durch Handel und Reise sowie die Auswirkungen der Französischen Revolution könnten kurz aufeinanderfolgende Ausbrüche flächendeckender Diphtherieepidemien in der Grafschaft Schaumburg begünstigt haben. Der Erreger scheint relativ schnell endemisch geworden zu sein, was ihm durch die vielerorts beengten Verhältnisse infolge des Bevölkerungswachstums erleichtert worden ist.

3.4.6 „Frieseln“

Die Frieseln¹⁷³³ nehmen zwar aufgrund vieler Belege in den Sterberegistern innerhalb des Kanons der infektiösen Kinderkrankheiten¹⁷³⁴ der Vergangenheit eine exponierte Stellung ein, die moderne Medizin kennt diese Krankheit jedoch nicht. Gemäß den historischen Quellen haben die Frieseln ein typisches Exanthem hervorgerufen und sind insbesondere in Mitteleuropa epidemisch in Erscheinung getreten. Dennoch ist ihr Verschwinden nicht wie bei den Pocken auf die Entwicklung eines Impfstoffs zurückzuführen. Vielmehr finden sie in der Fachliteratur im Laufe der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts keine Erwähnung mehr, fallen gleichsam aus dem Blickwinkel der Medizin. Die Frieseln bilden im Vergleich zu Kinderkrankheiten wie Masern oder Scharlach einen Sonderfall; zugleich gewähren sie einen exemplarischen Einblick in den Wandel medizinwissenschaftlicher Vorstellungen im Übergang zur Neuzeit.

Die Krankheit trägt den Verweis auf ihren exanthematischen Charakter bereits im Namen. „Friesel[n]“ bezeichnet als Überbegriff Hautveränderungen in Form von Pusteln unterschiedlicher Ausprägung und Färbung. Allerdings wurde in der Vergangenheit nicht streng unterschieden, ob es sich um das Symptom einer Krankheit epidemischen Ursprungs handelt oder ob eine spezifisch dermatologische Ursache zugrundelag.¹⁷³⁵ Die Bezeichnung für die im Rahmen dieser Arbeit behandelte Kinderkrankheit soll im deutschsprachigen Sprachraum auf die zeitgenössische Beschreibung einer Epidemie in Leipzig im Jahre 1650 zurückgehen. Demnach leitet sich Frieseln von „der Rauigkeit der Haut, welche frauslicht oder frießlicht oder wie jener Frieß genannter Zeug aussieht“, ab.¹⁷³⁶ Rund 200 Jahre später beschreibt Franz Seitz (1845b) im Rahmen einer umfangreichen Untersuchung die Frieseln wie folgt:

¹⁷³³ In der medizinischen Fachliteratur des 18. und 19. Jahrhunderts wird zumeist der Begriff „Friesel“ verwendet. Als Artikel ist in der Regel das Maskulinum „der“ vorangestellt, seltener das Neutrum „das“. Im Folgenden wird jedoch die heute übliche Bezeichnung „Frieseln“ verwendet. Zum einen ist diese Variante weniger dialektgebunden und entspricht damit eher dem modernen Sprachgebrauch. Zum andern findet das äußerliche Erscheinungsbild durch die Betonung des Plurals eine adäquate Entsprechung; vgl. auch KRÜNITZ (1758 usw.), Bd. 15, S. 110.

¹⁷³⁴ Zu unterscheiden ist die Todesursache *Frieseln* vom „Frieselfieber“, einer Krankheit, die vor allem im 18. Jahrhundert bei Jugendlichen und Erwachsenen diagnostiziert worden ist; vgl. SEEMANN (2019), S. 108-117.

¹⁷³⁵ Vgl. GINS (1963), S. 113; OEHME (1986), S. 55.

¹⁷³⁶ SEITZ (1845b), S. 41; hierzu auch KRÜNITZ (1758 usw.), Bd. 15, S. 111.

„Unter Friesel (...) versteht man einen Ausschlag, der nach vorausgehender allgemeiner Hitze, reichen Schweißen, Unruhe und Herzensangst, einem drückenden oder brennenden Schmerz in der Magengegend, unter Jucken und Stechen auf der Haut und einem krampfhaften Gefühle in den Fingern, meist von Fieber begleitet, in der Form rother Flecken, zuerst am Halse, an der Brust, den Armen, dem Rücken, zuweilen auch mit einemmale über den ganzen Körper zum Vorschein kommt. Auf diesen mehr oder weniger nahe beisammenstehenden, rundlichen, 1 – 2 Linien im Durchmesser haltenden, mehr hell= oder dunkelrothen Flecken erheben sich kleine, rundlich zugespitzte, nach Größe und Gestalt den Hirsekörnern ähnliche Knötchen (Papulae), die sich meist am andern oder dritten Tage an ihrer Spitze bleichen, und nachdem sie in der Form von größern oder kleinern Bläschen 2, 3 oder 4 Tage gestanden, eintrocknen und mit Hinterlassung eines kleinen bräunlichen Fleckens, der noch einige Zeit, immer blasser werden, sichtbar bleibt, in kleinen Schuppen abfallen. (...) Der Ausschlag kommt manchmal schon am 1ten, gewöhnlich am 3 oder 4ten; oft aber auch erst am 7ten Tage oder noch später hervor, die Krankheit wird, indem der Ausschlag in Zwischenräumen und oft wiederholt erscheint, manchmal in die Länge gezogen, so dass sich ihre Dauer von einer bis auf 3 Wochen erstreckt.“ (S. 3 f.)

In ihrem äußeren Erscheinungsbild ähneln die Frieseln damit der Miliaria, also einem Hautausschlag, der infolge übermäßigen Schwitzens auftreten kann. Andere Bezeichnungen lauten Hitzepickel oder Schweißfrieseln. Die Miliaria bildet sich aus, wenn die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen verstopfen. Die Manifestation des Exanthems hängt davon ab, welche Hautschicht verstopft ist. Man unterscheidet vier Formen der Miliaria: M. rubra, M. cristallina, M. alba, M. profunda. Zunächst entstehen rötliche Flecken, aus denen sich schließlich juckende oder brennende Bläschen entwickeln. In diesen Bläschen befindet sich eine durchsichtige oder milchig-trübe Flüssigkeit. Die Miliaria bildet sich in der Regel dort, wo die Hitzebildung am stärksten ist. Betroffen ist daher zumeist der Rumpf. Zu besonderen Ausprägungen kann es im Bereich der Achseln und der Leisten kommen, weil die jeweiligen Hautflächen dort unmittelbaren Kontakt miteinander haben.

Die Frieseln galten als alte Krankheit, die bereits in der Antike beschrieben worden ist.¹⁷³⁷ Im 15. und 16. Jahrhundert sollen sie dann in Europa (wieder) epidemisch aufgetreten sein. Die ersten ausführlicheren Berichte über europäische Frieselepidemien von teilweise verheerenden Ausmaßen entstanden im frühen 17. Jahrhundert. Für die deutschen Territorien wurde das erste Auftreten einer Frieselepidemie auf das Jahr 1650 datiert: „Das Geburtsort des Friesels als selbstständiger Krankheit (...) ist Leipzig.“¹⁷³⁸ Während die mutmaßlichen Frieseln sich in einigen französischen und italienischen Provinzen gleichsam endemisch festsetzten, sollen sie in den deutschen Territorien „für einige Zeit bald hier bald dort (...) oder neben und abwechselnd mit den zu der Zeit über ganz Europa herrschenden andern Exanthemen“ in Erscheinung getreten sein.¹⁷³⁹ Seitz behauptet in seiner eingehenden Untersuchung, dass die Frieseln sowohl in ihrer eigentlichen Form als auch als Begleiterscheinung anderer Krankheiten im 19. Jahrhundert seltener seien. Und er räumt ein: „Die Ursache dieses seltenern Vorkommens des Friesels liegt wohl in den uns noch so wenig bekannten Gesetzen, nach denen sich die Erscheinungen einzelner Krankheiten wie die Veränderungen des Krankheitslebens im Ganzen regeln.“¹⁷⁴⁰

„Frieseln“ im Untersuchungsgebiet

Die ersten Erwähnungen der Frieseln in Schaumburg datieren in die Jahre 1753 und 1754. Dass die insgesamt vier Verstorbenen im Alter von 6 Monaten bis 8 Jahren im Kirchspiel Deckbergen gewohnt hatten, indiziert ein epidemisches Auftreten. 1761 und 1762 ist die Todesursache *Frieseln* im Kirchspiel Grove (Rbg) aufgeführt. Allerdings handelt es sich bei den Verstorbenen um zwei erwachsene Personen. In den Jahren 1768–70 wird diese Todesursache in einem Ausmaß, das den schlimmsten Pockenepidemien entspricht, in allen Teilen des Untersuchungsgebiets verzeichnet. Die letztmalige Erwähnung im Rahmen des Untersuchungszeitraums datiert in das Jahr 1867. Darüber hinaus liegt ein Beleg in einem Sterberegister über *Frieseln* aus dem Jahr 1907 vor.¹⁷⁴¹ Verstorben war ein knapp 1-jähriges Kind aus Algesdorf im Kirchspiel Grove (Rbg). Spätestens in der Mitte des 18. Jahrhunderts fand *Frieseln* in

¹⁷³⁷ Vgl. MOST (1826), S. 6 f.; SEITZ (1845b), S. 5 f. u. 12.

¹⁷³⁸ EBD., S. 41.

¹⁷³⁹ Vgl. EBD., S. 144.

¹⁷⁴⁰ EBD., S. 249.

¹⁷⁴¹ Der Eintrag wurde zufällig entdeckt, die entsprechenden Kirchenbücher wurden nicht in die vorliegende Untersuchung einbezogen.

Schaumburg nachweislich Aufnahme in das Spektrum der Todesursachen. Die Vorstellung, dass es sich bei den Frieseln um eine lebensbedrohliche Krankheit handelt, hielt sich zumindest rudimentär noch bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts.

In den Sterberegistern finden sich nicht selten Erweiterungen wie *an den Folgen der Frieseln*, *am zurückgetretenen Friesel* oder *an einer Arth der Frieselkrankheit*. Das Aussehen des Exanthems wurde nicht näher beschrieben. Lediglich vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass jemand *am rothen* bzw. *am weißen Friesel*¹⁷⁴² verstarb. Häufig erscheinen die Frieseln in Kombination mit *Scheuerchen* oder *Krämpfe*. Auch das Nomenkompositum *Scharlachfriesel* findet sich öfters. Etliche Belege verweisen auf Komplikationen im Respirationstrakt, insbesondere dem Rachenraum: *Brustkrankheit*, *Brustübel*, *am Friesel aus der Brust*, *Stickhusten*, *Halsentzündung*, *Halsschaden*, *Inflammation im Hals* etc. Einige Male hat die kirchenbuchführende Person hierzu nähere Ausführungen gemacht: *Dieses Kind ist gleichfalls an der jetzt grassirenden Friesel Krankheit, wozu sich gemeiniglich ein inwendiger Halsschade schlägt, verstorben; da es nach den Frieseln gefährl. Geschwüre am Halse und starcke Verblutung gehabt, gestorben*. Darüber hinaus gibt es in den schaumburgischen Kirchenbüchern einige Belege, in denen *Frieseln* mit *Bräune* sowie *Geschwulst* kombiniert ist.

Rund 20 % der Eintragungen der Todesursache *Frieseln* enthalten einen Hinweis zur Krankheitsdauer, eine Tendenz ist nicht ersichtlich. Die längste Dauer betrug ein halbes Jahr, die kürzeste 2 Tage. In der Mehrzahl dieser Fälle ist ein Zeitraum von 5 Tagen bis 3 Wochen angegeben. Erwähnenswert sind zwei Fälle mit der Komplikation *Hals Entzündung* und lediglich einer Krankheitsdauer von 4 bzw. 5 Tagen.

Die Analyse der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit der Todesursache *Frieseln* hat mit durchschnittlich 54,3 % [n = 800; 1750–1869] einen erhöhten Anteil verstorbener Personen männlichen Geschlechts ergeben. Die Sexualproportion liegt bei 119 : 100. Im Vergleich der infektiösen Kinderkrankheiten ergibt sich eine Besonderheit: Der Anteil der Knaben ist bei Scharlach, Frieseln, Masern sowie Pocken, also Krankheiten, für die die Ausbildung eines spezifischen äußeren Exanthems symptomatisch ist, erhöht (**Tab. 33**). Betrachtet man nur die Sterblichkeit innerhalb der ersten 6 Lebensjahre

¹⁷⁴² Der weiße Friesel galt als die gefährlichere Variante; vgl. KRÜNITZ (1758 usw.), Bd. 15, S. 111 f.

(**Tab. 34**), fällt eine Parallele zwischen den Todesursachen *Frieseln*, *Masern* und *Scharlach* auf. Bei allen ist die Sterblichkeit der männlichen Säuglinge zunächst deutlich erhöht, mit zunehmendem Alter gleicht sich die Relation zwischen den Geschlechtern tendenziell an.

Tabelle 33

Infektiöse Krankheiten der Kindheit – Vergleich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

	Diphtherie	Frieseln	Keuchhusten	Masern	Pocken	Scharlach
m	51,1	54,3	44,6	54,3	53,1	56,7
w	48,9	45,7	55,4	45,7	46,9	43,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 34

Frieseln – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1. Lebensjahr			4. Lebensjahr		
[n = 88]	184	100	[n = 85]	107	100
in %	64,8	35,2	in %	51,8	48,2
2. Lebensjahr			5. Lebensjahr		
[n = 160]	105	100	[n = 75]	97	100
in %	51,3	48,8	in %	49,3	50,7
3. Lebensjahr			6. Lebensjahr		
[n = 117]	166	100	[n = 60]	131	100
in %	62,4	37,6	in %	56,7	43,3

Die altersspezifische Sterblichkeit der Todesursache *Frieseln* weist im Vergleich zu den anderen untersuchten infektiösen Krankheiten der Kindheit sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen auf (**Tab. 35**). Auffallend ist ein leichter Mortalitäts-gipfel im 2. und 3. Lebensjahr. Doch in der Gesamtbetrachtung verteilt sich das Sterberisiko relativ gleichmäßig über die gesamte Säuglings- und Kleinkindphase. In diesem Punkt ähnelt die Todesursache *Frieseln* dem Scharlach. Die anderen Kinderkrankheiten weichen davon ab. Bei ihnen konzentriert sich die Sterblichkeit – mit ausgeprägten Mortalitäts-gipfeln – in den ersten 3–4 Lebensjahren. In den folgenden Lebensjahren sinken die Werte bezogen auf die einzelnen Altersgruppen generell ab. Die Gruppe der Jugendlichen und Erwachsenen ist bei *Frieseln* mit 8,4 % relativ hoch und

entspricht damit in etwa dem Scharlach (7,8 %) und der Diphtherie (6,4 %).¹⁷⁴³ Der größte Teil der Individuen aus dieser Gruppe ist bereits vor Erreichen des 30. Lebensjahres verstorben. Auch darin besteht eine Parallele zum Scharlach und der Diphtherie. Anders verhält es sich mit Pocken, Masern und Keuchhusten. Dort beträgt der Anteil der Jugendlichen und Erwachsenen lediglich rd. 2 % und unterscheidet sich deutlich von *Frieseln*.

Tabelle 35

Frieseln – altersspezifische Sterblichkeit in Schaumburg in Prozent (1750–1869) [n = 800]

Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil	Altersgruppe	gestorb.	Anteil
1. Lj.	11,0	11,0	6. Lj.	7,5	73,1	11. Lj.	1,5	88,6
2. Lj.	20,0	31,0	7. Lj.	3,3	76,4	12. Lj.	1,5	90,1
3. Lj.	14,6	45,6	8. Lj.	4,8	81,1	13. Lj.	0,9	91,0
4. Lj.	10,6	56,3	9. Lj.	3,6	84,8	14. Lj.	0,6	91,6
5. Lj.	9,4	65,6	10. Lj.	2,4	87,1	> 14. Lj.	8,4	100,0

In ihrer saisonalen Sterblichkeit gleicht sich die Todesursache *Frieseln* stärker als die anderen infektiösen Kinderkrankheiten dem allgemeinen Sterblichkeitstrend in der Grafschaft Schaumburg an (**Abb. 103**). Auffallend ist jedoch, dass *Frieseln* in den Monaten Juni und Juli verhältnismäßig oft registriert wurde.¹⁷⁴⁴ Im Übergang vom Sommer zum Herbst liegt die Frieselsterblichkeit dann aber deutlich unter dem allgemeinen Durchschnitt. Der absolute Höchstwert wird bereits im Februar erreicht. Vergleicht man die saisonale Mortalität bei *Frieseln* mit den anderen infektiösen Krankheiten der Kindheit, ergeben sich nur bedingte, indes keine durchgehenden Übereinstimmungen (**Abb. 104**). Der allgemeine Trend – niedrige Werte im Hochsommer und dann ein kontinuierlicher Anstieg – stimmt in weiten Zügen mit dem Scharlach überein. Allerdings ist im Fall der Todesursache *Frieseln* der Februar der Monat mit der höchsten Sterblichkeit, während es beim Scharlach der Mai ist. Zu berücksichtigen ist jedoch die ungleiche Datenbasis. Die Datenmenge zur Todesursache *Scharlach* umfasst mit 180 Belegen weniger als ein Viertel der Datenmenge zur Todesursache *Frieseln*. Statistische Unschärfen sind naheliegend.

¹⁷⁴³ Vgl. auch JUNGKUNZ (1951), S. 341.

¹⁷⁴⁴ Vgl. auch SEITZ (1845b), S. 80 u. 157.

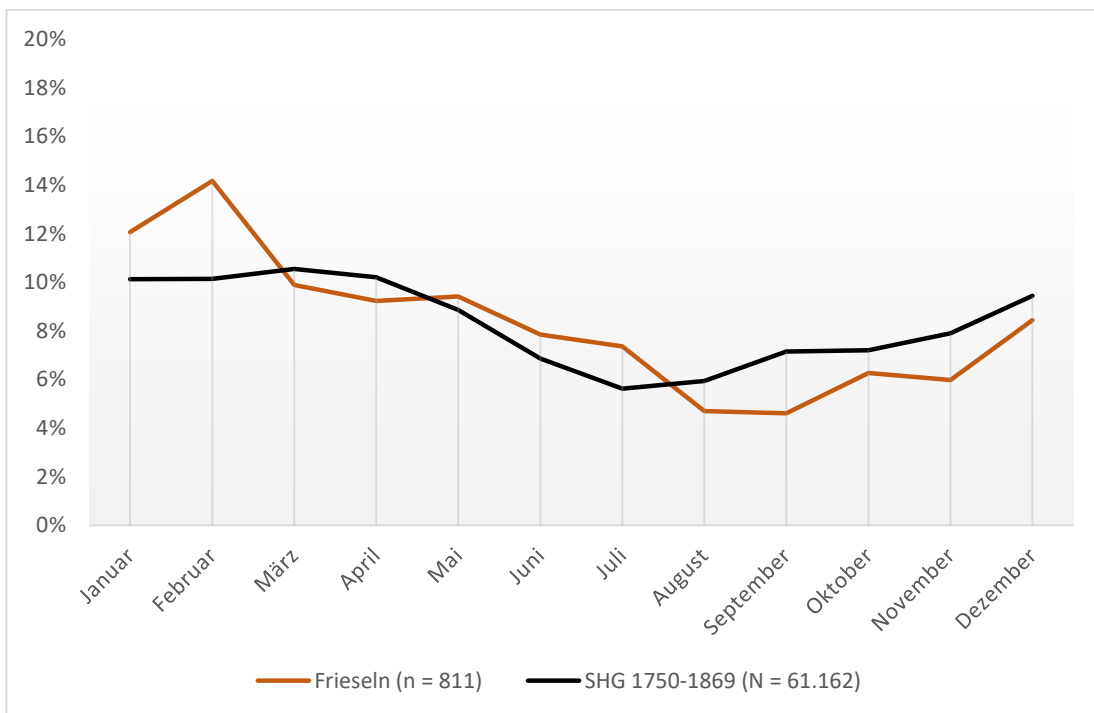


Abb. 103: „Frieseln“ – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

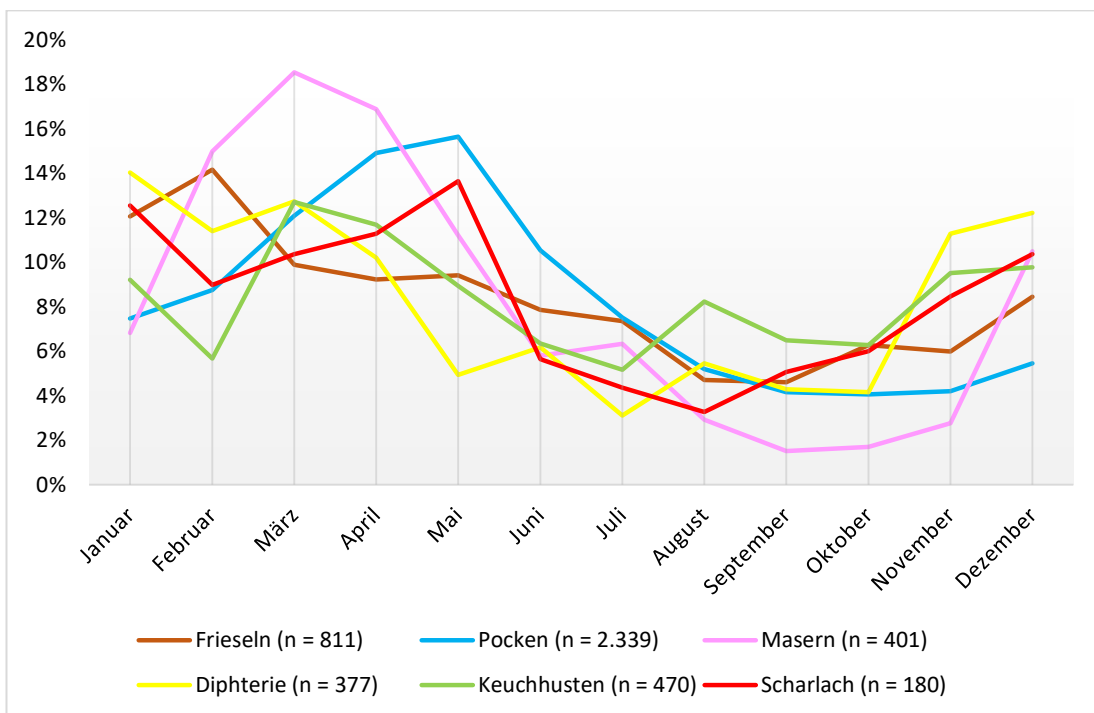


Abb. 104: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Im Vergleich zu den anderen infektiösen Krankheiten der Kindheit wurde die Todesursache *Frieseln* in den Sterberegistern der Grafschaft Schaumburg relativ häufig verzeichnet. Im Kirchspiel Grove (Rbg), wo die Todesursachen über den gesamten Zeit-

raum recht dicht belegt sind, erscheint *Frieseln* indes nur 55-mal. Je geringer die Datenbasis, desto eher sind statistische Verzerrungen zu erwarten. Erstaunlich ist insofern, dass die prozentualen Anteile der Sterblichkeit von *Frieseln* in den Dörfern Grove und Algesdorf nahezu exakt den Bevölkerungsanteilen entsprechen (**Abb. 105**). Die Werte der beiden Vorstädte Rodenberger Tor und Mühlenstraße stützen sich jeweils auf sehr wenige Belege und sind nicht aussagekräftig. Dass der Anteil der registrierten Todesursache *Frieseln* bei Verstorbenen aus der Stadt Rodenberg auffällig über dem Mittelwert des Bevölkerungsanteils liegt, muss dagegen kein statistischer Zufall sein.

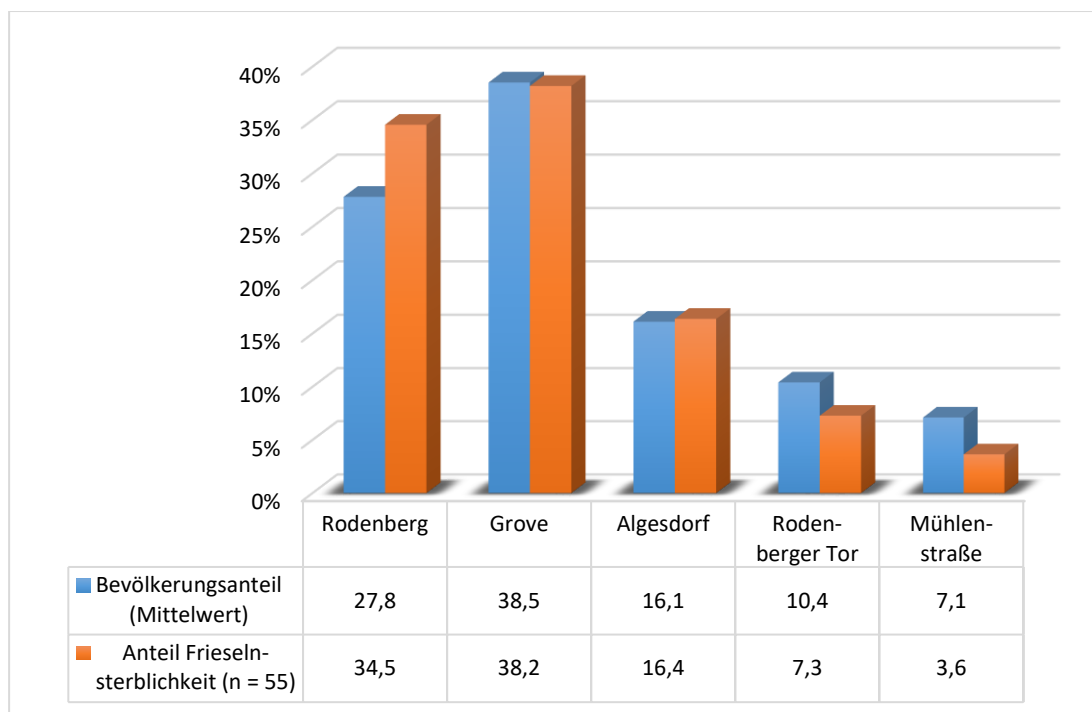


Abb. 105: „Frieseln“ – Bevölkerungsanteile und Frieselnsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent

Vergleicht man die infektiösen Krankheiten der Kindheit hinsichtlich Übereinstimmungen bzw. Abweichungen miteinander, so ergibt sich, dass nicht nur die Todesursache *Frieseln*, sondern auch der Scharlach in der Stadt Rodenberg gegenüber den anderen Mitgliedsgemeinden des Kirchspiels überrepräsentiert ist (**Tab. 36**). Damit unterscheiden sie sich in signifikanter Weise vom Keuchhusten, der gemessen am Bevölkerungsanteil in Rodenberg unterrepräsentiert ist, während er in Grove und Algesdorf über dem Mittelwert liegt. Trotz einer ebenfalls geringen Anzahl an Belegen weichen Masern und Diphtherie ebenso wie die Pocken kaum vom jeweiligen Mittelwert

ab. Aufgrund des hohen Anteils von Scharlach in Rodenberg wurde vermutet, dass die städtischen Familien eher einen akademischen Arzt in Anspruch genommen und eine exakte[re] Diagnose erhalten haben. Im Fall von *Frieseln* – der Begriff wird im 19. Jahrhundert fachmedizinisch ungebräuchlich – trifft diese Erklärung eher nicht zu. Festzuhalten bleibt, dass die überdurchschnittlich häufige Registrierung der Todesursache *Frieseln* in der Stadt Rodenberg eine weitere Parallele zum Scharlach bildet.

Tabelle 36

Infektiöse Krankheiten der Kindheit – Abweichung vom Mittelwert – Bevölkerungsanteile und Sterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent

	Rodenberg	Grove	Algesdorf	Roden-berger Tor	Mühlenstraße
Pocken (n = 440)	2,0	0,4	-1,1	0,7	-1,9
Masern (n = 88)	1,7	-4,4	2,1	-0,2	0,9
Diphtherie (n = 63)	-0,8	1,2	-1,8	3,9	-2,3
Scharlach (n = 27)	27,8	-5,2	-8,7	-10,4	-3,4
Keuchhusten (n = 71)	-10,9	6,6	7,8	0,9	-4,3
Frieseln (n = 55)	6,7	-0,3	0,3	-3,1	-3,5
Mittelwert	27,8	38,5	16,1	10,4	7,1

Bewertung

Die Symptomatik der Frieseln weist zwei Konstanten auf: hohes Fieber und ein auffälliges Exanthem. Die Unterscheidung in Fieberarten, wie sie dem medizinischen System der Vergangenheit zu eigen war (vgl. Kap. 3.5.1), hilft bei der Zuordnung der Frieseln ohnehin nicht weiter. Mit dem namengebenden Exanthem verhält es sich ähnlich. Einig war man sich darin, dass es sich dabei lediglich um ein äußerlich sichtbares, an sich aber nicht gefährliches Symptom handelt. Wöchnerinnen sollen in besonderem Maße davon betroffen gewesen sein, was man auf die Beschaffenheit der weiblichen Haut zurückführte. Man glaubte, diese habe eine besondere Disposition für die Ausbildung von Exanthemen. Die Schwangerschaft mache die Frauen besonders anfällig, weil in dieser Phase „die Function der Haut vorzüglich thätig ist, indem der Zug der Säfte nach ihr und die durch sie vermittelte Ausscheidung derselben gesteigert ist.“¹⁷⁴⁵

¹⁷⁴⁵ SEITZ (1845b), S. 47; vgl. auch EBD., S. 45, 53 u. 146.

Die ersten Erkrankten nach Ausbruch einer Epidemie sollen vorwiegend Wöchnerinnen gewesen sein. Dagegen wurde nach einer abweichenden medizinischen Meinung „das Frieselfieber der Wöchnerinnen als eine Form des Kindbettfiebers“ angesehen.¹⁷⁴⁶ Infektionskrankheiten gehen im Allgemeinen mit einer Erhöhung der Körpertemperatur einher, exanthematische Hautveränderungen sind nicht die Regel. Allerdings kann sich infolge der übermäßigen Schweißproduktion leicht eine Miliaria ausbilden, was die Annahme eines engen Zusammenhangs zwischen den Frieseln und dem Kindbettfieber hervorgerufen haben könnte. Die Frieseln galten auch als Krankheit der Wöchnerinnen. Die Zeitschrift Nützliche Samlungen (1756) beschreibt sie wie folgt:

„Die zusammenfliessenden Blattern, das dazu schlagende Friesel, das hitzige Entzündungs=Fieber, die Raserey, sind also lauter solche Krankheiten, deren Ursache in den meisten Fällen nichts anders, als die Cur des Austreibens ist. Mit dem Friesel ist es beynahe eben so beschaffen. Es lässt sich dasselbe nicht so bald auf der Brust einer Kindbetterin sehen, als man sie unter eine Last von Betten begräbt, dass sie kaum noch Luft schöpfen kann. Wenn dieses noch nicht hinreichen will, das Friesel recht häufig heraus zu locken, so nimmt man noch das Einheizen der Zimmer (...) zu Hülfe (...). Man erhält hiedurch freilich keine Absicht, weil das Friesel häufig heraus komt; man bedenkt aber nicht, dass man durch solche Veranstaltungen dasselbe erst erzeugt habe, und dass es bey dergleichen Verhalten ein gesunder Mensch bekommen müsse. Das weisse Friesel der Kindbetterinnen entstehet ohnedem von einem alzu sorgfältigen Verhalten, wodurch das Geblüt zu sehr erhitzt und aufgelöset wird. Nichts destoweniger würde es bey den meisten ohne sonderliches Fieber wieder abtrocknen, wenn man nicht durch die Vermehrung der Hitze nach ausgeschlagenem Friesel, sowol den Ausschlag als auch das Fieber dergestalt vermehrete, dass zuletzt keine Arzney mehr vermögend ist, den erhaltenen und gesuchten Schaden wieder gut zu machen. Die Frieselcur durch das Austreiben ist es also, welche so vielen Kindbetterinnen das Leben nimmt (...). Wollte man bey einem behutsamen Verhalten, sowol bey den Blattern, als dem Friesel, statt einer unvernünftigen Hülfe, die Natur nur lieber sich selbst überlassen: so würden

¹⁷⁴⁶ SEITZ (1845b), S. 411.

beyde Krankheiten überall so gut ablaufen, als bey den Baurenkindern und Baurenmüttern, die mit ihrer weisen Einfalt unsere rasende Klugheit zu ihrem Vortheile lächerlich machen.“ (S. 1016 f.)¹⁷⁴⁷

Der Autor dieser Passage beklagt die therapeutische „Vermehrung der Hitze“, da diese die Herausbildung gesundheitsschädlicher Hautveränderungen fördere. Hinter der Todesursache *Frieseln* können sich also durchaus Krankheiten verbergen, zu deren Symptomatik die Herausbildung eines charakteristischen Exanthems nicht zwangsläufig zählt. Für Hautveränderungen kommen unterschiedliche Ursachen in Betracht: „Die grobe Bekleidung irritierte die Haut. Hitzewellen führten dann leicht zum Ausbruch von Hautausschlags-,Epidemien’ verschiedenster Art. Schmutz, Schweiß und Hautentzündungen verbanden sich und brachten die Exantheme hervor. Diese Beobachtung traf übrigens auch auf die Städte zu. Die Haut war damals nie gesund und frisch – höchstens bei einigen Angehörigen der Oberschicht, die sich sauber hielten und keine irritierende, sondern ‚feine Wäsche’ trugen.“¹⁷⁴⁸ Der Autor deutet an, dass vorzugsweise städtische Wöchnerinnen an den Frieseln erkrankten. Eine Erklärung wäre, dass vorzugsweise Frauen aus (groß-)bürgerlichen Haushalten mit extremer Wärme therapiert wurden, weil sich die Räume schweißtreibend einheizen ließen und man über genug Bettzeug verfügte. Im ländlich geprägten Schaumburg finden sich lediglich drei Belege für eine Kombination der Todesursachen *Kindbett* und *Frieseln*. Dass aber auch andere Krankheiten mit so viel Wärme bekämpft wurden, bis es zur Herausbildung einer Miliaria kam, liegt auf der Hand. Hinter dem Sterbebucheintrag *Frieseln* können sich unabhängig von der tatsächlichen Ursache therapeutische Begleiterscheinungen wie Beeinträchtigungen der Hautfunktion sowie toxische oder allergische Reaktionen verbergen.

Die Analyse der altersspezifischen Sterblichkeit hat ergeben, dass die Frieseln in der Grafschaft Schaumburg primär als eine Kinderkrankheit angesehen wurden. Die Todesursache *Frieseln* wurde vorzugsweise bei Personen registriert, die in einer frühen Lebensphase verstarben. In Betracht kommen vorzugsweise infektiöse Kinderkrankheiten, die mit exanthematischen Veränderungen einhergehen. Die Pocken scheiden aus. Andernfalls wären die Frieseln nach Einführung der Vakzination kaum noch in

¹⁷⁴⁷ Vgl. auch RUMMEL (1867), S. 120-123.

¹⁷⁴⁸ PETER (1978), S. 321.

Erscheinung getreten. Die Masern kommen zwar in Betracht, allerdings wurden sie bereits früh als eigenständige Krankheit beschrieben. Von daher war man gut mit ihnen vertraut. Bereits in der Mitte des 18. Jahrhunderts wurde eine mögliche Parallele zur Diphtherie bzw. „Bräune“ vermutet. In einer Abhandlung aus Frankreich wurde „das Erscheinen frieselartiger Exantheme entweder schon am 1. oder 2. Tage als Vorläufer des Halsübels oder später als Crise“ beschrieben.¹⁷⁴⁹ Der Rostocker Arzt Georg Friedrich Most wiederum ging davon aus, dass es sich bei den mutmaßlich epidemisch auftretenden Frieseln tatsächlich um Scharlach handelt.¹⁷⁵⁰ Allerdings habe es „den Ärzten an richtigen diagnostischen Zeichen der Exantheme“ gefehlt. Tatsächlich rückte der Scharlach schon früh zusammen mit den Frieseln ins Blickfeld der Mediziner. Bereits 1718 wurde dies im Rahmen einer Dissertation thematisiert. Gegenstand war eine epidemische Krankheit, die im vorangegangenen Jahr Helmstedt und Umgebung heimgesucht hatte. Der Verfasser vermutete in den Frieseln eine Komplikation des Scharlachs.¹⁷⁵¹

Der Verdacht, dass es eine Verbindung zwischen den Frieseln und dem Scharlach bzw. der Diphtherie geben könnte, speiste sich aus den entsprechenden Diagnosen. Denn die medizinischen Abhandlungen und Berichte wurden in der Regel von Ärzten verfasst, die in Städten praktizierten. Hohe Einwohnerzahlen bei gleichzeitig beengten Wohnverhältnissen waren ein optimaler Nährboden für epidemische Krankheiten. Diese konnten über den Handels- und Reiseverkehr leicht Einzug halten, was dazu führte, dass oftmals mehrere Epidemien gleichzeitig grassierten. Nun war nicht nur das medizinische Wissen von tiefgreifenden Irrtümern durchsetzt, auch in den diagnostischen Möglichkeiten war man äußerst beschränkt. Eine unspezifische Symptomatik, die gegebenenfalls durch eine Miliaria o. ä. begleitet oder überlagert wurde, stand damit per se einer halbwegs zuverlässigen Diagnose entgegen. Dies galt nicht zuletzt für Krankheiten wie Scharlach und Diphtherie. Exemplarisch lässt sich dies am Krankheitsgeschehen in Wittenberg an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert verdeutlichen: Nachdem bereits die Masern, der Keuchhusten und das Scharlachfieber grassierten, sollen im Februar 1801 noch die Frieseln dazugekommen sein. Nach Seitz (1845) infizierte sich zunächst

¹⁷⁴⁹ Vgl. SEITZ (1845b), S. 108.

¹⁷⁵⁰ Vgl. MOST (1826), S. 50.

¹⁷⁵¹ Vgl. SEITZ (1845b), S. 148 f.

„eine große Zahl von Personen zwischen dem 12. und 40. Jahre (...). Nach dieser Epidemie bekamen nur wenig Erwachsene mehr das Scharlachfieber, aber viele Kinder. Bei diesen gesellte sich früher oder später zum Scharlach ein purpurrother oder weisser Friesel, welcher in kleinen oder größern Knötchen und Flecken über der Haut hervorstand. Mit seinem Ausbruche nahm das Fieber nicht, wie es sonst bei den gutartigen Scharlach zu geschehen pflegt, ab, vielmehr ward der Kopfschmerz in Betäubung verwandelt (...). Der Tod kam meist am 3. bis 4. Tage“. (S. 306)

In dieser Beschreibung offenbart sich ein grundsätzliches Problem der Medizin, das bis in die Neuzeit anhielt. Vor der Entwicklung bildgebender und labordiagnostischer Verfahren war man bei der Bestimmung von Krankheiten auf fremdes Erfahrungswissen und dessen Beschreibungen angewiesen. Das eigene Erfahrungswissen musste im Rahmen des Studiums und einer sich anschließenden praktischen Tätigkeit zunächst erworben werden. Bei der Konfrontation mit einem Krankheitsfall hing die korrekte Zuordnung von unterschiedlichen Faktoren ab. Nicht nur, dass sich die Therapie, etwa die Gabe von Bleizucker, einer giftigen Substanz, auf die Symptomatik ausgewirkt haben kann: Jeder Medizinstudent war darauf angewiesen, dass das Lehrpersonal eine treffende Diagnose stellte. Mangels Erfahrung ließen sich Irrtümer nicht hinterfragen, sondern wurden übernommen. Später, als praktizierender Arzt, musste man im Zweifel auf eigene Notizen oder – falls vorhanden – auf einschlägige Fachliteratur zurückgreifen. Diese waren zunächst auf Latein, später auch in den europäischen Landessprachen verfasst, was den Raum für individuelle Interpretationen des Gelesenen erweiterte. Doch selbst wenn Symptomaten in diesen Werken zeichnerisch festgehalten wurden, waren sie nicht frei von Ungenauigkeiten und ließen viel Raum für Interpretationen. Um so mehr galt dies für die ohnehin von vielerlei Irrtümern durchsetzten Beschreibungen von Krankheiten. Wie ein Arzt eine Symptomatik zuordnete und welche Krankheit er zu erkennen glaubte, hing nicht nur vom rein fachlichen Kenntnisstand, sondern auch dem persönlichen Blickwinkel ab.

Relativ unproblematisch war die Diagnose einer Krankheit wie den Pocken. Diese traten bis zur Einführung der Vakzination nicht nur häufig in Erscheinung, sondern ließen

sich aufgrund ihrer charakteristischen Ausprägung von anderen Krankheiten ohne weiteres abgrenzen. Weitaus größere Schwierigkeiten bereitete die Diagnose von Scharlach und Diphtherie. Erst sehr spät setzte sich die Erkenntnis durch, dass es sich dabei um unterschiedliche Krankheiten handelt. Noch weit im 19. Jahrhundert waren viele Mediziner davon überzeugt, dass das „Scharlachfieber“ Varianten ausbilden, sich mit hin „in der Form der bösartigen Bräune“ zeigen konnte.¹⁷⁵² Auch den umgekehrten Fall hielt man für möglich.¹⁷⁵³ Und schließlich bestand die Vermutung, der Scharlach habe sich in der Mitte der 1790er Jahre gewandelt und sei gefährlicher geworden.¹⁷⁵⁴ Symptomatisch für die leichteren Verlaufsformen galt das Abschälen der Haut, die schweren endeten mit nach der Ausbildung der Pseudomembran im Rachenraum mit dem Erstickungstod.

Auch die Frieseln blieben nicht frei von Kategorisierungen.¹⁷⁵⁵ Als eine Variante galt der sogenannte „Purpurfriesel“. Ebenso wie beim Scharlach fand man auch bei den Frieseln Ausprägungen, die vom Erstickungstod nach sehr kurzer Krankheitsdauer bis zum Abschälen der Haut nach überstandener Krankheit reichten. Doch zu Beginn des 19. Jahrhunderts nahmen die Zweifel an der Einordnung der Frieseln als eigenständige Krankheit zu. 1807 erschien in Frankreich eine Schrift, in der „die Frieseleruption (...) als symptomatisch“ erklärt wurde.¹⁷⁵⁶ 1816 wurde in Italien „die Hypothese auf[ge]stellt, dass das Contagium der Petechien, des Scharlachs und des Friesels ein und dasselbe wäre“.¹⁷⁵⁷ Most erwähnt in seiner Abhandlung über das Scharlachfieber einen Bericht aus Wittenberg, wo im August 1800 eine Epidemie ausbrach: Dort „zeigte sich das Scharlachfieber (...) bis Januar 1801. (...) Im Februar zeigte es sich in der gefährlichsten Form als Frieselkrankheit.“¹⁷⁵⁸ Plausibel wurden diese Berichte für die Zeitgenossen durch die Vorstellung, dass es bei Scharlachkranken im Falle einer hinzutretenden Frieselepidemie – nicht zuletzt aufgrund von Behandlungsfehlern – zu einer Vereinigung dieser beiden Krankheiten kommen konnte.¹⁷⁵⁹

¹⁷⁵² Vgl. MOST (1826), S. 59 f. u. 98.

¹⁷⁵³ Vgl. EBD., S. 151.

¹⁷⁵⁴ Vgl. EBD., S. 266 f.

¹⁷⁵⁵ Vgl. SEITZ (1845b), S. 316 f.

¹⁷⁵⁶ EBD., S. 401 f.

¹⁷⁵⁷ EBD., S. 404.

¹⁷⁵⁸ MOST (1826), S. 243; siehe auch EBD., S. 246 u. 283.

¹⁷⁵⁹ Vgl. EBD., S. 52; SEITZ (1845b), S. 328.

Die zahlreichen Berichte über Frieselepidemien enthalten immer wieder Hinweise auf das parallele oder zeitnahe Auftreten infektiöser Kinderkrankheiten wie Scharlach, Masern, Pocken und Diphtherie sowie weiterer Krankheiten wie Ruhr, Typhus oder Fleckfieber. Beispielsweise in Augsburg im Jahre 1704:¹⁷⁶⁰ Zu Beginn des Jahres erschien das „Petechialfieber“, von Juni bis Oktober grassierten Ruhr und Pocken, dann trat wieder das „Petechialfieber“ auf. Kinder litten unter dem „Wurmfieber“, im August wurden „Arthritis vaga vorzüglich bei Männern und Angina beobachtet“. Im September und Oktober grassierten die Frieseln, etwas später dann das „Tertian- und Quotidianfieber“. Was sich insbesondere hinter den Fieberkrankheiten verbirgt, lässt sich nur vermuten. Selbst wenn in den zeitgenössischen Berichten Begleitsymptome aufgeführt sind, ist es oft nicht möglich, die beschriebenen Krankheiten annähernd sicher zu bestimmen. Als in den 1830er Jahren die Cholera in Mitteleuropa auftrat, glaubte man sogar eine Verwandtschaft zu den Frieseln zu erkennen. Grund waren symptomatische Überschneidungen: „Die Krankheit charakterisierte sich durch plötzliches Unwohlsein, das Gefühl großer Ermattung, Gliederreißen, unsächliche Bangigkeit, Herzensangst und profuse Schweiß ohne beträchtliche Fieberbewegungen.“¹⁷⁶¹ So können nicht zuletzt die Frieseln mit vielfältigen Begleitsymptomen einhergehen: Exantheme in unterschiedlichen Varianten, Fieber, Halsschmerzen, Herzbeschwerden, Kribbeln in den Extremitäten, Unruhe etc. Am Ende der Krankheitsphase schuppte sich die Haut vieler Genesender. Die Letalität der Frieseln wurde als schwankend geschildert. Mal starben viele Menschen, mal verliefen die Epidemien sehr glimpflich. Grassierten zeitgleich andere epidemische Krankheiten, erweiterte sich der Raum für Spekulationen. So wurde beispielsweise eine „gastrische Complication“ der Masern in einen ursächlichen Zusammenhang mit den Frieseln gesetzt.¹⁷⁶² Es ist bezeichnend, dass der schwäbische Arzt Georg Cless (1837) in seiner Beschreibung einer Epidemie, vermutlich Typhus oder Fleckfieber, hervorhebt:

„Die oft geringe Menge dieses Friesels, seine Unscheinbarkeit und der Ort, wo er am häufigsten ausbricht, so wie die Unbeständigkeit in Beziehung auf die Zeit seines Ausbruchs scheinen die Gründe zu seyn, dass er so oft und von so Vielen übersehen wird. Dazu kommt noch, dass, wie ich selbst schon öfters

¹⁷⁶⁰ Das Folgende nach SEITZ (1845b), S. 60.

¹⁷⁶¹ EBD., S. 362.

¹⁷⁶² Vgl. LANTER (1831), S. 15.

beobachtet habe, manche Menschen durchaus kein Auge für den Friesel zu haben scheinen: selbst wenn man sie darauf aufmerksam macht, darauf hindeutet, sie sehen ihn doch nicht.“ (S. 56)

Der Eindruck der Widersprüchlichkeit verstärkt sich, wenn man die zeitgenössischen Beschreibungen der Frieseln mit den Ergebnissen aus der Analyse der schauburgischen Kirchenbücher vergleicht. Dies gilt vor allem für die betroffenen Personengruppen. Während in Schaumburg diese Todesursache vornehmlich bei Säuglingen und Kleinkindern vermerkt wurde, berichten Chronisten europäischer Frieselepidemien in der Frühen Neuzeit, dass verstärkt Erwachsene, insbesondere Wöchnerinnen, daran starben. Die zeitgenössischen Mediziner registrierten durchaus die Abweichungen in den einschlägigen Berichten. Dass die Frieseln in unterschiedlichen Erscheinungsformen und oftmals in Begleitung anderer epidemischer Krankheiten aufgetreten sein sollen, rief dennoch keine Zweifel hervor. Und das pathologische Potential der Frieseln – sei es als eigenständige Krankheit, sei es als Begleitsymptom – wurde nicht in Frage gestellt. Als ursächlich galten gemäß der Miasmentheorie Veränderungen in der Zusammensetzung der Luft, die man auf astronomische Konstellationen, Siedlungslagen und Witterungsbedingungen zurückführte. Der Pastor des nordschaumburgischen Kirchspiels Beckedorf vermerkte im Januar 1802: *Desto heftiger und ausgebreiteter waren in dieser und den benachbarten Gemeinden am Ende des Jahres die Frieseln, jedoch ohne tödtlich zu seyn. Der Grund dieser Epidemie liegt wahrscheinlich in dem außerordentlich stürmischen und nasskalten Herbst und Winter.* Mit Einflüssen der Luft erklärte man sich auch das gleichzeitige Auftreten epidemischer Krankheiten. So nahm man beispielsweise an, dass Frieseln und Scharlach von den gleichen Bedingungen begünstigt werden.¹⁷⁶³ Die Widersprüche aufgrund der voneinander abweichenden Schilderungen ließen sich zudem durch eine im 19. Jahrhundert entstandene Lehrmeinung auflösen. Demnach bildeten sich Krankheiten im Rahmen einer „genetischen Entwicklung“ bzw. „aus vorhandnen Elementen“ heraus, „bis sie eine gewisse Selbstständigkeit in ihrer Form und ihrem Auftreten erreichen.“¹⁷⁶⁴

¹⁷⁶³ Vgl. SEITZ (1845b), S. 79 f.

¹⁷⁶⁴ EBD., S. 4.

Der Begriff *Frieseln* deutet zunächst nur auf eine Hautveränderung hin. Nicht selten dürften sie lediglich therapeutische Begleiterscheinung, hervorgerufen durch übergroße Wärme sowie mangelnde Hygiene, gewesen sein. Die Ergebnisse aus der Analyse zur Todesursache *Frieseln* sprechen jedoch dafür, dass die Verstorbenen in Schaumburg in aller Regel einer epidemisch auftretenden Infektionskrankheit zum Opfer gefallen sind. Die Hautveränderungen indizieren eine exanthematische Krankheit mit hohem Letalitätspotential. In Frage kommen am ehesten Scharlach und Diphtherie. Die historisch-demographische Analyse der Daten zu den anderen Kinderkrankheiten hat zwar mehr Übereinstimmungen mit dem Scharlach ergeben, eine vollkommene Gleichsetzung, wie sie immer wieder in (medizin-)historischen Abhandlungen nahegelegt wird, rechtfertigt sie nicht.

Eine diagnostische Bestimmung des Scharlachs wurde erst im Laufe des 19. Jahrhunderts möglich. Sydenham erachtete ihn noch als identisch mit den Masern.¹⁷⁶⁵ Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden der Scharlach und die „böartige Bräune“, also die Diphtherie, als Erscheinungen derselben Krankheit angesehen.¹⁷⁶⁶ In den jüngeren medizinischen Beschreibungen wird der Scharlach als eine epidemisch auftretende Krankheit mit einer hohen Anzahl an Todesfällen beschrieben. Toxisch bedingte Komplikationen wie Herzinsuffizienz oder Nephritis treten oftmals erst 10–14 Tage nach Rückgang des Fiebers auf, was es den zeitgenössischen Medizinern zusätzlich erschwerte, den Bezug zum Scharlach zu erkennen. Die Todesursache *Scharlach* erscheint ja relativ spät und ist in den schauburgischen Kirchenbüchern unterrepräsentiert. Die entsprechenden Fälle müssen also unter einer anderen Todesursache registriert worden sein, was insbesondere auf *Frieseln* verweist.

In einem großen Ausmaß ist die Todesursache *Frieseln* in der Grafschaft Schaumburg erstmals 1768–70 nachweisbar. In den folgenden 3 Jahrzehnten erscheinen sie nahezu jährlich, betroffen sind zumeist nur einzelne Kirchspiele. Phasen mit vergleichsweise vielen Verstorbenen in Schaumburg sowie den angrenzenden Territorien bilden die Jahre 1785/86, 1794 und 1796. Nach der Jahrhundertwende sind die Abstände zwischen diesen Phasen für rund 20 Jahre verkürzt. Die Jahre 1818/19 bilden gewissermaßen einen Höhepunkt. Die Todesursache *Frieseln* erscheint in flächendeckender

¹⁷⁶⁵ Vgl. REUSS (1818), S. 7 f.

¹⁷⁶⁶ Vgl. EBD., S. 3 u. 9 f.; hierzu auch Most (1826), S. 98 u. 150.

Verbreitung und zum Teil hohen Zahlen an Verstorbenen in den Sterberegistern.¹⁷⁶⁷ Bis 1853 finden sich immer wieder Phasen, in denen diese Todesursache jeweils in mehreren Kirchspielen gleichzeitig registriert wurde. Zeitliche Abstände, die als Ende einer Epidemie gewertet werden könnten, sind insbesondere in den 1820er und 1830er Jahren selten erkennbar. Dies gilt etwa für die Jahre 1824–28. In den letzten beiden Jahrzehnten des Untersuchungszeitraums ist die Todesursache *Frieseln* weiterhin präsent, wird aber schon seltener verzeichnet.

Auffallend ist, dass *Frieseln* im 18. Jahrhundert in den Phasen, in denen sie sich häufen, stets zeitgleich mit der Todesursache *Masern* erscheinen. Zumeist ist es so, dass beide Todesursachen in demselben Kirchspiel erscheinen. Damit ist ausgeschlossen, dass *Frieseln* synonym für *Masern* verwendet wurden. Im Jahre 1802 kommt in einigen nordschaumburgischen Kirchspielen die Todesursache *Scharlach* hinzu. Wenig später ist das Auftreten der drei Todesursachen in den Phasen erhöhter Sterblichkeit auch in Südschaumburg sowie den benachbarten Territorien zu beobachten. Einige Male gehen *Scharlach* und *Frieseln* zeitlich voran, *Masern* folgt etwas verzögert. Die Todesursache *Bräune* bzw. *Diphtherie* wurde zwar ebenfalls in zeitlicher Parallelität zu *Frieseln* registriert; eine ähnlich starke Korrelation in Phasen vermehrter Sterblichkeit wie bei *Scharlach* und *Masern* besteht indes nicht. Die Todesursache *Blattern* tritt 1767 epidemisch auf und geht *Frieseln* eindeutig um ein Jahr voran. In den kommenden Jahrzehnten deckt sich *Blattern* dann mit den Phasen, in denen *Frieseln* und *Masern* vermehrt registriert wurden. Allerdings lässt sich das zeitliche Aufeinandertreffen dieser Todesursachen im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts mit den zahlreichen Pockenepidemien erklären.

In den ersten beiden Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts ist die Todesursache *Frieseln* in den Sterberegistern der Grafschaft Schaumburg sehr präsent. In diesem Zeitraum wurden zudem die Todesursachen *Stickhusten*, *Masern* und *Scharlach* vermehrt registriert. Der Anstieg an infektiösen Kinderkrankheiten ist nicht außergewöhnlich. Seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts sei das „Scharlachfieber“ „so oft herrschend gewesen, und hat besonders in Norddeutschland so grosse und schnelle Sterblichkeit unter Kindern und auch erwachsenen Menschen verursacht, dass es nun, seitdem man gegen die

¹⁷⁶⁷ Vgl. auch BEGEMANN (1992), S. 109.

wahren Pocken ein bewährtes Schutzmittel kennt und besitzt, die am meisten gefürchtete Kinderpest ist, welche (...) ebenso ansteckend wie die Pocken ist“.¹⁷⁶⁸ Dass sich aus dem Zurückdrängen der Pocken, die bis zur Einführung der Vakzination die Kindersterblichkeit maßgeblich beeinflussten, Raum für andere infektiöse Krankheiten eröffnete, liegt auf der Hand. Im Laufe des 19. Jahrhunderts erweiterte sich zudem das medizinische Wissen. Die Diagnostik wurde exakter. Man lernte den Scharlach und die Diphtherie als eigenständige Krankheiten mit bestimmten symptomatischen Ausprägungen voneinander zu unterscheiden. In den schauenburgischen Sterberegistern kommt die Todesursache *Scharlach* hinzu, neben *Bräune* gesellt sich *Diphtheritis*, *Stickhusten* wird von *Keuchhusten* verdrängt. Umso erstaunlicher ist es, dass sich die Todesursache *Frieseln* bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts halten konnte. Doch würde sich hinter den Frieseln eine einzige Krankheit verbergen, wäre vermutlich eine recht zügige begriffliche Ablösung vor dem Ende des Untersuchungszeitraums erfolgt.

Die Aussagen zeitgenössischer Mediziner belegen, dass die Meinungen über die Beschaffenheit der Frieseln auseinandergingen. Ein Arzt erhob den Vorwurf, dass diese von einigen Kollegen nicht einmal dann bemerkt würden, wenn man sie darauf aufmerksam macht. Übereinstimmung bestand weder in Bezug auf Symptomatik noch pathologische Wirkung. Wurde die Todesursache *Frieseln* vermerkt, ist zumindest davon auszugehen, dass die verstorbene Person sichtbare Hautveränderungen aufwies. Starben mehrere Personen – gegebenenfalls der gleichen Altersgruppe – bei ähnlicher Symptomatik innerhalb kurzer Zeit, kann das Kriterium der Hautveränderungen bei den nachfolgenden durchaus vernachlässigt worden sein. Nicht alle Verstorbenen litten während einer Friesel-, „Epidemie“ an der gleichen Krankheit. Zudem erreichten die infektiösen Kinderkrankheiten nicht die Letalität der Pocken. Einzelne von ihnen richteten relativ wenig Schaden an. Problematisch wurde das Zusammentreffen mehrerer Krankheiten, weil dann Syndemieeffekte zum Tragen kamen.¹⁷⁶⁹ Nachweislich grassierte vor allem in Phasen, in denen die Todesursache *Frieseln* sehr häufig in den schauenburgischen Kirchspielen registriert worden ist, innerhalb der Bevölkerung ein Bündel an unterschiedlichen Infektionskrankheiten. Dennoch verschwand die vermeintliche Kinderkrankheit Frieseln erst aus dem Blickfeld der Medizin, als die diffuse Vorstellung, die man von ihnen hatte, einem modernen Krankheitsverständnis

¹⁷⁶⁸ REUSS (1818), S. 13 f.; vgl. auch SEITZ (1845b), S. 316 f.

¹⁷⁶⁹ Hinzu kommen Faktoren wie soziale Herkunft und klimatische Einflüsse.

gewichen war. Die Frieseln sind ein weiterer Ausdruck dafür, dass die diagnostischen Möglichkeiten der Vergangenheit mit der medizinischen Innovationslust noch lange nicht Schritt halten konnten.

3.4.7 Die Anfänge der modernen Schutzimpfung

Die infektiösen Krankheiten der Kindheit stellen zumindest in den westlichen Industrieländern der Gegenwart keine akute Bedrohung mehr für das Leben der Kinder dar. Selbst Keuchhusten und Diphtherie, die in der Mitte des 20. Jahrhunderts auch in der Bundesrepublik Deutschland den Tod vieler Tausend Kinder verursacht haben, sind aus dem Bewusstsein der meisten Menschen verschwunden. Doch ohne die erheblichen Fortschritte, die die Medizinwissenschaft insbesondere seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert erzielt hat, wäre die aktuelle Situation eine vollkommen andere. An vorderster Stelle sind hier die Erfolge auf dem Gebiet des Impfschutzes zu nennen. Impfen wirkt auf doppelte Weise präventiv, indem es sowohl individuell als auch kollektiv schützt. Jede Person mit Impfmunität scheidet als Überträgerin aus und senkt damit das potentielle Infektionsrisiko für Nichtimmunisierte. Je höher der Anteil Geimpfter innerhalb einer Bevölkerung, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Krankheit epidemisch verbreitet. Dessenungeachtet ist es auch heute nicht selbstverständlich, sich oder auch sein Kind auf diesem Wege vor Krankheiten zu schützen. Augenfällig wird dies am Beispiel der hochinfektiösen Masern. Im Rahmen der 88. Gesundheitsministerkonferenz 2015 wurde der „Nationale Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ beschlossen. Der Aktionsplan orientiert sich an einer Zielvorgabe der WHO, nach der die Zahl der jährlichen Maserninfektionen auf weniger als eine pro Million Einwohnerinnen und Einwohner gesenkt werden soll. In Deutschland wären dies maximal 80 Personen. Tatsächlich lag seit Einführung der Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes¹⁷⁷⁰ die Zahl der jährlichen Maserninfektionen stets im drei- bis vierstelligen Bereich.¹⁷⁷¹ Verbreitet wird der Erreger oftmals durch Urlaubsreisende aus afrikanischen Ländern oder Indien, wo die Durchimpfung der Bevölkerung noch nicht ansatzweise realisiert wurde. Da absehbar war, dass die Masern auf herkömmlichem Wege in der Bundesrepublik Deutschland nicht zu eliminieren sind, wurde das Infektionsschutzgesetz zum 1. März 2020 mit tiefgreifenden Bestimmungen zur Masernschutzimpfung erweitert.¹⁷⁷²

¹⁷⁷⁰ Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 1045).

¹⁷⁷¹ RKI: Epidemiologische Situation der Masern und Röteln in Deutschland in 2022 [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html] – letzter Zugriff 2023-11-12].

¹⁷⁷² Vgl. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz); BT-Drs. 19/13452.

Fortan werden Kinder ohne Impfschutz u. a. nicht mehr in einer Tagesstätte aufgenommen. Zum Zeitpunkt ihrer Einschulung müssen Kinder ebenfalls geimpft sein. Entsprechende Bestimmungen gelten für das in diesen Einrichtungen tätige Personal.

Ein Grund dafür, dass im Gegensatz zu den USA und anderen europäischen Ländern der von der WHO angestrebte Wert in Deutschland nicht erreicht wurde, ist Impfmüdigkeit. Erfolgreiche Prophylaxestrategien führen leicht dazu, dass ein durchaus noch bestehendes Problem von der Öffentlichkeit nicht mehr wahrgenommen wird („Präventionsparadoxon“).¹⁷⁷³ Außerdem wird nicht selten die zweite Impfung, durch die erst eine lebenslange Masernimmunität erreicht wird, versäumt. Um dem entgegenzuwirken, wurde der Termin für die Auffrischung, die früher im 5. oder 6. Lebensjahr durchgeführt worden ist, auf das 2. Lebensjahr vorgezogen.

Ein weiterer Grund ist eine bisweilen vehement vertretene Impfgegnerschaft. Im Internet wird mühelos fündig, wer sich argumentativ wappnen möchte. Dort kann man sich sogar mit Aufklebern versorgen, durch die insbesondere Kinderärztinnen und -ärzten die ablehnende Haltung unmissverständlich demonstriert wird. Hinter der Impfgegnerschaft stehen zum einen anthroposophisch geprägte Vorstellungen, wonach Infektionen den kindlichen Organismus stärken, während deren Unterdrückung ein gegenteiliger Effekt zugesprochen wird. Die Zahl ungeimpfter Kinder war stets an Waldorfkindergärten und -schulen überdurchschnittlich hoch, so dass die Masern dort bevorzugt grassierten. Hinzu kommt, dass in der Bevölkerung ganz konkrete Ängste vor Impfschäden bestehen. Bestärkt wurden diese, als 1998 eine Studie erschien, die vorgeblich einen kausalen Zusammenhang zwischen der Masern-Mumps-Röteln-Impfung und dem Auftreten von Autismus erbrachte.¹⁷⁷⁴ Allerdings wurde die Studie im Jahre 2010 als unwissenschaftlich zurückgezogen. Tatsächlich haben Untersuchungen in jüngerer Zeit gegenteilige Ergebnisse erbracht. So wurde nachgewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit für Krankheiten wie Multiple Sklerose, Asthma oder auch Autismus bei Geimpften nicht erhöht ist.¹⁷⁷⁵ Diese Untersuchungen werden jedoch außerhalb der Fachwelt kaum wahrgenommen, bisweilen als tendenziös abgewertet. Denn

¹⁷⁷³ Vgl. SCHLIPKÖTER/WILDNER (2006), S. 18.

¹⁷⁷⁴ Vgl. WAKEFIELD (1998).

¹⁷⁷⁵ Vgl. DEMICHELI (2012).

unter Impfgegnerinnen und -gegnern ist ein tiefes Misstrauen gegenüber der Pharmaindustrie und ihren geschäftlichen Interessen verbreitet. Der Einfluss der Konzerne trete gerade in Form der Impfkampagnen zutage. Möglicherweise wirkt hier die historische Tatsache nach, dass nach der Entdeckung der Pockenschutzimpfung durch Edward Jenner das Impfpräparat bzw. die Vakzine (hierzu siehe unten) zunächst aus England importiert werden musste.

Maserninfektionen lassen sich nur nachhaltig unterbinden, wenn eine Impfquote von mindestens 95 % erreicht wird. Vor Verabschiedung des Masernschutzgesetzes war gesundheitliche Aufklärung als Mittel der Akzeptanzerhöhung staatlicherseits die einzige Möglichkeit, die Impfbereitschaft zu fördern. Zwischen der Bekämpfung der Masern und der Pocken bestehen durchaus Parallelen. Eine ähnliche Strategie hatten viele deutsche Staaten bei der Bekämpfung der Pocken im 19. Jahrhundert verfolgt. Andere übten bereits Druck auf rechtlichem Wege aus. Um den Widerständen – und der Gleichgültigkeit – innerhalb der Bevölkerung entgegenzutreten, wurden 1874 schließlich durch das Reichsimpfgesetz¹⁷⁷⁶ die unterschiedlichen Regelungen der Mitgliedsstaaten vereinheitlicht und ein allgemeiner Impfwang festgelegt; dennoch hatte bis in die Zeit der NS-Diktatur hinein eine organisierte Impfgegnerschaft Bestand.¹⁷⁷⁷ Strafen für Impfverweigerung wurden noch in den 1940er Jahren ausgesprochen. In anderen europäischen Ländern war man selbst in der Frage des Für und Wider der Pockenschutzimpfung lange unentschlossen. Um seine französischen Berufskollegen im besetzten Paris von der Wirksamkeit der Impfung zu überzeugen, erachtete es der Bakteriologe Heinrich A. Gins als nötig, sich in einem Selbstversuch mit dem Pockenvirus zu infizieren.¹⁷⁷⁸

Die Bedenken insbesondere der Eltern ungeimpfter, noch unmündiger Kinder gegenüber der Praxis des Impfens lediglich auf irrationale Ängste zurückzuführen, griffe zu kurz. Selbst die Impfung ist ein – wenngleich geringfügiger – medizinischer Eingriff. Komplikationen sind nie gänzlich auszuschließen. Fällt die Entscheidung gegen das

¹⁷⁷⁶ Vgl. allg. THIEBEN (2017), S. 41-59.

¹⁷⁷⁷ Vgl. THIEBEN (2015), S. 209-216; DERS. (2017), S. 144-147.

¹⁷⁷⁸ Gins, seit 1933 Mitglied der SA, war zu diesem Zeitpunkt als Hygienischer Berater der Wehrmacht tätig. Zuvor war er u. a. rund 3. Jahrzehnte Vorsteher der Staatlichen Impfanstalt in Berlin und hatte sich ausgiebig mit den Pocken und ihrer Bekämpfung beschäftigt; vgl. LAUKÖTTER (2009), S. 132 f.

Impfen aus, steigt zumindest im Fall der Masern das gesundheitliche Risiko für das eigene Kind nur unwesentlich an. Aufgrund des Herdenschutzes ist im Allgemeinen die Wahrscheinlichkeit einer Infektion minimal. So fällt es manchem leichter, hier den Zufall walten zu lassen, als verantwortlich zu sein, wenn tatsächlich der niemals vollkommen auszuschließende Fall eines Impfschadens eintreten sollte. Vor einer ähnlichen, wenngleich weitaus risikoträchtigeren Entscheidung standen viele Eltern bereits im 18. Jahrhundert. Über das Verfahren der Variolation (siehe unten) war es möglich, eine leichte Pockeninfektion mit einem zumeist folgenlosen Verlauf und einer lebenslangen Immunisierung herbeizuführen. Allerdings konnte ein Misslingen sowohl zum Tod des eigenen Kindes als auch – im Fall des Ausbruchs einer Pockenepidemie – dem vieler fremder Kinder führen. Andererseits erkrankten an der Schwelle zur Neuzeit ohnehin fast alle Menschen in Europa früher oder später an den Pocken. Die Frage war daher nicht, ob es zu einer Infektion kam, sondern wann. Dieses Thema wurde nicht nur unter Medizinern diskutiert, sondern fand auch in den aufklärerischen Zeitschriften eine lebhafte Rezeption.

Dass der Beginn des modernen Impfverfahrens in das ausgehende 18. Jahrhundert datiert, ist kein Zufall. Zwar wurde die Suche nach einer wirksamen Pockenschutzimpfung als „Ausdruck ihrer Zeit“, hervorgehend aus der kameralistischen Forderung nach Vermehrung der Bevölkerung „als unerschöpflicher Quelle von Reichtum und Macht“, bezeichnet;¹⁷⁷⁹ doch wer hier nur ein staatlich-fiskalisches Interesse unterstellt, negiert die philanthropische Dimension, die zu allen Zeiten nicht zuletzt der medizinischen Forschung zu eigen war. Menschlich ist nicht nur der Erwerbssinn, sondern auch das uneigennützig Bestreben, die Lebensumstände der Mitmenschen zu verbessern. Gerade die Pocken bedrohten lange Zeit Leben und Gesundheit in einem so außergewöhnlichen Maß, dass sie unter den Kinderkrankheiten eine Sonderstellung einnehmen. Zumindest seit der Frühen Neuzeit ist der verheerende Einfluss allein der Pocken auf die Sterblichkeit unter den Kindern dokumentiert. Kontagiosität und Letalität wurden von keiner der anderen Kinderkrankheiten erreicht (vgl. Kap. 3.4.1). Im 18. Jahrhundert grassierten die Pocken schließlich so häufig, dass sie sich zu einer Konstante im Leben der Menschen in Mitteleuropa herausgebildet hatten. Manche erachteten sie als Prüfung ihres Glaubens, andere sahen darin ein göttliches Regulativ

¹⁷⁷⁹ Vgl. RUPP (1975), S. 104 f.

zur Vermeidung der Überbevölkerung.¹⁷⁸⁰ Gleichwohl mussten die Menschen der Vergangenheit es aushalten, in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld nicht selten mehrfach mit dem Pockentod konfrontiert zu werden. In der schauburgischen Stadt Sachsenhagen starben im Februar 1792 kurz aufeinanderfolgend die drei Söhne aus einer Schuhmacherfamilie: *Durch diese Todesfälle verlohren diese Eltern alle ihre einzigen Kinder in einer Woche*. Das schauburgische Kirchspiel Grove (Rbg) erlebte im 18. Jahrhundert zwei Epidemien, bei der die Anzahl allein der an den Pocken Verstorbenen die Anzahl der im jeweiligen Jahr geborenen Kinder überstieg.¹⁷⁸¹ Es verwundert beinahe, dass die Sterberegister auch in Jahren der schlimmsten Epidemien in der Regel nicht mehr als die lapidare Eintragung *Blattern* enthalten. Anmerkungen der kirchenbuchführenden Personen, die von einer persönlichen Erschütterung über die Auswirkungen der Epidemie künden könnten, finden sich so gut wie nie. Dennoch stand man dieser Bedrohung nicht gleichgültig gegenüber. Abgesehen von der Sorge um das Leben der Erkrankten fürchtete man eine Stigmatisierung. So wurde der junge Goethe mit allerlei Versprechen dazu gebracht, die Pusteln nicht aufzukratzen. Zwar trug er nach überstandener Krankheit keine sichtbaren Narben davon, doch führte die Veränderung seines Hautbildes dazu, dass eine Tante, „die früher Abgötterei mit mir getrieben hatte“, sich von ihm distanzierte.¹⁷⁸² Tatsächlich waren die Folgen dieser Krankheit vielen Menschen ins Gesicht geschrieben.¹⁷⁸³ Die zeitgenössischen Porträts sind Zeugnis für den maßgeblichen Einfluss auf die Mode; zumindest in Kreisen, in denen nicht körperlich gearbeitet wurde, war es en vogue, sich das Gesicht zu schminken und dadurch mögliche Pockennarben zu überdecken. Zudem drohten körperliche Behinderungen: „ein- oder beidseitige Erblindung¹⁷⁸⁴, Taubheit, Lähmung, Erkrankungen des Rückenmarks.“¹⁷⁸⁵ Und schließlich verlangten die Begleiterscheinungen der Pocken den pflegenden Personen einiges ab. Bei Gins (1963) findet sich die Schilderung eines Arztes aus dem frühen 19. Jahrhundert:

¹⁷⁸⁰ Vgl. WENDLER (2008), S. 140; hierzu auch ALBRECHT (2005), S. 135 f.

¹⁷⁸¹ Vgl. auch WISCHHÖFER (1991), S. 328.

¹⁷⁸² Vgl. GOETHE (1995), S. 39.

¹⁷⁸³ Wenngleich sich die Pusteln am gesamten Körper zeigen konnten, verblieben die ausgeprägtesten Vernarbungen im Gesicht, „wo man sie am ungernesten hat“; HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN vom Jahre 1754, S. 350; vgl. auch EBD., S. 441-454.

¹⁷⁸⁴ Die Vermutung, dass ein sehr großer Teil der Erblindungen im 18. Jahrhundert durch Pockeninfektionen verursacht wurde, wird mittlerweile bezweifelt; vgl. SIFFERT (1993), Kap. 2.4.3.

¹⁷⁸⁵ VASOLD (1999), S. 203; vgl. auch GINS (1963), S. 3.

„Die Ausdünstungen und Ausleerungen der Kranken verbreiteten einen entsetzlichen Gestank und deuteten auf den Übergang der Säfte in Fäulniß. Das Bewußtsein fehlte, deliria suavia traten ein, subsultus tend. Croccigysmus, Knirschen mit den Zähnen, wodurch oft Geschirre zerbissen wurden und welches herzzerschneidend war, stellten sich ein. Die Blatternkranken gingen beinahe bei lebendigem Leibe in Verwesung über. Kaum konnte man bei dem Anblick solcher scheußlicher Gestalten die menschliche Bildung wiedererkennen. Ohngeachtet der Erneuerung der Luft, ohngeachtet der besten Räucherungen war man bei der fortdauernden Entwicklung faulichter Partikel kaum im Stande, diese verpestete Luft zu reinigen und den widrigen Eindruck derselben auf die in den Zimmern befindlichen Personen zu schwächen. Die Krankenküster bekamen häufig Kopfweh, Übelkeiten, verloren den Appetit und erbrachen sich nicht selten. (...) Der unerbittliche, zuletzt oft erbetene Tod, machte dieser schrecklichen Scene und mit ihr das Leiden der unglücklichen Opfer eine Ende.“ (S. 1–3)

Die Medizinwissenschaft setzte sich im Laufe des 18. Jahrhunderts zunehmend intensiver mit den Pocken und den Möglichkeiten ihrer Bekämpfung auseinander.¹⁷⁸⁶ Eine Frühform der Pockenschutzimpfung bildet die Variolation bzw. Inoculation, eine Methode, bei der pathogene Viren auf Menschen übertragen wurden. Dies geschah, indem man gesunde Kinder mit dem Inhalt der Pusteln leichterkrankter Kinder durch Einritzen in die Haut impfte. Die Variolation wurde bereits 1717 über Konstantinopel in England eingeführt.¹⁷⁸⁷ 1721 wurde eine deutschsprachige Schrift über das Verfahren veröffentlicht. Nachdem hochrangige Mitglieder des englischen Königshauses erfolgreich inokuliert wurden, fand es positive Beachtung.¹⁷⁸⁸ In Hannover, das in Personalunion mit England verbunden war, erfolgte 1723 die erste Variolation. Nachdem jedoch in diesem Jahr ein Kind aus dem englischen Hochadel infolge des Eingriffs verstorben war, sank das Interesse an der Impfung für lange Zeit. Praktiziert wurde die Variolation in den kommenden Jahrzehnten im europäischen Raum eher selten, erst im ausgehenden 18. Jahrhundert änderte sich dies.

¹⁷⁸⁶ Vgl. RUPP (1975), S. 103 f.; OEHME (1986), S. 51.

¹⁷⁸⁷ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 57 f.; VASOLD (1999), S. 184; ALBRECHT (2005), S. 127; POLLMEIER (2005), S. 144-148.

¹⁷⁸⁸ Vgl. HARTUNG (2001), S. 11 f.

Die Variolation war zunächst die einzige Möglichkeit, Kinder vor der Gefahr einer tödlich verlaufenden Pockeninfektion zu schützen. Allerdings wurde die an sich einfache Methode „von eifrigen Ärzten in Europa zu einem elaborierten System ausgebaut, das sich über Wochen hinziehen konnte“. ¹⁷⁸⁹ Vor allem aber barg das gezielte „Einpfpfen“ ¹⁷⁹⁰ mit dem Pockenerreger Risiken. Die Letalität im Falle einer Impfung lag bei etwa 2 %. ¹⁷⁹¹ 1796 starb die Tochter des Rodenberger Bürgers und Brauers Möhling im Alter von knapp 6 Jahren *an inoculierten Blattern*. Mit „Regierungs=Ausschreiben, die Blatternoculation betreffend, vom 15ten August 1797“ wurde zudem verfügt, dass in Orten, in denen die Pocken noch nicht ausgebrochen sind, inoculierte Kinder in „abgelegene Land= oder Gartenhäuser“ zu bringen sind, „und darinn so lange, bis die Blattern nicht mehr anstecken können, von der Gemeinschaft mit andern Kindern“ zurückgehalten werden sollen. Außerdem hatten die Ärzte und Chirurgen fortan grundsätzlich eine Genehmigung einzuholen, wenn sie „sich zu dem Geschäfte der Blatterninoculation (...) gebrauchen lassen“. ¹⁷⁹²

Aufgrund der mit ihr verbundenen Risiken war die Variolation stets umstritten. ¹⁷⁹³ Die Vorwürfe reichten vom Eingriff in die göttliche Vorsehung bis hin zur „Zauberey“. ¹⁷⁹⁴ Auch innerhalb der Fachwelt wurde bisweilen sehr polemisch debattiert, die Einschätzungen zu Nutzen und Risiken des Verfahrens liefen auseinander. Eines der Gegenargumente war, dass durch die Variolation eine künstliche Infektion hervorgerufen wurde, „ohne die rechte Zeit zur völligen Ansammlung und Reifwerdung einer Pockenmaterie“ abgewartet zu haben. ¹⁷⁹⁵ Sei „noch kein rechter und hinlänglicher Sauerteig dazu im Geblüte befindlich“, erhöhe sich die Lebensgefahr. Tatsächlich waren sowohl Impfling als auch die Nichtimmunisierten in seinem Umfeld gefährdet, da die Infektion übertragbar war. ¹⁷⁹⁶ Dass das Verfahren, das unter anderem durch reisende Mediziner ¹⁷⁹⁷ praktiziert wurde, mit relativ hohen Kosten verbunden war, erschwerte die

¹⁷⁸⁹ POLLMEIER (2005), S. 144 f.

¹⁷⁹⁰ OEHME (1986), S. 51.

¹⁷⁹¹ Vgl. HARTUNG (2001), S. 12.

¹⁷⁹² SAMMLUNG FÜRSTLICH HESSISCHER LANDES=ORDNUNGEN UND AUSSCHREIBEN, Siebenter Theil, 1785-1800, S. 740.

¹⁷⁹³ Vgl. RÖDEL (1979), S. 58 f.; VASOLD (1999), S. 218-220.

¹⁷⁹⁴ Vgl. allg. HANNOVERISCHE BEYTRÄGE 21, 1760, S. 312-336 u. DIES. 22, 1760, S. 337-340.

¹⁷⁹⁵ Vgl. NÜTZLICHE SAMLUNGEN 47, 1755, S. 749.

¹⁷⁹⁶ Die Variolation könnte zum Anstieg der Pockenepidemien in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts beigetragen haben; vgl. SIFFERT (1993), Kap. 3.2.

¹⁷⁹⁷ Vgl. hierzu auch GOETHE (1995), S. 39.

Akzeptanz.¹⁷⁹⁸ Die Vorbehalte wurzelten jedoch tiefer. Um ein Umdenken zu bewirken, machte u. a. der Herzog von Braunschweig-Lüneburg 1767 die Variolation seines 2-jährigen Sohnes und Nachfolgers öffentlich bekannt.¹⁷⁹⁹ In den folgenden Jahren ließ er einige Waisen- und Soldatenkinder auf Kosten der Landeskasse impfen. Trotzdem folgte kaum jemand dem Beispiel des Landesherrn. Die Wirkung positiver Meldungen wurde weiterhin schnell hinfällig, wenn sich Nachrichten über tatsächlich oder vermeintlich misslungene Variolationen verbreiteten.¹⁸⁰⁰

Die Diskussion um das Für und Wider der Impfung intensivierte sich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts.¹⁸⁰¹ In diesen Zeitraum fallen zwei Entwicklungen, die die Bemühungen um die Eindämmung der Pockenepidemien maßgeblich beeinflussten: Zum einen gewann der Prozess der Medikalisierung an Dynamik, wovon die medizinische Forschung profitierte. Zum andern stieg das nicht nur subjektiv empfundene Bedrohungspotential der Pocken infolge der sich verkürzenden Abstände zwischen den Epidemien: „The second half of the 18th century saw smallpox at its most destructive stage in Europe“.¹⁸⁰² Die Intensivierung des Handels, die allgemeine Zunahme des Reiseverkehrs sowie schließlich die Auswirkungen der Französischen Revolution ließen die überregionalen sozialen Kontakte innerhalb Europas sprunghaft anwachsen. Die Häufigkeit, mit denen die Pocken zumindest in den größeren europäischen Städten auftraten, belegt, dass sie mittlerweile endemisch waren. Der präventive Gedanke gewann stetig an Raum. Die Befürworter rechneten vor, dass Pockenepidemien weitaus mehr Menschen zum Opfer fielen als Variolationen mit tödlichem Verlauf. Weil der Informationsstand unter den Gebildeten größer war, standen die Angehörigen dieser Schicht dem Verfahren offener gegenüber, doch die Akzeptanz in den anderen gesellschaftlichen Schichten stieg ebenfalls an. Im Sterberegister des schauburg-lippischen Kirchspiels Altenhagen-Hagenburg wurde im Jahre 1797 notiert: *Hierunter sind 9 Blatternkinder. Es würden wahrscheinlich noch mehr Kinder an den zu Anfang und*

¹⁷⁹⁸ Vgl. WISCHHÖFER (1996), S. 218; VASOLD (1999), S. 184 f.; ALBRECHT (2005), S. 133 f.; WENDLER (2008), S. 139.

¹⁷⁹⁹ Vgl. ALBRECHT (2005), S. 129-131.

¹⁸⁰⁰ Vgl. NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 34, 1755, S. 535-539; ALBRECHT (2005), S. 131.

¹⁸⁰¹ Die Variolation wurde in einer Reihe von Artikeln u. a. in der Zeitschrift NÜTZLICHE SAMMLUNGEN bzw. HANNOVERISCHE BEYTRÄGE thematisiert; vgl. insb. NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 34, 1755, S. 539-541, u. DIES. 35, 1755, S. 552-560.

¹⁸⁰² FENNER (1988), S. 258.

in der Mitte des Jahres grassirenden Blattern gestorben sein, wenn nicht viele Einwohner, und nicht bloß vornehme, sondern selbst Bauern ihre Kinder hätten (...) okuliren lassen. Es sind 18 Kinder okulirt worden, und diese kamen alle ohne Ausnahme sehr glücklich durch. Von staatlicher Seite gab es durchaus Bemühungen, die Pocken zu bekämpfen. In Kurhessen wurden im März 1797 die Prediger aufgefordert, Berichte über die Pockenausbrüche sowie die Zahl der Verstorbenen zu erstellen.¹⁸⁰³ Die Daten sollten einem Zusammenschluss deutscher Ärzte zugeleitet werden, die sie sammeln und in einer periodischen Schrift veröffentlichen wollten. Die jahrzehntelange Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten einer wirksamen Pockenprävention ebnete den Boden für die Übernahme und relativ rasche Umsetzung des ersten modernen Impfverfahrens zu Beginn des 19. Jahrhunderts.¹⁸⁰⁴

Im Jahr 1798 veröffentlichte der englische Arzt Edward Jenner seine Schrift zur „Untersuchung über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken“.¹⁸⁰⁵ Er begründete damit ein wirksames Impfverfahren, mit dessen Hilfe die Pocken schließlich endgültig ausgerottet werden konnten. Jenner kam der Serendipitätseffekt zugute. Sein Verfahren gründet auf der Beobachtung, dass insbesondere Mägde in ländlichen Gebieten, denen das Melken von Kühen oblag, während der Pockenepidemien von dieser Krankheit verschont blieben.¹⁸⁰⁶ Sichtbares Zeichen dieses immunisierten Personenkreises waren Vernarbungen an den Händen, die nach Abklingen der Kuhpockenerkrankung zurückblieben. Jenner gelang der Beweis, dass die bereits bekannte Immunisierung durch die ungefährliche Übertragung mit Kuhpockenviren auch im Rahmen einer Impfung von Arm zu Arm als humanisierte Lymphe möglich ist und popularisierte die

¹⁸⁰³ Vgl. SAMMLUNG FÜRSTLICH HESSISCHER LANDES=ORDNUNGEN UND AUSSCHREIBEN, Siebenter Theil, 1785-1800, S. 711.

¹⁸⁰⁴ Möglicherweise haben Variolationen zur Zunahme der Pockenepidemien in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts beigetragen, da die infektiösen Inokulierten die Krankheit auf Nichtimmunisierte übertragen konnten; vgl. SIFFERT (1993), Kap. 3.2.

¹⁸⁰⁵ Der Originaltitel lautet: „An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae, a disease discovered in some of the western counties of England, particularly Gloucestershire, and known by the name of the cow pox“.

¹⁸⁰⁶ In den in Göttingen erschienen „Allgemeinen Unterhaltungen“ wird 1769 berichtet, dass man in der Bevölkerung glaubte, mit einer vorangegangenen Infektion mit Kuhpocken „vor aller Ansteckung von unseren gewöhnlichen Blattern gesichert zu seyn“; Zitat bei GINS (1963), S. 5; hierzu auch BRÜGELMANN (1982), S. 87-89; Melkerinnen sollen sich gezielt mit Kuhpocken infiziert haben, um sich gegen die Menschenpocken zu immunisieren; vgl. VASOLD (1999), S. 220 f.

Methode der Vakzination (lat. vacca = Kuh).¹⁸⁰⁷ Bereits im April 1799 wurde importierte Lymphe aus England in Wien eingesetzt, rund ein Jahr später u. a. im Königreich Hannover und in der Landgrafschaft Hessen-Kassel.¹⁸⁰⁸

Die Einrichtung einer Kuhpockenimpfungsanstalt in Hessen-Kassel wurde 1803 beschlossen.¹⁸⁰⁹ Um stets über die benötigte Lymphe für die damals praktizierte Arm-zu-Arm-Impfung verfügen zu können, befanden sich dort Betten für geimpfte Kinder, die als Spender herangezogen werden konnten. Zur Kontrolle von Erfolg oder Misserfolg der Maßnahmen wurde eine Berichtspflicht über Pockenerkrankungen und Impfungen eingeführt. Nach der Eingliederung Hessen-Kassels in das Königreich Westphalen im Jahre 1807 erließ König Jérôme Bonaparte ein Gesetz, mit dem die Impfpflicht faktisch eingeführt worden ist.¹⁸¹⁰ Nach seiner Rückkehr hob der hessische Kurfürst Wilhelm I. zwar auch dieses Gesetz wieder auf, erließ aber eine umfangreiche Verordnung, die neben der Einführung der allgemeinen Impfpflicht u. a. die Regelung des Impfvorgangs an sich zum Inhalt hatte.¹⁸¹¹

Die Geschichte der Vakzination setzt sich aus Erfolgen und Rückschlägen zusammen. Veranschaulichen lässt sich dies am Beispiel der Pockenepidemie von 1808/09 in der Grafschaft Schaumburg: Während im Norden sowie im mittleren Teil Schaumburgs mehr als drei Dutzend Pockentote verzeichnet wurden, war der Weserraum nicht beteiligt. Dies deckt sich mit einer Notiz aus dem Sterberegister der Stadt Hessisch Oldendorf, wo 1802 erstmals vakziniert wurde: *im Jahre 1803 wurde diese Impfung mit glücl. Erfolg fortgesetzt, daß auch nicht ein Kind mehr übrig geblieben ist.* Im Kirchspiel Deckbergen, wo 1808/09 ebenfalls keine Pockentoten zu beklagen waren, sind 1805 insgesamt 110 Kinder aus sieben Dörfern *vaccinirt* worden. Als Erklärung für die Situation im Norden kann ein Zusatz aus dem Sterberegister des schaumburg-lippischen Kirchspiels Lindhorst zum Tod eines knapp 2-jährigen Jungen im Jahr 1802 herangezogen werden: *Die Eltern desselben hatten sich aus einem irrenden Gewissen geweigert, ihrem Kinde durch die Bereitwilligkeit des D. Gebharts in Stadthagen, die*

¹⁸⁰⁷ Vgl. RUPP (1975), S. 103 f.; WISCHHÖFER (1996), S. 204.

¹⁸⁰⁸ Vgl. RUPP (1975), S. 104; OBERSCHELP (1982), S. 78 f.

¹⁸⁰⁹ Vgl. RUPP (1975), S. 108; WISCHHÖFER (1996), S. 222.

¹⁸¹⁰ Für Waisenkinder galt eine obligatorische Impfpflicht, für alle anderen Kinder eine fakultative zu bestimmten Anlässen wie Konfirmation oder Einschulung, was letztlich auf die Durchimpfung der Bevölkerung abzielte; vgl. RUPP (1975), S. 108.

¹⁸¹¹ 1824 wurde dann quasi ein Impfzwang verfügt; vgl. EBD., S. 108 f.

Schutz=Blattern (auch Pocken) einimpfen zu lassen, wozu sich mehrere hiesige Eltern aus angenommener besserer Ueberzeugung entschloßen hatten. Auch in den kommenden Jahren wurde immer wieder die *Schutz=Pocken Bedenklichkeit* von Eltern hervorgehoben. Die dörfliche Prägung nährte offensichtlich das Misstrauen gegenüber dem Angebot der Pockenschutzimpfung. Im Weserraum wirkten sich die Nähe zu den Städten sowie eine höhere Arztdichte akzeptanzsteigernd aus. Zumindest blieb im Norden der Grafschaft Schaumburg das Kirchspiel Sachsenhagen, dem zu diesem Zeitpunkt lediglich die gleichnamigen Stadt sowie die Vorstadt Kuhlen angehörten, 1808/09 gänzlich vom Pockentod verschont. Und von den zehn Verstorbenen, die mit der Todesursache *Blattern* in den Registern des Kirchspiels Grove (Rbg) verzeichnet waren, kam niemand aus der Stadt Rodenberg sowie der städtisch geprägten Vorstadt Rodenberger Tor.

Bei den Bemühungen um die Popularisierung der Vakzination stießen viele Regierungen zunächst auf Widerstand. Verbreitet war die Vorstellung, dass die Unterdrückung der Krankheit gesundheitsschädlich sei.¹⁸¹² Daneben gab es ein allgemeines Misstrauen gegenüber der neuen Methode, bei der dem Körper des Impflings ebenso wie bei der Variolation eine Verletzung zugefügt wurde. Die mit der Einführung eines neuen Verfahrens im Allgemeinen verbundenen Anlaufschwierigkeiten hemmten die Akzeptanz. Nicht ganz zu Unrecht befürchtete man, dass die Impfungen eine Pockenepidemie auslösen würden.¹⁸¹³ Ohnehin bildete Unerfahrenheit auf Seiten des impfenden Personals eine potentielle Fehlerquelle. In Hannover verbot man im Jahr 1803 zumindest die Impfung durch Nichtärzte.¹⁸¹⁴ Hinzu kam, dass die Notwendigkeit der Revakzination noch nicht bekannt war und viele der in der Frühphase Geimpften ihren Immunschutz verloren.¹⁸¹⁵ Die Einführung der Revakzination erfolgte erst in den 1820er Jahren. Seit 1842 wurden kurhessische Rekruten wiedergeimpft, sofern sie noch nicht an den Pocken erkrankt waren. Aber auch materieller Mangel wirkte sich

¹⁸¹² Vgl. FREVERT (1984), S. 70 f.; WISCHHÖFER (1991), S. 211; WENDLER (2008), S. 140.

¹⁸¹³ Vgl. EBD., S. 140 f.

¹⁸¹⁴ Vgl. RUPP (1975), S. 107.

¹⁸¹⁵ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 58; GINS (1963), S. 262-277; VASOLD (1999), S. 222 f.; HARTUNG (2001), S. 25-30.

hemmend aus.¹⁸¹⁶ Der finanziellen Not begegnete man mit einer Befreiung attestierter armer Familien von der Gebührenpflicht.¹⁸¹⁷

Neben dem Zwang¹⁸¹⁸ in Form von gesetzgeberischen Maßnahmen forcierten viele Regierungen begleitend gesundheitliche Aufklärung, um die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu erhöhen und dauerhaft zu erhalten. In Kurbayern führte man bereits 1800 erste Impfungen nach Jenners Methode durch.¹⁸¹⁹ Wenig später ließ der bayerische Kurfürst seine Kinder impfen, um der Bevölkerung ein Vorbild zu geben. Die Einführung der Impfpflicht erfolgte 1807. In anderen deutschen Staaten war man weniger konsequent.¹⁸²⁰ Im Idealfall propagierten dann Privatpersonen, insbesondere Ärzte, verstärkt die Schutzimpfung. Grundsätzlich von Bedeutung war die Interaktion von Pastoren, Schullehrern und Medizinern, die durch Ermahnungen und Erläuterungen auf die Bevölkerung eingewirkt haben.¹⁸²¹ Hervorzuheben ist der schaumburglippische Hofrat und Leibarzt Bernhard Christoph Faust, dessen Einfluss weit über die Grenzen des Territoriums hinausgriff.¹⁸²² Er veröffentlichte einige medizinische Schriften zu unterschiedlichen Themen. Am wichtigsten war vermutlich eine Flugschrift mit dem Titel „Zuruf an die Menschheit, die Blattern durch die Einimpfung der Kuhpocken auszurotten“ aus dem Jahre 1804. Diese Schrift, die als „Faustische Tabelle“ bekannt war, enthält einen leidenschaftlichen Aufruf an Impfverweigerer, das Leben ihrer Kinder nicht leichtfertig zu gefährden. Zur Bekräftigung verglich Faust in Form von Thesen die Auswirkungen der „Blattern, oder Pocken“ mit den ungefährlichen „Schutzblattern, oder Kuhpocken“. Indem er die einfache Form der Flugschrift

¹⁸¹⁶ Die Impfung war verhältnismäßig teuer. Im Jahre 1822 lag die Gebühr in Lippe bei 9 Gr. Ein Pfund Fleisch kostete dagegen je nach Tierart zwischen 1 und 3 Gr.; vgl. WISCHHÖFER (1996), S. 218, Fußnote 27.

¹⁸¹⁷ Vgl. RUPP (1975), S. 108; WISCHHÖFER (1996), S. 218, 210 f. u. 207.

¹⁸¹⁸ Ein Detmolder Arzt wies darauf hin, dass die Eltern sagten, „es fände gegenwärtig noch keine bestimmte Strafe Statt, welche sie zur Erfüllung meiner Vorschläge zwingt: - wüßten sie (...) von einer Strafe, dann würden und könnten sie sich nicht mehr weigern, und wollten mir Folge leisten.“ WISCHHÖFER (1996), S. 215; vgl. auch HARDEGE D. JÜNG. (1806), S. 121-129; RUPP (1975), S. 108 f.; HUERKAMP (1985), S. 620-625; HARTUNG (2001), passim.

¹⁸¹⁹ „Bereits im Etatsjahr 1807/08 hatte Bayern nur noch 150 Pockentote [gegenüber 4509 Toten im Jahre 1800], und seitdem kann die Seuche hier als weitgehend ausgerottet gelten.“ PROBST (1984), S. 207.

¹⁸²⁰ Vgl. HARTUNG (2001), S. 103.

¹⁸²¹ Vgl. FREVERT (1984), S. 71 f.; WISCHHÖFER (1991), S. 324-326; WENDLER (2008), S. 140.

¹⁸²² Vgl. MÖLLER (2000), S. 32. Ein Eintrag im Sterberegister der Stadt Bückeburg, wo Faust praktizierte, belegt, dass bereits 1801 *in der hiesigen Gemeinde über 100 Kinder mit Kuhpocken geimpft worden sind.*

wählte, blieben seine Thesen nicht allein auf die Rezeption durch ein gebildetes Publikum beschränkt. Sein unmittelbares soziales Umfeld beeinflusste Faust auf praktische Weise durch das sogenannte Krengefest, das er seit 1803 alljährlich in seinem Garten in Bückeberg ausrichtete.¹⁸²³ Dabei beschenkte er Kinder mit Brezeln (Krengeln), erläuterte ihnen spielerisch den Sinn der Vakzination und führte Impfungen u. a. an den Kindern hochgestellter Personen durch.

Ein unverzichtbarer Faktor im Rahmen der Pockenbekämpfung war schließlich die Etablierung einer effektiven Organisation.¹⁸²⁴ Ihre Aufgabe war die Durchführung der Vakzination, die Überwachung der Impflisten¹⁸²⁵ sowie die Anordnung von Quarantänemaßnahmen¹⁸²⁶. Verlässlichkeit hinsichtlich Zeit und Ort wurde geschaffen, indem man bestimmte Altersgruppen¹⁸²⁷ zu festen Terminen in Schulsälen impfte.¹⁸²⁸ Anfängliche medizinische Einwände gegen die Schutzimpfung ließen sich ebenso wie weltanschauliche Bedenken durch den für jedermann sichtbaren Erfolg weitgehend zerstreuen. Zudem profitierte die Bevölkerung schichtenübergreifend von der Vakzination, denn die Kontagiosität war weitestgehend losgelöst von sozialer Herkunft und individuellen Wohnverhältnissen.¹⁸²⁹

Trotz aller Schwierigkeiten hat sich die Vakzination im mitteleuropäischen Raum vergleichsweise schnell verbreitet.¹⁸³⁰ Dies gilt insbesondere für Schaumburg, wo nachweislich seit 1802 vakziniert wurde.¹⁸³¹ Am 29.08.1817 teilte der Rintelner Superintendent Schmeisser den schaumburgischen Pastoren mit, dass die vorangegangenen

¹⁸²³ Vgl. GINS (1963), S. 28. Ausgerichtet wurde das Fest jeweils am 14. Mai, dem Tag, an dem Jenner erstmals ein Kind vakzinierte. 2009 wurde die Tradition des Krengefestes in Bückeberg wiederbelebt; vgl. Schaumburger Nachrichten vom 14.05.2009.

¹⁸²⁴ Vgl. WISCHHÖFER (1991), S. 328 f.

¹⁸²⁵ Vgl. STAB Dep. 29, Nr. 1838.

¹⁸²⁶ Das Verständnis für den Nutzen von Quarantäne war nicht besonders ausgeprägt. Um eine Ausbreitung der Pocken zu verhindern, ließ man Häuser bewachen, in denen Krankheitsfälle vorkamen; vgl. STAB Dep. 29, Nr. 1840.

¹⁸²⁷ Ein einheitliches Impfalter gab es zunächst nicht; vgl. GEHRMANN (1984), S. 100. GINS (1963), S. 114, berichtet, dass während der Frühphase der Einführung der Pockenimpfung bereits Kinder im Alter von 4 Wochen geimpft wurden, diese Praxis wegen des unzuverlässigen Impfschutzes aber wieder aufgegeben wurde.

¹⁸²⁸ Vgl. GEWEKE (2002), S. 27.

¹⁸²⁹ Vgl. POLLMEIER (2005), S. 139-144.

¹⁸³⁰ Vgl. BURRI (1975), S. 159; RÖDEL (1979), S. 59; KOHL (1985), S. 74.

¹⁸³¹ Avenarius (1840), S. 119 f., erwähnt, dass „die Überzeugung von der Wohlthat der Impfung (...) jetzt so allgemein [ist], daß nur in äußerst seltenen Fällen ein polizeilicher Zwang gegen nachlässige Eltern einzutreten braucht, und kein einziges impffähiges Kind mehr ungeschützt bleibt.“

Konsistorialverordnungen¹⁸³², nach denen die „die Prediger jährlich über den Blatternzustand in ihrer Gemeinde an den zeitigen Superintendenten berichten“ sollten, mit Verordnung vom 15.12.1816 aufgehoben wurden.¹⁸³³ Die Verordnungen waren hinfällig, weil die Pocken kaum mehr auftraten. Im August 1819 erläuterte Schmeisser in einem Schreiben an das Konsistorium in Rinteln die Vorteile einer Trennung in eine obere und eine untere Schulklasse. Der Grund war, dass die vielen kleinen Schulstuben für die – seit der Einführung der Vakzination in Schaumburg – gestiegene Zahl an Schulkindern nicht mehr ausreichten.¹⁸³⁴ Eine Vergleichsberechnung für das Fürstentum Lippe verdeutlicht die Entwicklung: „Zwischen 1776 und 1800 gab es durchschnittlich 3,4 Pockentote auf 1000 Einwohner. Zwischen 1801 und 1809 waren es 1,1 Pockentote und zwischen 1810 und 1849 nur noch 0,07 Pockentote auf 1000 Einwohner.“¹⁸³⁵

Man geht davon aus, dass zur Eindämmung einer epidemischen Krankheit wie der Pocken 40 % der Bevölkerung durch Impfung oder vorangegangene Infektion immunisiert sein muss.¹⁸³⁶ Um die Ausbreitung einer Epidemie zu verhindern, muss ihr Anteil mindestens 60 % betragen. Allerdings führt die Impfung nicht in jedem Fall zur Immunisierung. Um die 60 % sicher zu erreichen, ist eine Impfung von 80–90 % der Bevölkerung erforderlich. Unter den Bedingungen des frühen 19. Jahrhunderts war ein so hoher Wert illusorisch. Zudem sank die Impfquote nach dem Ende der Franzosenzeit, die vielerorts das vorübergehende Ende der Pflichtimpfung bedeutete.¹⁸³⁷ Die schnellen Anfangserfolge nach der Einführung der Vakzination riefen sicherlich Impfmüdigkeit hervor. Weitere präventive Maßnahmen (Separierung der Kranken von den Gesunden, Verbrennung von Kleidern und Bettwäsche Infizierter etc.) fanden ohnehin kaum Beachtung.¹⁸³⁸ Epidemien größeren Ausmaßes, die bereits im 2. und 3. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts ausbrachen, führten insbesondere den politisch Verantwortlichen vor Augen, dass von den Pocken weiterhin eine erhebliche Gefahr ausging

¹⁸³² 22.08.1797, 18.12.1807 und 19.03.1808.

¹⁸³³ Vgl. LKAH D 34, I, A, fasz. 35, Nr. 145.

¹⁸³⁴ Vgl. EBD.

¹⁸³⁵ Dies entspricht einem Rückgang von durchschnittlich 210,4 auf 6,5 Personen, die jährlich an den Pocken starben; vgl. WISCHHÖFER (1996), S. 221.

¹⁸³⁶ Vgl. RUFFIE/SOURNIA (1987), S. 128.

¹⁸³⁷ Vgl. MÖLLER (2000), S. 32; WENDLER (2008), S. 141.

¹⁸³⁸ Vgl. REINDERS-DÜSELDER (1996), S. 54 f.

und somit Handlungsbedarf bestand.¹⁸³⁹ Eine Wende brachte der Deutsch-Französische Krieg 1870/71. Kurz vor der Reichsgründung waren im Norddeutschen Bund Petitionen eingereicht worden, die eine Reformation des Gesundheitswesens einschließlich der Seuchenbekämpfung zum Inhalt hatten.¹⁸⁴⁰ Nachdem im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71 infolge einer Pockenepidemie etliche Tausend Menschen in Europa ihr Leben verloren hatten, wurde der Beschluss für ein Reichsimpfgesetz, das am 1. April 1875 in Kraft trat, gelegt.¹⁸⁴¹ Die Pocken konnten immerhin so weit zurückgedrängt werden, dass sie in Deutschland bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ihren endemischen Charakter verloren.¹⁸⁴² Die Eradikation der Pocken konnte erst mehr als 100 Jahre später durch die WHO verkündet werden.

Als sich im Laufe des 18. Jahrhunderts die Abstände zwischen den Pockenepidemien verkürzten und sich vielerorts weder Anfang noch Ende bestimmen ließen, war das Bedrohungspotential dieser Krankheit auf ein Höchstmaß angewachsen. Letztlich traf es früher oder später ziemlich jede Person, sicherer Schutz existierte nicht. Zeitgenössische Aussagen belegen, dass sich die Bevölkerung dieser Tatsache bewusst war.¹⁸⁴³ Nach Jenners Veröffentlichung und Einführung der Vakzination sank die Zahl der Infektionen relativ schnell. Während die Pocken ihren einstigen Charakter als Kinderkrankheit verloren, erhöhte sich der Anteil der Infizierten im Erwachsenenalter.¹⁸⁴⁴ Dennoch stellte diese Krankheit selbst in Europa bis weit in das 20. Jahrhundert hinein eine Gefahr für alle dar, die nicht über einen Impfschutz verfügten. So sind insbesondere die Veröffentlichungen des Bakteriologen Gins nicht nur als wissenschaftliche Studien zu den Pocken zu verstehen, sondern auch als Plädoyer für die Inanspruchnahme der Schutzimpfung.

¹⁸³⁹ Vgl. KOHL (1985), S. 138; VASOLD (1999), S. 223 f.

¹⁸⁴⁰ Vgl. HESS (2009), S. 214-224.

¹⁸⁴¹ Ausführlich zum parlamentarischen Verfahren bis zur Verabschiedung des Gesetzes vgl. HESS (2009), S. 228-265.

¹⁸⁴² Vgl. LINDNER (2017), S. 75 u. passim.

¹⁸⁴³ Vgl. VASOLD (1999), S. 180-182 u. 203 f.

¹⁸⁴⁴ Unter den Pockentoten im Jahre 1916/17 dominierte die Altersgruppen der über 40-Jährigen mit rund 90 %, der Anteil von Kindern bis 12 Jahren betrug nur noch etwas über 2 %; vgl. GINS (1925), S. 348 f. u. 412; DERS. (1963), S. 79; siehe auch Kap. 3.4.1.

3.5 Frühneuzeitliche „Fieber“ und gastrointestinale Krankheiten

In der Vorstellung der antiken Humoralpathologie trug Fieber dazu bei, schädliche Körperflüssigkeiten zu beseitigen. Die Erhöhung der Körpertemperatur diente also der Abwehr von Krankheiten. In der Frühen Neuzeit wurde diese Vorstellung zunehmend hinterfragt.¹⁸⁴⁵ Man glaubte zu erkennen, dass die fieberhaften Zustände es selbst waren, die den Organismus bis zum Tode schwächten. Fieber galt nicht mehr nur als ein natürliches Heilinstrument, sondern wurde mit Krankheit gleichgesetzt. Zur Popularisierung dieser Sichtweise trug bei, dass Krankheiten, die epidemisch verlaufen und zu deren vorrangigen Symptomen hohes Fieber zählt, im 18. Jahrhundert zugenommen haben. Der Siebenjährige Krieg, vielleicht auch die Truppenbewegung infolge des Soldatenhandels, zweifellos aber die kriegerischen Auseinandersetzungen nach Ausbruch der Französischen Revolution haben maßgeblich zu ihrer Verbreitung beigetragen. Zunächst sprach man vom bösartigen Fieber (*Febris maligna*), später unterschied man je nach Erscheinungsform Faulfieber, Schleimfieber, Nervenfieber etc.¹⁸⁴⁶ Die entsprechenden Diagnosen wurden noch um Attribute wie gastrisch, gallig oder hitzig erweitert. Die Theorien zur Entstehung der Fieberkrankheiten fußen auf der Humoralpathologie.¹⁸⁴⁷ Im Falle des Gallenfiebers ist man von einer Störung der Galle ausgegangen, beim Faulfieber vermutete man die Ursache im gesamten Verdauungstrakt, namentlich im Darmapparat. Doch waren diese Theorien unter den zeitgenössischen Medizinern nie unumstritten, wurden zumindest relativ schnell modifiziert. Einigkeit über die Ursachen konnte nicht wirklich erzielt werden, selbst die Einstufung einzelner dieser Fieber als eigenständige Krankheit wurde häufig bezweifelt. Gestützt haben die Mediziner ihre Theorien nicht zuletzt auf Beobachtungen, die sie in ihrer Funktion als behandelnde Ärzte während Epidemien machten. In den Jahren 1724–27 grassierte in Marburg eine Epidemie, die ein paar Jahrzehnte später dem Schleimfieber, im 19. Jahrhundert dann dem Typhus zugeschrieben wurde. In seiner Beschreibung dieser Epidemie hob einer der Marburger Ärzte jedoch einen „anhaltenden Schmerz in der Magengegend, der so empfindlich war, dass die Kranken auch nicht die geringste Berührung

¹⁸⁴⁵ Vgl. KOELBING (1985), S. 154 f.

¹⁸⁴⁶ Vgl. SEITZ (1845a), S. 10 f. u. passim.

¹⁸⁴⁷ Demzufolge ist das Fieber eine Abwehrreaktion des Organismus und dient dazu, dass „ein schädlicher Stoff entweder gänzlich ausgestossen oder insoweit verändert werde, dass er seine krankmachende Beschaffenheit verliert.“ HANDBUCH (1844), S. 1012 f.; hierzu auch EBD., S. 1019 f.; HUFELAND (1814), S. 16-18; RAU (1829), S. 1-8.

dort ertragen konnten“¹⁸⁴⁸, hervor, was nicht unbedingt für den Typhus spricht. Magenschmerzen als Begleiter einer Typhusinfektion kommen durchaus vor, spielen innerhalb der Symptomatik aber eine untergeordnete Rolle. Denkbar ist, dass die Einwohnerschaft nach Ausbruch der Epidemie aufgrund von Schilderungen Betroffener die ihnen unbekannt Krankheit vornehmlich mit Magenbeschwerden in Verbindung gebracht hat. Das Symptom wäre also eher psychosomatischer Natur. Auch Suggestivfragen behandelnder Ärzte können verstärkend gewirkt oder diese Vorstellungen überhaupt erst hervorgerufen haben. Der behandelnde Arzt selbst orientierte sich in seiner Beschreibung der Marburger Epidemie an dem mutmaßlichen Hauptsymptom. Er bezeichnete die Krankheit daher als Magenfieber (Febris stomachalis).

Magenfieber ist ein Beispiel für die Erweiterung der diagnostischen Vielfalt in der Frühen Neuzeit. Viele der neuen Krankheiten verschwanden indes recht schnell wieder aus den medizinischen Lehrbüchern. Zum einen ließen sich die geschilderten ungewöhnlichen Phänomene in den Darstellungen aus dem 16., 17. oder frühen 18. Jahrhundert, zumeist Symptomatik oder Personengruppe betreffend, oft nicht nachvollziehen. Zum andern führten neue Erklärungsansätze zur Entstehung und Verbreitung insbesondere der Fieberkrankheiten dazu, dass ältere Vorstellungen verworfen wurden. Doch aus einem modernen Blickwinkel heraus wirken die neuen Erklärungen bisweilen arg konstruiert. So etwa die Überlegungen zur Infektiosität: Fieberkrankheiten konnten gemäß der zeitgenössischen Meinung ihren Ursprung sowohl in schädlichen Miasmen als auch einer Störung der körpereigenen Säfte, gegebenenfalls auch im Zusammenspiel beider, haben. Die Diskussion über Möglichkeiten einer Erkrankung ohne Zutun eines dieser beiden Faktoren, vor allem die unmittelbare Ansteckung von Mensch zu Mensch infolge eines „Krankheitsstoffs“, gewann erst im Laufe des 18. Jahrhunderts an Relevanz. Widersprachen empirische Erkenntnisse den theoretischen Überlegungen, neigte man dazu, Unterarten einer bestimmten Krankheit zu bilden. Die Folge war nicht zuletzt die Unterscheidung in zahlreiche Fieberkrankheiten.

Gelegentlich weist die berichtete Symptomatik große Übereinstimmung mit dem Typhus (Typhus abdominalis) oder dem Fleckfieber (Typhus exanthemicus) auf. Lange

¹⁸⁴⁸ SEITZ (1845a), S. 15.

blieb verborgen, dass es sich bei Typhus und Fleckfieber um verschiedene Krankheiten handelt. Der Typhus – den Begriff kannte man seit der Antike – wurde in der Mitte des 19. Jahrhunderts als eigenständige Krankheit erkannt (vgl. Kap. 3.5.2). Der Begriff Fleckfieber war in der Frühen Neuzeit geläufig, der Erreger wurde erst 1916 entdeckt (vgl. Kap. 3.5.3). Der Umstand, dass sich Verlauf und Begleitsymptomatik insbesondere beim Typhus individuell recht unterschiedlich äußern können, hat maßgeblich zu den diagnostischen Kapriolen in der Vergangenheit beigetragen.

Im Folgenden werden Todesursachen aus den schaumburgischen Kirchenbüchern, die den Begriff „Fieber“ in ihrem Namen tragen,¹⁸⁴⁹ vorgestellt. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, hinter welchen dieser Fieberkrankheiten sich der relativ verbreitete Typhus bzw. das Fleckfieber verbergen könnten. Leider mindert der Umstand, dass der Typhus erst im Laufe des 19. Jahrhunderts als Krankheitsdiagnose an Bedeutung gewann und zudem lange mit dem Fleckfieber gleichgesetzt wurde, den Informationsgehalt der zeitgenössischen medizinischen Fachliteratur erheblich. Andererseits sind die Fieberkrankheiten – zumindest unter ihrer alten Bezeichnung – aus der modernen Medizinwissenschaft gänzlich verschwunden, so dass Rückschlüsse kaum noch möglich sind. Als Ausweg bietet sich einmal mehr die Erhebung und Analyse statistischer Daten an. So konnten im Rahmen der nachfolgenden Auswertung der schaumburgischen Sterberegister weiterführende Erkenntnisse gewonnen werden. Zum Beispiel: Der Altersgruppenvergleich von *Nervenfieber*, *Gallenfieber* und *Wurmfieber* ergibt neben einer Abweichung vom schaumburgischen Durchschnitt erhebliche Unterschiede (**Abb. 106**). Während sich *Wurmfieber* als reine Kinderkrankheit darstellt, findet sich die Todesursache *Gallenfieber* fast nur bei Verstorbenen im Erwachsenenalter. Bei *Nervenfieber* sind die beiden mittleren Altersgruppen überdurchschnittlich stark vertreten. Gemeinsam war den Fieberkrankheiten eine signifikante Erhöhung der Körpertemperatur, die Ursachen variierten jedoch. Einwandfreie Zuordnungen zu einzelnen Krankheiten sind zwar heute nicht mehr möglich, Annäherungen schon.

¹⁸⁴⁹ Die Todesursache *Kindbettfieber* ist davon zu unterscheiden und wird zusammen mit der Müttersterblichkeit (vgl. Kap. 3.1) behandelt.

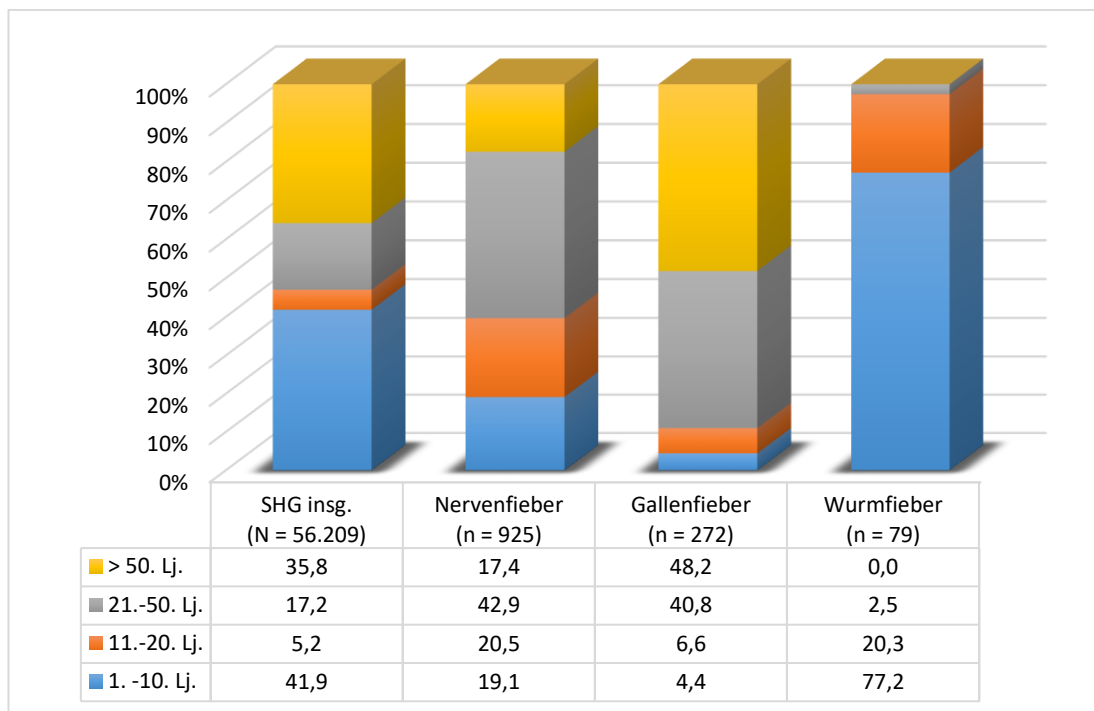


Abb. 106: „Fieber“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

3.5.1 Arten des „Fiebers“

Nervenfieber

Die Todesursache *Nervenfieber* nahm für einige Jahrzehnte eine exponierte Stellung unter den Fieberkrankheiten in Schaumburg ein. Der Grund hierfür ist nicht zuletzt ein Wandel der medizinischen Vorstellungen über Natur und Funktion der Nerven im Laufe des 18. Jahrhunderts. Ursprünglich wurden die Nerven noch mit Muskeln gleichgesetzt, dann erfuhren sie eine Erhöhung weg vom rein Mechanischen zum „Sitz der Lebenskraft“.¹⁸⁵⁰ In den Nerven glaubte man Bahnen zu erkennen, die – wie die Adern das Blut – eine Flüssigkeit, den „Nervensaft“, transportieren. Den Ursprung dieser Flüssigkeit vermutete man im Liquor, der die Gehirn- und Rückenmarksnerven umgibt. Fußend auf der Säftelehre ging man davon aus, dass eine Störung im Nervenfluss eine Krankheit hervorrufen müsse, beispielsweise das Asthma, das im ausgehenden 19. Jahrhundert als „Prototyp einer Nervenkrankheit“ galt. Diese Vorstellungen gehen auf Mediziner aus dem englischsprachigen Raum wie Thomas Willis, John Huxham und den schottischen Neurologen Robert Whytt zurück.¹⁸⁵¹ „Das Wesen des Nervenfiebers besteht in einer zu hohen Thätigkeit des Gehirns und der Nerven, in einem Fieber der Nerven, welches sich den übrigen Systemen des menschlichen Körpers in einem höhern oder niedern Gradae mittheilt und mittheilen muß, da die Nerven in die Masse aller andern Organe hineingewebt sind. Wie bei dem gewöhnlichen Fieber das Adersystem vorzüglich zu hohe Thätigkeit zeigt, indem es das Blut schneller umtreibt, so im Nervenfieber vorzüglich das Gehirn und die Nerven.“¹⁸⁵² Die Annahme, dass Krankheiten die Folge einer Beeinträchtigung des Nervensystems sind, gewann durch die im Jahre 1780 in England veröffentlichte „*Elementa medicinae*“ des schottischen Mediziners John Brown enorm an Popularität. Im Mittelpunkt seiner Lehre stand der Nervenreiz. Der Brownianismus fußt auf der vereinfachenden Unterscheidung zwischen sthenischen und asthenischen Krankheiten, deren Ursachen entweder auf ein Übermaß oder ein Defizit an Reizen zurückzuführen sind.¹⁸⁵³ Allerdings war dieses Konzept von Beginn an höchst umstritten. Auch über die Natur des soge-

¹⁸⁵⁰ Vgl. RADKAU (1998), S. 27 f.

¹⁸⁵¹ Vgl. HUFELAND (1814), S. 17; SEITZ (1845a), S. 17 f.; zu den Veröffentlichungen zum Nervenfieber vgl. WEBER (1838), S. 8-11.

¹⁸⁵² JÖRG (1814), S. 45.

¹⁸⁵³ Vgl. BRÜGELMANN (1982), S. 144-147.

nannten Nervenfiebers konnte keine Einigung erzielt werden; vielmehr kam es zu ausgesprochenen Kontroversen, weil andere Mediziner darin „ein wahres pathologisches Chaos“ sahen.¹⁸⁵⁴ So wurden durchaus Zweifel an der schieren Existenz des Nervenfiebers geäußert. Ein Gegenargument lautete, dass die meisten Fieberkrankheiten mit nervösen Symptomen verbunden seien.¹⁸⁵⁵

Die in den zeitgenössischen Abhandlungen beschriebene Symptomatik des Nervenfiebers ähnelt der von Typhus abdominalis und Fleckfieber, die bis in das 19. Jahrhundert hinein als Unterarten derselben Krankheit wahrgenommen wurden. Somit liegt die Vermutung nahe, dass sowohl Typhus abdominalis als auch Fleckfieber von den zeitgenössischen Ärzten zumeist als Nervenfieber diagnostiziert worden sind. Das „reine“ Nervenfieber galt nicht als ansteckend, solange sich seine Eigenart durch Vermischung mit verderblichen Säften, die insbesondere das Faulfieber ausgelöst haben sollen, nicht ändert.¹⁸⁵⁶ Ebenso wie den Typhus unterschied man das Nervenfieber in mehrere Arten.¹⁸⁵⁷ Gleichwohl blieb alles eher unspezifisch, wenn man vom unterschiedlichen Bedrohungspotential und besonderen symptomatischen Ausprägungen absieht. So galt beim „Febris nervosa stupida“, das als gefährlichste Form angesehen wurde, ein Zustand der Empfindungslosigkeit bis hin zur Betäubung als besonders charakteristisch. Man hatte auch eine sehr leichte Verlaufsform – möglicherweise den Paratyphus – beobachtet und diese mit der Bezeichnung „Typhus levissimus“ versehen: „Ein solcher leichter Typhus wird dann von manchen Aerzten für ein catarrhöses oder schleimigtes oder höchstens schleichendes Nervenfieber gehalten“.¹⁸⁵⁸

Nervenfieber als Todesursache ist in den schauburgischen Kirchenbüchern mehr als 900-mal belegt. Erstmals erwähnt wurde es im Jahre 1768 in Rinteln, ein Jahr später in Krankenhagen. Die nächsten Belege fallen erst in die 1790er Jahre, im 19. Jahrhundert wurde es dann ausnahmslos in jedem Jahr in mehr als einem Kirchspiel innerhalb des Untersuchungszeitraums registriert. Für ein epidemisches Auftreten spricht, dass es oftmals mehr als einen Todesfall in demselben Kirchspiel gab. Allerdings sind diese

¹⁸⁵⁴ WEBER (1838), S. 2; vgl. auch EBD. 1-3; HUFELAND (1814), S. 31-34; RICHTER, GEORG AUGUST (1817), S. 151-153.

¹⁸⁵⁵ Vgl. RAU (1829), S. 21.

¹⁸⁵⁶ Vgl. SEITZ (1845a), S. 17 u. 21.

¹⁸⁵⁷ Vgl. HANDBUCH (1844), S. 1105-1112.

¹⁸⁵⁸ SEITZ (1845a), S. 23.

Epidemien relativ glimpflich verlaufen. Zumindest starben jeweils nur wenige Menschen innerhalb eines begrenzten Zeitraums an *Nervenfieber*. Gelegentlich wird *Nervenfieber* in den Kirchenbüchern durch Begriffe wie *gastrisch*, *gallicht*, *rheumatisch*, *hitzig* oder *faul* spezifiziert.¹⁸⁵⁹ Die Angaben zur Krankheitsdauer liegen zwischen 3 Tagen und 1,5 Jahren. Tendenziell umfasste der Zeitraum vom Auftreten der Symptome bis zum Tod der erkrankten Person eher 2–4 Wochen.

Bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit von *Nervenfieber* ist der Anteil der weiblichen Verstorbenen mit 51,1 % gegenüber den männlichen mit 48,9 % leicht erhöht (n = 925). Die durchschnittliche Sexualproportion beträgt 96,4 : 100. Eine ähnliche Relation mit jeweils genau 50 % verstorbenen männlichen und weiblichen Individuen gibt es bei *Fleckfieber* (n = 38). Hinter der Todesursache *Typhus* könnte sich ausweislich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit eine vollkommen andere Krankheit verbergen: 59,3 % der schauburgischen *Typhus*opfer sind männlichen Geschlechts (145,7 : 100). Dieser Befund kann unterschiedliche Ursachen haben. Zu berücksichtigen ist die geringe Anzahl an Datensätzen bei *Typhus* (n = 86). Allerdings wurde die Todesursache *Fleckfieber* nicht einmal halb so oft registriert. Damit spricht vieles dafür, dass man im Allgemeinen bei Frauen eher *Nervenfieber* diagnostizierte, weil das sogenannte schwache Geschlecht als anfälliger für nervöse Krankheiten galt.¹⁸⁶⁰ Diese Vorstellungen waren bis weit über das 19. Jahrhundert hinaus lebendig. Zu den vielfältigen Ursachen der *Typhus*- und *Nervenfieber*erkrankungen zählen starke Gemütsbewegungen. Ein Beispiel hierfür findet sich im Sterberegister von Fischbeck, wo im Oktober 1810 kurz nacheinander zwei junge Frauen an *Nervenfieber* starben. In beiden Fällen wurde neben der Todesursache auch der mutmaßliche Grund für den Ausbruch der Krankheit angegeben: *Folgen des Tanzens*.

Der Vergleich der Altersgruppen stellt sich gänzlich anders dar als der des Geschlechts (**Abb. 107**). Die Anteile der Kinder bis zum 11. Lebensjahr sind bei *Typhus* und *Ner-*

¹⁸⁵⁹ Bei der Zuordnung im Rahmen der Datenanalyse war jeweils das Substantiv ausschlaggebend. So wurde *nervöses Gallenfieber* dem Gallenfieber, *gallichtes Nervenfieber* dem Nervenfieber zugeordnet. Stand der Begriff *Fieber* allein, wurde das vorhandene Attribut herangezogen und beispielsweise *nervöses Fieber* als Nervenfieber gezählt.

¹⁸⁶⁰ Vgl. GÖDEN (1816), S. 63; RICHTER, GEORG AUGUST (1817), S. 159; RAU (1829), S. 35 f.; RADKAU (1998), S. 28.

venfieber fast identisch, liegen nur bei *Fleckfieber* etwas höher. Die Anteile der Altersgruppe ab 50 Jahren sind bei allen drei Krankheiten ähnlich niedrig. Zieht man die Gesamtsterblichkeit in Schaumburg zum Vergleich heran, verstärken sich die Gemeinsamkeiten zwischen *Typhus*, *Fleckfieber* und *Nervenfieber*, während die Relation der Altersgruppen bezogen auf das gesamte Untersuchungsgebiet eine gegenläufige Tendenz aufweist.

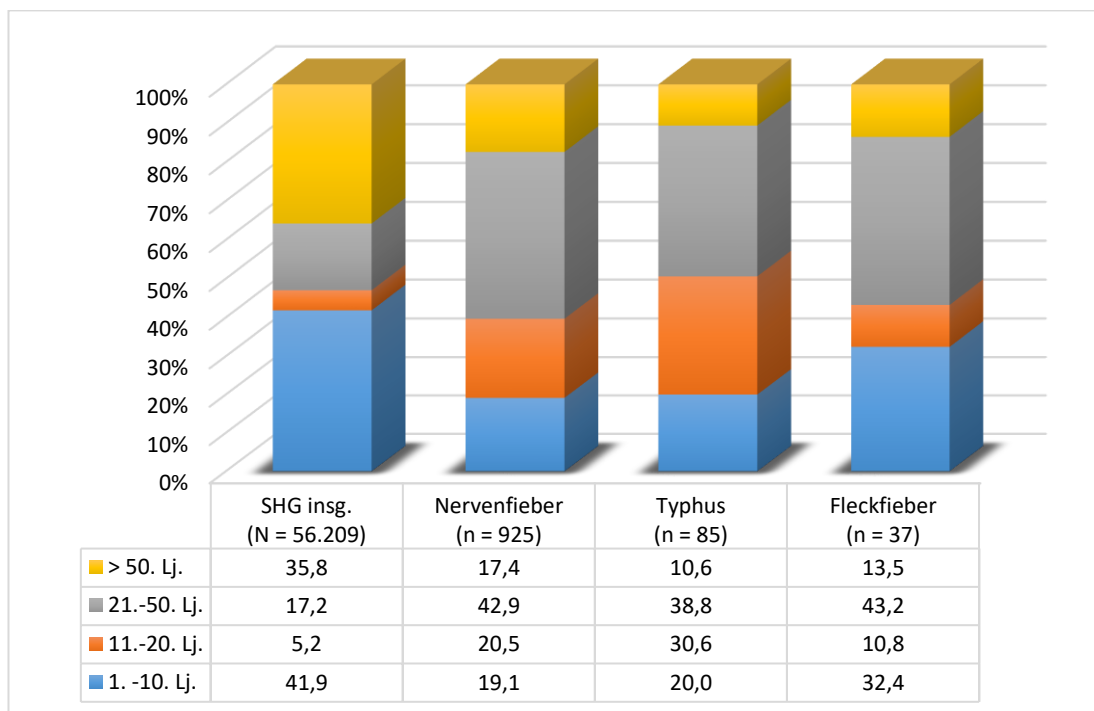


Abb. 107: Nervenfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Ein anderer Befund ergibt sich beim Vergleich der seasonspezifischen Sterblichkeit (**Abb. 108**). Die Todesursache *Typhus* fällt durch eine unterdurchschnittliche Sterblichkeit im Frühling und eine überdurchschnittliche im Herbst auf. Der Kurvenverlauf von *Nervenfieber* deckt sich eher mit dem der Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg, wengleich die Werte im Frühling etwas darunter, im Herbst etwas darüber liegen. Die saisonale Sterblichkeit der Todesursache *Fleckfieber* hingegen ähnelt den drei anderen Gruppen nicht einmal tendenziell. Zwar bestätigt der Verlauf der Sterblichkeitskurve zumindest teilweise Beobachtungen aus dem frühen 20. Jahrhundert, wonach die Fleckfieber epidemien bevorzugt in den Spätwinter- und Frühlingmonaten auftreten;¹⁸⁶¹ doch deuten die ausgeprägten Sprünge bei *Fleckfieber* sowie –

¹⁸⁶¹ Vgl. PEIPER (1921), S. 10; WILLFÜHR (1921), S. 102 f.

etwas abgemildert – bei *Typhus* auf ein statistisches Problem hin. Für die Todesursache *Fleckfieber* liegen lediglich 38 Datensätze vor. Da sich das Jahr in 12 Monate unterteilt, können bereits wenige Datensätze große Schwankungen auslösen.

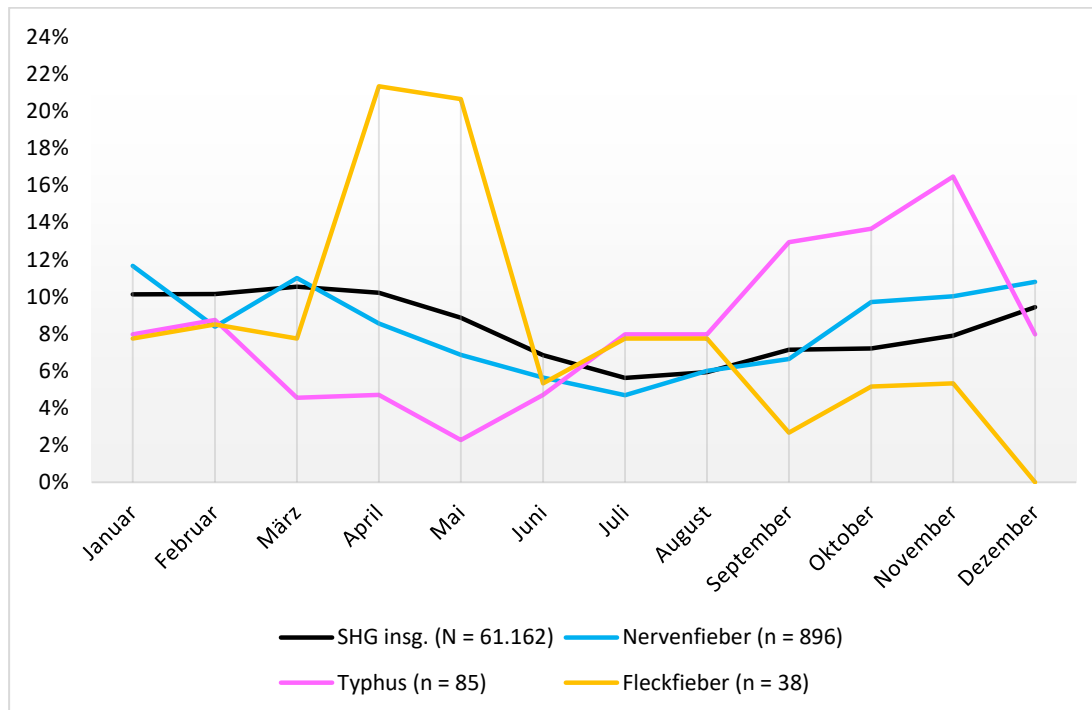


Abb. 108: Nervenfieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Da die Todesursache *Nervenfieber* in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) dicht belegt ist, wurden die prozentualen Anteile im Verhältnis zu den Bevölkerungsanteilen der fünf Mitgliedsgemeinden ermittelt (**Abb. 109**). Dabei hat sich ergeben, dass alle Mitgliedsgemeinden vom Mittelwert abweichen. In Algesdorf und der Stadt Rodenberg ist die Todesursache Nervenfieber unterdurchschnittlich, im Kirchspielort Grove sowie den Vorstädten Rodenberger Tor und Mühlenstraße überdurchschnittlich oft vertreten. Die Todesursache *Nervenfieber* wurde altersübergreifend verzeichnet. In Hinblick auf die Verbreitung war das Nervenfieber also nicht davon abhängig, dass in einer Population eine hinreichende Zahl an infektiösfähigen Kindern lebte, wie dies etwa bei den Pocken der Fall war. Als infektionssteigernde Faktoren wirken sich Hygienemängel und problematische Wohnverhältnisse aus.¹⁸⁶² Die geringen Anteile der

¹⁸⁶² Vgl. auch KILIAN (1809), S. 404; SCHINZ (1814), S. 22; SCHERER (1845), S. 18; VIRCHOW (1848), S. 141; BANSEN (1872), S. 6; VASOLD (2008), S. 88 f.

Todesursache *Nervenfieber* in Rodenberg und Algesdorf lassen sich mit einer günstigeren Wohnsituation in den beiden Siedlungen erklären. Die räumlichen Verhältnisse in Grove und die beiden Vorstädte wären demgegenüber durch Enge geprägt. In der Stadt Rodenberg befand sich der Sitz der Amtsverwaltung. Die Zentralfunktion des Kirchspiels Grove (Rbg) in Nordschaumburg förderte die Herausbildung einer sehr heterogenen Gewerbestruktur. Daraus ergaben sich Anreize für die Ansiedlung unter anderem von Kleinhandwerkern, die zur Berufsausübung keine größere Werkstatt benötigten. Sie fanden Wohnraum als Einlieger auf den Höfen oder als Mieter in Siedlungen wie Rodenberger Tor. Mit dem Anstieg der Bevölkerungszahlen in Schaumburg wurde der Wohnraum knapp. Dies förderte die Vermehrung von Ektoparasiten wie Läusen und Flöhen sowie Verunreinigungen durch Fäkalien, was der Verbreitung von Rickettiosen (Fleckfieber) und Bakterien der Gattung *Salmonella* (*Typhus abdominalis*) (vgl. Kap. 3.5.2 u. 3.5.3) Vorschub leistete.

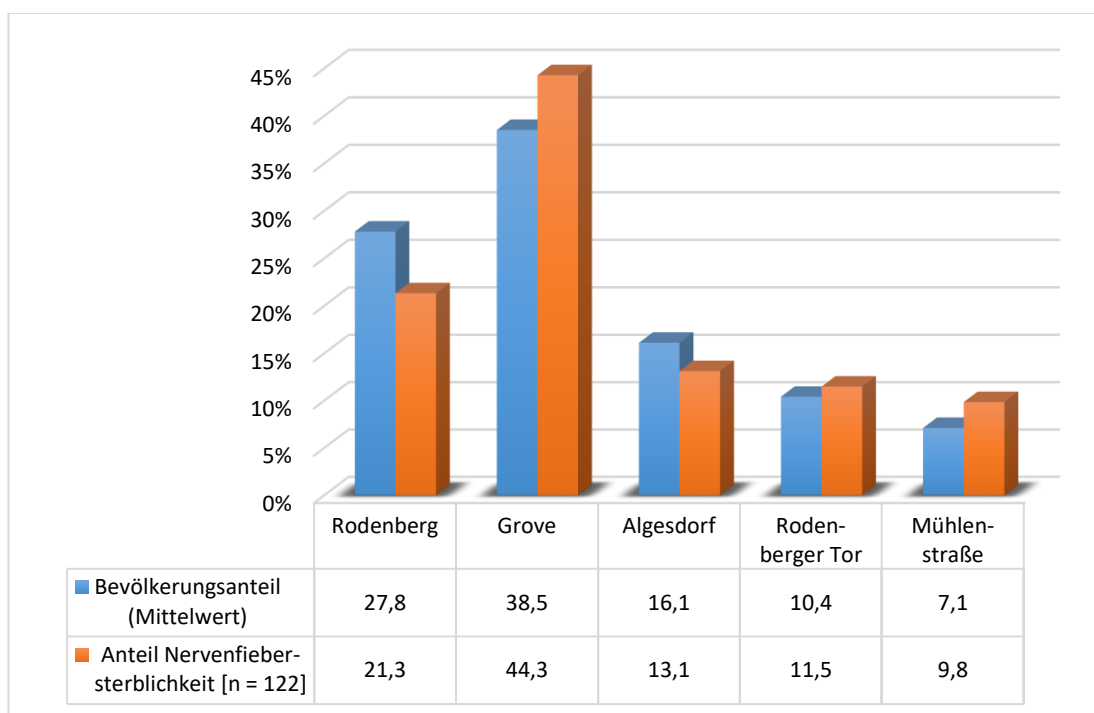


Abb. 109: Nervenfieber – Bevölkerungsanteile und Nervenfiebersterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent

Der topographische Vergleich lässt sich als ein weiteres Indiz für die Annahme werten, dass es sich bei *Nervenfieber* vornehmlich um Todesfälle aufgrund von Fleckfieber oder auch *Typhus abdominalis* handelt. Zwar können auch in Schaumburg gelegent-

lich andere Krankheiten als *Nervenfieber* diagnostiziert worden sein. Doch die Übereinstimmungen der Altersgruppen in Schaumburg sowie die Beschreibungen der Symptomatik in den zeitgenössischen medizinischen Abhandlungen liefern starke Indizien für Fleckfieber bzw. Typhus abdominalis. Trotz der Zweifel insbesondere am Brownianismus hielt man lange an der Unterscheidung zwischen Nervenfieber und Typhus fest. Erst seit der Mitte des 19. Jahrhunderts verschwand das Nervenfieber aus dem Krankheitsspektrum. Posner (1845) begründet dies wie folgt:

„Kommen nun in unserer Zeit die Nervenfieber so selten, die Typhen hingegen so häufig vor, so liegt dies lediglich daran, dass man dem Ausdruck nervös die Bezeichnung typhös vorzuziehen beliebt. Wir müssen uns daran gewöhnen, den Typhus, den man ehemals nur als ein epidemisches Schreckbild betrachtete, in unsern Kreisen heimisch geworden zu sehen und mit dem Nervenfieber zu identificiren. Es besteht auch in der That kein Unterschied zwischen beiden und die mannigfaltigen pathologischen Differenzen, die man annahm, zerfallen bei näherer Untersuchung.“ (S. 81)

Schleimfieber

Die Theorien über das Schleimfieber sollen in ihren Ursprüngen auf die Schriften Galens zurückgehen, der im Fieber eine „Fäulnis des Bluts“ zu erkennen glaubte: „Durch den Ausspruch, dass ausser der in Fäulniss versetzten Galle auch fauliger Schleim Fieber erzeuge, legte er den Grund zum Begriff des Schleimfiebers.“¹⁸⁶³ Die Mediziner des 18. und 19. Jahrhunderts glaubten, dass es als originäre Krankheit auftreten oder durch andere Fieberkrankheiten hervorgerufen wird.¹⁸⁶⁴ Als eigentliche Ursache des Schleimfiebers galt eine Entzündung in den Schleimhäuten der Speiseröhre und des Verdauungstrakts. Die Prognose wurde als durchaus günstig erachtet, solange es nicht zum Nerven- oder Faulfieber „entartet“. Aufgrund der symptomatischen Ähnlichkeit zum Typhus sahen einige Mediziner im Schleimfieber eine geringer „entwickelte“ Form des Typhus bzw. „Abdominaltyphus“.¹⁸⁶⁵ Die Unterscheidung zwischen Typhus und Schleimfieber beruht auf den Ergebnissen von Leichenöffnungen bzw. den Vergleichen von Sektionsberichten. Über Art bzw. Ausprägung war man sich uneins, denn

¹⁸⁶³ SEITZ (1845a), S. 6.

¹⁸⁶⁴ Vgl. HANDBUCH (1844), S. 1194 f.; POSNER (1845), S. 72 f.; HÜBENER (1852), S. 248.

¹⁸⁶⁵ Vgl. CLESS (1837), S. 50 f. u. 113 f.; POSNER (1845), S. 70-72; SEITZ (1845a), S. 14 f. u. 36-57.

die prägnanten Symptome des Schleimfiebers stimmen mit denen des Typhus bzw. Fleckfiebers überein: Unterleibsbeschwerden bis hin zu heftigen Diarrhoen, ein gelegentlich auftretendes Exanthem, hohes Fieber, das „Gefühl von Schwere im Kopfe, dumpfer Schmerz im Vorder- oder Hinterhaupt, Schwindel und Betäubung, zuweilen selbst Verwirrung der Vorstellungen, Stumpfheit der Sinne“.¹⁸⁶⁶

Die Todesursache *Schleimfieber* erscheint in den schauburgischen Kirchenbüchern erst seit 1797. Bis in die 1820er Jahre wurde es nur sporadisch registriert, aber auch danach deutet wenig auf ein epidemisches Auftreten hin. Auffällig ist, dass man es in den 1840er und 1850er Jahren vergleichsweise häufig im Kirchspiel Grove (Rbg) findet. Doch selbst dort gibt es lediglich 3 Jahre mit mehr als einer an *Schleimfieber* verstorbenen Person innerhalb eines kurzen Zeitraums. In fast jedem dritten Fall wurde *Schleimfieber* in Kombination mit *Nerven-*, *Brust-* oder *Wurmfieber* als weiterer Todesursache verzeichnet, darunter einige Male als *Schleimnervenfieber* bzw. *Schleimbrustfieber*. In der Geschlechterrelation stehen nur 46,7 % männliche 53,3 % weiblichen Individuen gegenüber (87,5 : 100; n = 60). Einen ähnlich geringen Anteil Verstorbener männlichen Geschlechts mit 46,7 % weist auch *Wurmfieber* auf (83,7 : 100; n = 79). Die Sexualproportionen senken zumindest die Wahrscheinlichkeit, dass es sich bei diesen Todesursachen um Atemwegserkrankungen, für die eine Übersterblichkeit männlicher Säuglinge charakteristisch ist,¹⁸⁶⁷ handelt.

Eine weitere Parallele ergibt sich aus dem Vergleich der Altersgruppen. Der Anteil an Säuglingen und Kindern ist bei beiden Todesursachen überdurchschnittlich hoch, wengleich der Wert bei *Schleimfieber* mit 55 % noch weit unter dem von *Wurmfieber* mit 77,2 % liegt (**Abb. 110**). Bei der altersspezifischen Sterblichkeit von *Schleimfieber* finden sich Übereinstimmungen mit der Gesamtsterblichkeit in Schaumburg (mittlere Altersgruppen). Im Vergleich der saisonalen Sterblichkeit fallen *Schleimfieber* und *Brustfieber* durch sehr hohe Werte im Frühling auf, während ihre Mortalität in den Herbstmonaten unter dem Durchschnitt liegt (**Abb. 111**). Zu berücksichtigen ist jedoch die geringe Datenbasis von *Schleimfieber* (n = 60).

¹⁸⁶⁶ SEITZ (1845a), S. 26; vgl. auch CLESS (1837), passim.

¹⁸⁶⁷ Vgl. LUY (2002), S. 16 f.

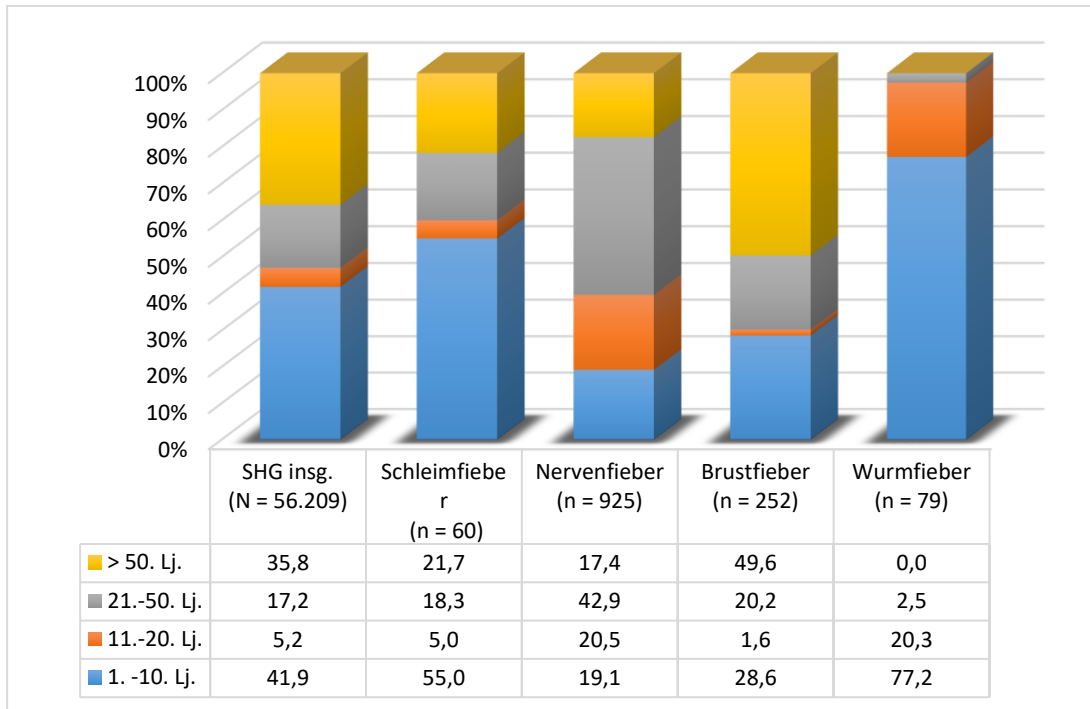


Abb. 110: Schleimfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

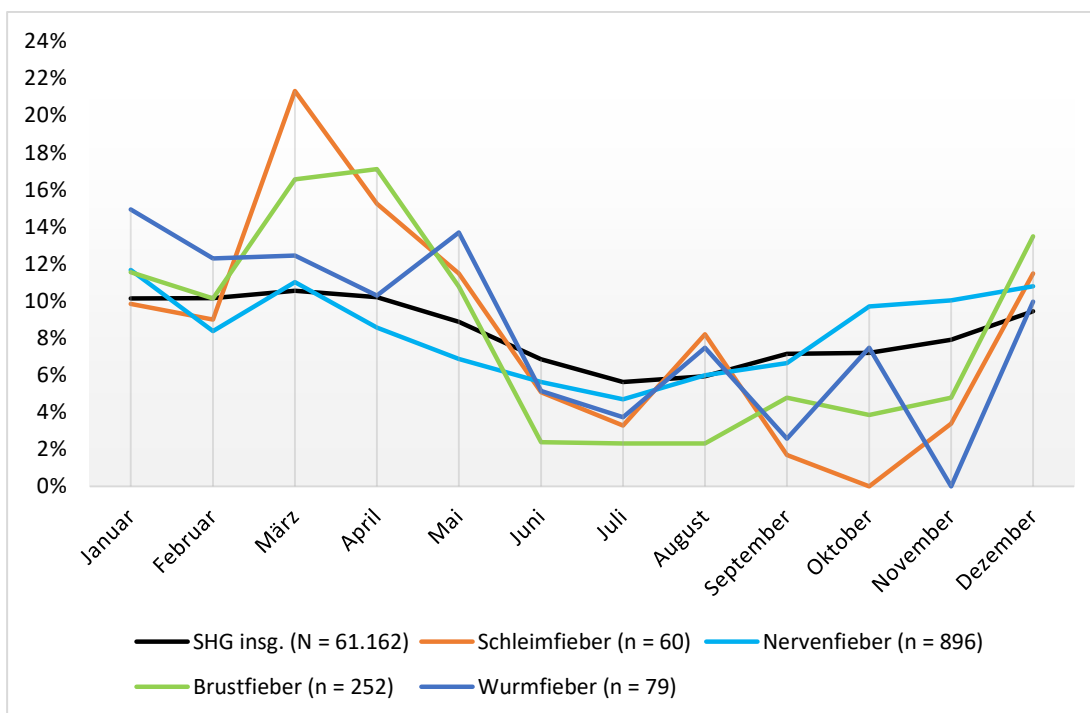


Abb. 111: Schleimfieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die schaumburgischen Sterberegister spiegeln die Einschätzung zeitgenössischer Mediziner, wonach zwischen dem Schleimfieber und Typhus bzw. Fleckfieber eine Ver-

wandtschaft besteht, nicht wider. Damit ist auch eine Übereinstimmung der Todesursache *Schleimfieber* zu *Nervenfieber* auszuschließen. Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit entspricht zwar mit einem Übergewicht auf Seiten der weiblichen Individuen der Todesursache *Nervenfieber*, weicht dafür von *Typhus* ab. Denkbar ist, dass auch bei der Diagnose des Schleimfiebers eine geschlechtsabhängige Präferenz bestand, was den erhöhten Anteil weiblicher Individuen sowohl der Todesursache *Nervenfieber* als auch *Schleimfieber* erklären würde. Das Ergebnis der Analyse der saisonalen Sterblichkeit ist wegen der geringen Datenbasis kaum aussagekräftig. Mehr Relevanz beinhaltet die altersspezifische Analyse. Das prägnanteste Merkmal der Todesursache *Schleimfieber* ist der große Anteil an verstorbenen Säuglingen und Kindern. Gerade diese Altersgruppe ist bei den Todesursachen *Nervenfieber*, *Typhus* und *Fleckfieber* (**Abb. 107**) unterdurchschnittlich vertreten.

Auf der Grundlage der medizinischen Abhandlungen lässt sich das Schleimfieber nicht eindeutig einer bestimmten Krankheit zuordnen. Neben Typhus kommt beispielsweise Skorbut in Frage. Der Ausbruch von Schleimfieberepidemien soll durch Nahrungsmangel begünstigt worden sein.¹⁸⁶⁸ Vulnerabilität sah man eher bei Jugendlichen und Erwachsenen.¹⁸⁶⁹ Besonders anfällig galten „weibliche Individuen mit schlaffem Habitus und sitzender Lebensart“.¹⁸⁷⁰ Während einer Epidemie soll sich das Schleimfieber unter den Frauen – sie waren dabei 5- bis 6-mal häufiger als Männer betroffen – unter anderem durch „Zufälle von Nymphomanie, die sich in Worten und Geberden ausdrückten und bis zur Wuth und Raserei stiegen“, geäußert haben.¹⁸⁷¹ Der Anteil an weiblichen Verstorbenen ist in Schaumburg zumindest erhöht. Doch im Gegensatz zu den zeitgenössischen Berichten äußerte sich *Schleimfieber* im Untersuchungsgebiet beinahe als eine Kinderkrankheit. 55 % der Verstorbenen waren jünger als 6 Jahre.

Das Schleimfieber ist letztlich in den Kreis konstruierter Krankheiten einzuordnen, der Begriff kann verschiedenartige Leiden umfassen. Typhus zählt sicherlich dazu. Ob Schleimfieber aber vorzugsweise Typhus war, ist eher zu bezweifeln. So zählt zu sei-

¹⁸⁶⁸ Vgl. POSNER (1845), S. 73.

¹⁸⁶⁹ Vgl. CLESS (1837), S. 5-7 u. 24; SEITZ (1845a), S. 60.

¹⁸⁷⁰ CLESS (1837), S. 50.

¹⁸⁷¹ EBD., S. 16.

nen häufigeren Symptomen beispielsweise die Bildung von Zungenbelegen von gelblicher bis grauer Farbe; das Schleimfieber in den Berichten ist charakterisiert „durch das weniger einseitige Befallen der Schleimhäute, durch stärkeren Angriff auf den Kopf.“¹⁸⁷² Starke Schleimabsonderungen, eigentlich ein typisches Symptom von Erkältungskrankheiten, brachte man auch in Verbindung mit dem Wurmfieber,¹⁸⁷³ das als Todesursache in den schauburgischen Sterberegistern fast ausnahmslos bei Kindern und Jugendlichen erscheint. Woran die Menschen, die mit der Todesursache *Schleimfieber* registriert worden sind, tatsächlich starben, lässt sich nicht annähernd bestimmen.

Brustfieber

Einige der Todesursachen in den schauburgischen Kirchenbüchern tragen in ihrem Namen den Begriff *Brust* und verweisen damit auf die offenkundig pathologisch betroffenen Organe. Neben dem Herzen dürfte das in diesen Fällen vornehmlich die Lunge gewesen sein. Im Falle von *Brustfieber* scheint die Erkrankung zudem mit einer außergewöhnlichen Erhöhung der Körpertemperatur begleitet worden zu sein, was für eine Infektion des Respirationstrakts spricht. Allerdings ist auch im Fall von *Brustfieber* fraglich, ob den rund 250 Todesfällen in Schaumburg, die darauf zurückgeführt worden sind, stets dieselbe Krankheit zugrunde lag.

In Meyers Konversationslexikon ist das Brustfieber definiert als „der allgemeine Ausdruck für einen fieberhaften Zustand, bei dem die Brust und ihre Organe, Lunge und Brustfell, ergriffen sind. Vgl. Lungenentzündung, Brustfellentzündung.“¹⁸⁷⁴ Diese Definition deckt sich letztlich mit älteren medizinischen Abhandlungen und Beschreibungen von Krankheitsfällen, in denen das Brustfieber zwar erwähnt, nicht aber näher bestimmt wird. Es kommt als begleitendes Symptom für ganz unterschiedliche Atemwegserkrankungen bis hin zur akuten Pneumonie oder fortgeschrittenen Tuberkulose in Betracht.¹⁸⁷⁵ Allerdings gibt es auch einen Bericht, in dem das Brustfieber als eigenständige Krankheit, die im Marschengebiet in der Region um Husum endemisch

¹⁸⁷² CLESS (1837), S. 51.

¹⁸⁷³ Vgl. BERNHARDI (1818), S. 200.

¹⁸⁷⁴ MEYERS KONVERSATIONS=LEXIKON (1874), S. 870; vgl. auch PIERER'S UNIVERSAL-LEXIKON (1857), S. 383.

¹⁸⁷⁵ Hierzu vgl. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE (1819), S. 27 f.

gewesen sein soll, dargestellt wird.¹⁸⁷⁶ Die Symptomatik dieses Brustfiebers ist am Anfang mit Kopfschmerzen, Mattigkeit und Fieber eher unspezifisch. Weitere Symptome sind Erbrechen und gelegentlich Durchfall. Kritisch wurde es, wenn die Körpertemperatur stark anstieg. Nach 4 Tagen sind viele Erkrankte gestorben.

Die ersten schauburgischen Belege finden sich im Kirchspiel Großnenndorf. Zwischen Dezember 1763 und April 1764 wurde dort bei vier Personen *Brustfieber* diagnostiziert. Die zeitliche Nähe der Todesfälle deutet auf eine Infektionskrankheit hin. Dokumentiert ist diese Todesursache dann bis zum Ende des Untersuchungszeitraums, ab den 1830er Jahren werden die Belege jedoch seltener. Bei schauburgischen Säuglingen und Kleinkindern, die an *Brustfieber* starben, wurde dieses gelegentlich mit einem der Synonyme für die Kinderkrämpfe ergänzt. Darüber hinaus sind Kombinationen mit einer anderen Todesursache die Ausnahme. Im 18. Jahrhundert gibt es relativ oft die Erweiterung zum *hitzigem Brustfieber*, im 19. Jahrhundert wurde es nicht selten als *gallicht* bezeichnet. *Hitzig* betrifft vorwiegend erwachsene Personen, *gallicht* ausschließlich. Der Hinweis auf einen *nervösen* Ursprung ist – im Vergleich zu vielen anderen Todesursachen – äußerst selten. Entsprechendes gilt für die Krankheitsdauer. Die wenigen Angaben reichen von 2 Tagen bis 3 Wochen (*Folgen des Brustfiebers*), eine Tendenz ist nicht erkennbar. Die Todesursache *Brustfieber* erscheint sowohl einzeln als auch mit 2–4 zeitlich kurz aufeinanderfolgenden Todesfällen in den Kirchenbüchern, ebenfalls ohne ersichtliche Tendenz. Darüber hinaus gibt es einen klaren Hinweis auf ein epidemisches Auftreten. Denn im Frühjahr 1808 wurde bei 14 Personen im Kirchspiel Großnenndorf *Brust- und Gallenfieber* als Todesursache verzeichnet. In den Jahren 1806 bis 1812 sollen sich „ähnliche Krankheitsformen“ wie das Brustfieber von Süddeutschland bis Dänemark epidemisch verbreitet haben.¹⁸⁷⁷ Ein Zusammenhang mit der Epidemie in Großnenndorf im Jahre 1808 ist durchaus denkbar. Dennoch ist es unwahrscheinlich, dass die (epidemische) Todesursache *Brust- und Gallenfieber* mit der üblicherweise in Schaumburg diagnostizierten Todesursache *Brustfieber* identisch ist. Am *Brust- und Gallenfieber* starben ausschließlich Erwachsene, während der durchschnittliche Anteil allein der Kinder bis zum 10. Lebensjahr mit der Todesursache *Brustfieber* in Schaumburg rund 30 % (siehe oben **Abb. 110**) beträgt.

¹⁸⁷⁶ Vgl. ALLGEMEINES REPERTORIUM (1828), S. 36 f.

¹⁸⁷⁷ Vgl. EBD.

Die Altersstruktur bei *Brustfieber* weist relativ hohe Anteile Verstorbener sowohl in der jüngsten als auch der ältesten Gruppe auf. Damit ähnelt sie der Altersstruktur, wie sie bei weiteren Todesursachen, die den Begriff *Brust* im Namen tragen,¹⁸⁷⁸ festgestellt worden ist. Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit ist mit 50,8 % Männern und 49,2 % Frauen (104 : 100; n = 253) ausgeglichen und entspricht in etwa der von *Brustkrankheit* oder *Brustübel* (vgl. Kap. 3.6.1). Dies gilt auch für den saisonalen Verlauf mit einer ansteigenden Sterblichkeitsrate seit dem Spätherbst (siehe oben **Abb. 111**). Im Frühjahr ist sie sehr hoch, fällt im Sommer aber deutlich unter den schauburgischen Durchschnitt, was *Brustfieber* zu einer Krankheit der kälteren Jahreszeit macht.

Im Bericht über das Brustfieber in der norddeutschen Marschenregion wurden u. a. gastrointestinale Beschwerden erwähnt. Denkbar ist, dass dieses Brustfieber von einer bakteriellen Infektion durch Legionellen hervorgerufen wurde.¹⁸⁷⁹ Legionellen sind Parasiten, die vermehrt in wasserreichen Gebieten vorkommen und die Legionärskrankheit oder das Pontiac-Fieber auslösen können. Allerdings unterscheiden sich die Legionellose sowohl in ihrem Verlauf als auch ihrem Letalitätspotential voneinander. Das Pontiac-Fieber äußert sich durch grippeähnliche Symptome, verheilt aber folgenlos. Tödliche Infektionen sind nicht bekannt. Bei der Legionärskrankheit, die insbesondere von Diarrhoen begleitet werden kann, handelt es sich um eine schwere Form von Pneumonie. Künstliche Gewässer und Leitungssysteme können unter bestimmten Umständen Legionellen gute Lebensbedingungen bieten. Verringert man durch Eingriffe wie Eindeichungen beispielsweise die Fließgeschwindigkeit von Wasser, kann dies zur Vermehrung von Legionellen führen. *Brustfieber* wurde vornehmlich in den nördlichen Kirchspielen Schaumburgs registriert. Die im Vergleich zum Süden geringere Höhe über dem Meeresspiegel machte im Rahmen der Urbarmachung von Acker- und Weideland eine umfangreichere Entwässerung erforderlich, wodurch sich die Lebensbedingungen von Legionellen regional verbessert haben könnten. Weil dieses Bakterium wärmeliebend ist, brechen Legionellose vorwiegend in den Sommermonaten aus. Die Analyse der seasonspezifischen Sterblichkeit von *Brustfieber* hat jedoch gerade für diese Jahreszeit die niedrigste Letalität erbracht. Dass sich hinter der in den schauburgischen Kirchenbüchern registrierten Todesursache *Brustfieber* die Legionellose verbirgt, ist somit unwahrscheinlich.

¹⁸⁷⁸ *Brustseuche, Brustübel, Brustentzündung*; vgl. Kap. 3.6.1.

¹⁸⁷⁹ Vgl. RKI-Ratgeber „Legionellose“ [Stand: 05.09.2019].

Die ungleiche Verteilung von *Brustfieber* in Schaumburg lässt auf persönliche Vorlieben schließen: Im Weserraum ist diese Todesursache vor dem 19. Jahrhundert sehr selten. Einzig in der Stadt Hessisch Oldendorf erscheint *Brustfieber* in den 1770er und 1780er Jahren vergleichsweise oft in den Sterberegistern. Doch nach dem Weggang des zweiten Pastors Franz W. Sander im Jahre 1790 wird *Brustfieber* für 12 Jahre nicht mehr in Hessisch Oldendorf registriert. Nach Amtsantritt Sanders im nordschaumburgischen Grove (Rbg) steigen dann die Belege für die Todesursache *Brustfieber* in den Sterberegistern dieses Kirchspiels signifikant an. Nicht eine Krankheit, sondern ein Name ist gewandert. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass sich hinter *Brustfieber* keine bestimmte Krankheit, sondern eine unspezifische Symptomatik verbirgt. Der namentliche Bezug auf eine Erkrankung der Brustorgane, der saisonale Sterblichkeitsverlauf sowie der hohe Anteil Verstorbener im gehobenen Alter machen es wahrscheinlich, dass die Verstorbenen mit der Todesursache *Brustfieber* zumeist an Influenza oder einer Erkältungskrankheit mit kritischem Verlauf litten.

Faulfieber und Gallenfieber

Die in den zeitgenössischen Darstellungen beschriebenen allgemeinen Symptome von Faulfieber und Gallenfieber überschneiden sich mit denen der meisten anderen Fieberkrankheiten, insbesondere dem Nervenfieber, das auf Fleckfieber sowie Typhus verweist. Leicht entsteht der Eindruck, dass diese Krankheiten trotz unterschiedlicher Bezeichnungen identisch sind. Die mutmaßlichen Ursachen fußen auf Annahmen, die heute nicht mehr haltbar sind. Beim Faulfieber glaubte man beispielsweise an eine „Verderbnis“ des Blutes, die schon durch den Genuss von zuviel Tee und Zucker herbeigeführt werden konnte.¹⁸⁸⁰ Zudem ging man davon aus, dass eine Verwandtschaft zum Typhus besteht: „Wenn man Blut mit Wasserstoffgas sperrt, so entsteht dieselbe Auflösung, wie beim Faulfieber. Daher entsteht Faulfieber hauptsächlich im Typhus, wenn die Decarbonisation des Blutes gehindert ist, z. B. bei nicht gehörigen Luftzuge. Daher können in derselben Epidemie in einem Spital gar keine Faulfieber vorkommen, in einem andern Spital hingegen werden alle faulig. In der Regel gilt das: Typhus ist nicht Faulfieber, aber Faulfieber ist Typhus.“¹⁸⁸¹

¹⁸⁸⁰ Vgl. MILMAN (1795), S. 89.

¹⁸⁸¹ REINHARD (1834), S. 99; vgl. auch WEIKARD (1779), S. 242 f.; HECKER (1809), S. 72 f.; KILIAN (1809), S. 365 u. 398.

In den Beschreibungen der Symptomatik des Faulfiebers findet sich ein Charakteristikum, das eine Unterscheidung vom Typhus ermöglicht: „(...) es haben die Kranken eine schmutzige Haut, besonders im Antlitz, bläuliche Ringe um die Augen, hin und wieder Petechien; das Fleisch ist schlaff, das Zahnfleisch aufgelockert und leicht blutend, der Athem übelriechend, der Urin trüb, dunkel und stark riechend. Der Appetit fehlt meistens schon länger, und die Appetitlosigkeit ist gegen Fleischspeisen bis zum Abscheu gesteigert; dagegen wird ein Verlangen nach säuerlichen Getränken und sauren Obstfrüchten bemerkt.“¹⁸⁸² Auffallend sind Hinweise, dass kurz vor Auftreten des Fiebers ein plötzlicher Leistungsabfall einsetzt, dem ein Zustand der Kraftlosigkeit mit anhaltender Muskelschwäche folgt.¹⁸⁸³ Daher „nannte man das Faulfieber ein asthenisches Muskular- und Arterialfieber, nach einer allgemeinen Eintheilung des Typhus in drei Klassen: Typhus nervosus, muscularis und lymphaticus“.¹⁸⁸⁴ Nach einiger Zeit beobachtete man das Erscheinen von Flecken auf der Haut. Diese führte man darauf zurück, dass „Feuchtigkeiten“, die sich in Gefäßen unter der Haut befanden, aufgrund einer allgemeinen Erschlaffung der Muskeln nicht mehr zurückgehalten werden konnten.¹⁸⁸⁵ Als weitere Ursachen, die das Blut verderben könnten, galten neben der gesundheitsschädigenden Ernährung klimatische Einflüsse und Miasmen. Auch bestand die Vorstellung, das Faulfieber werde durch eine Reihe von „Materien“ erzeugt.¹⁸⁸⁶ Deren Beschaffenheit war zwar nicht bekannt, aber unter bestimmten Voraussetzungen wie unhygienischen Verhältnissen, Hunger oder ungeeigneten Speisen sollen diese Materien ihre Wirkung getan haben. Schon weil von Luftveränderungen stets mehrere Personen betroffen waren, zählte das Faulfieber zu den Krankheiten, die epidemisch oder endemisch auftreten. Doch gingen die Ansichten darüber auseinander, ob dies vorzugsweise oder nur gelegentlich passierte.¹⁸⁸⁷ Zudem wurde es in Verbin-

¹⁸⁸² HANDBUCH (1844), S. 1155; vgl. auch MURSINNA (1787), S. 157 f.; SPRENGEL (1807), S. 98-102; HECKER (1809), S. 64-70; KILIAN (1809), S. 367-369; RICHTER, GEORG AUGUST (1817), S. 220-230; REINHARD (1834), S. 99 f.; POSNER (1845), S. 135; SCHERER (1845), S. 8.

¹⁸⁸³ Vgl. MURSINNA (1787), S. 153; SPRENGEL (1807), S. 98; HECKER (1809), S. 63 f.; KILIAN (1809), S. 367.

¹⁸⁸⁴ HECKER (1809), S. 97.

¹⁸⁸⁵ MILMAN (1795), S. 113 f.; vgl. auch POSNER (1845), S. 135.

¹⁸⁸⁶ Vgl. MILMAN (1795), S. 81-91.

¹⁸⁸⁷ Vgl. EBD. (1795), S. 79 f.; REINHARD (1834), S. 99; POSNER (1845), S. 137.

dung mit anderen Krankheiten wie den Pocken, Masern, Scharlach oder Ruhr diagnostiziert.¹⁸⁸⁸ Im Vergleich zum Typhus erachtete man das Faulfieber als weniger lebensbedrohlich, die Prognose galt dennoch als eher ungünstig.¹⁸⁸⁹ Unbehandelt endete es zumeist letal. Als „wirksame Heilmittel“ galten „Suppen von Reis, Gerste etc. mit Zusatz von Citronensaft oder Essig, frische Gemüse und andere Obstfrüchte, kühle und saure Getränke, insbesondere Limonade etc.“¹⁸⁹⁰

Die Symptomatik des Gallenfiebers scheint sich nicht von der des Faulfiebers zu unterscheiden. Berichtet werden eine Gelbfärbung der Haut, eine allgemeine Schwächung des Körpers sowie insbesondere der unteren Extremitäten, der Widerwille gegen Fleischspeisen und das Verlangen nach säuerlichen Speisen und Getränken.¹⁸⁹¹ Als Therapie wird ebenfalls der Verzehr von reifem Obst und säuerlichen Getränken empfohlen.¹⁸⁹² Doch scheint sich hinter der Diagnose Gallenfieber eine leichtere Verlaufsform des Faulfiebers zu verbergen. Zudem erachtete man es als weniger gefährlich als das Nervenfieber.¹⁸⁹³ Als bedrohlich galt es, wenn es „nervös“ wurde oder „in wirkliches Faul-Fieber mit Zeichen von Dissolution sanguinis“ überging.¹⁸⁹⁴

Die Todesursachen *Faulfieber* und *Gallenfieber* erscheinen seit den 1760er Jahren in den schauburgischen Kirchenbüchern, also bereits zu Beginn der allgemeinen Registrierung von Todesursachen. Im Kirchspiel Grove (Rbg), wo bereits seit 1665 Todesursachen dokumentiert wurden, datiert der früheste Eintrag in das Jahr 1781. Damit dürften die beiden Fieberkrankheiten zum Zeitpunkt ihres erstmaligen Erscheinens noch nicht lange Einzug in das Spektrum der schauburgischen Todesursachen gehalten haben. Zunächst finden sich sowohl *Faulfieber* als auch *Gallenfieber* vermehrt im Weserraum. Dabei verdichten sie sich in einzelnen Kirchspielen innerhalb jeweils kurzer Zeiträume. So scheint *hitziges Gallenfieber*, an dem zwischen Februar 1772 und August 1772 im Kirchspiel Fischbeck mehr als 20 Personen starben, epidemisch aufgetreten zu sein. Zwischen Juli 1778 bis Februar 1779 wurde in diesem Kirchspiel

¹⁸⁸⁸ Vgl. HECKER (1809), S. 76 f.

¹⁸⁸⁹ Vgl. REINHARD (1834), S. 101; POSNER (1845), S. 137.

¹⁸⁹⁰ HANDBUCH (1844), S. 1157; vgl. auch MILMAN (1795), S. 135 f.; SPRENGEL (1807), S. 99.

¹⁸⁹¹ Vgl. RINCK (1833), S. 8; REINHARD (1834), S. 419-421; POSNER (1845), S. 65; HÜBENER (1852), S. 250 f.

¹⁸⁹² Vgl. FISCHER, ANTON FRIEDRICH (1831b), S. 136; REINHARD (1834), S. 422.

¹⁸⁹³ Vgl. HANDBUCH (1844), S. 1181; hierzu auch FISCHER, ANTON FRIEDRICH (1831b), S. 136; POSNER (1845), S. 66; HÜBENER (1852), S. 253.

¹⁸⁹⁴ REINHARD (1834), S. 424.

mehrmals *Faulfieber* bzw. *hitzige Faulkrankheit* verzeichnet. Registriert wurde die Todesursache darüber hinaus stets mit größeren zeitlichen Abständen in unterschiedlichen Kirchspielen. Ob sich *Faulfieber* und *Gallenfieber* in Schaumburg epidemisch oder endemisch geäußert haben, lässt sich auf der Grundlage der Sterberegister nicht nachvollziehen, da die Zahl der erkrankten, aber genesenen Personen nicht erfasst wurde. Mehrere Sterbefälle in kurzer Abfolge innerhalb eines Kirchspiels – bei *Blattern* oder *Ruhr* die Regel – sind bei *Faulfieber* und *Gallenfieber* seit dem 19. Jahrhundert die Ausnahme. Nur gelegentlich finden sich kurz aufeinanderfolgend zwei oder drei entsprechende Todesfälle in demselben Kirchspiel, zumeist sind die zeitlichen Abstände jedoch so groß, dass eine ursächliche Verbindung unwahrscheinlich ist. Die Krankheitsdauer wurde nur selten dokumentiert. Sowohl bei *Faulfieber* als auch *Gallenfieber* schwanken die Eintragungen der Zeiten sehr stark und reichen von 3 Tagen bis zu 8 Wochen, zumeist aber 2–4 Wochen.¹⁸⁹⁵

Die Ergebnisse der Datenauswertung stützen die zeitgenössische Vorstellung einer engen Verwandtschaft zwischen *Faulfieber* und *Gallenfieber*. Die geschlechtsspezifische Untersuchung hat für *Faulfieber* ein Verhältnis von 47,3 % männlichen zu 52,7 % weiblichen Individuen ergeben (89,9 : 100; n = 131). An *Gallenfieber* starben 47,4 % männliche und 52,6 % weibliche Individuen (91,6 : 100; n = 274). Auch die Verteilung der Altersgruppen weist deutliche Übereinstimmungen auf (**Abb. 112**). Die Anteile der Kinder und Jugendlichen unter den Verstorbenen sind sehr gering und betragen zusammen nur rund ein Zehntel, während die Anteile der beiden Erwachsenen- gruppen jeweils rund 4-mal so hoch liegen. Der Vergleich der saisonalen Sterblichkeit weist ebenfalls ähnliche Tendenzen auf, die deutlicher werden, wenn man sie mit dem Durchschnittswert für Schaumburg vergleicht (**Abb. 113**). Zwischen Mai und August ist die Mortalität bei *Faulfieber* und *Gallenfieber* fast immer unterdurchschnittlich, doch im Spätherbst liegt sie über dem Durchschnitt.¹⁸⁹⁶ Allerdings fällt der Peak von *Faulfieber* in den Februar, der von *Gallenfieber* in den April.

¹⁸⁹⁵ Vgl. hierzu RICHTER, GEORG AUGUST (1817), S. 231.

¹⁸⁹⁶ Vgl. auch MILLAR (1769), S. 10; MURSINNA (1787), S. 148; EHRHART (1812), S. 309.

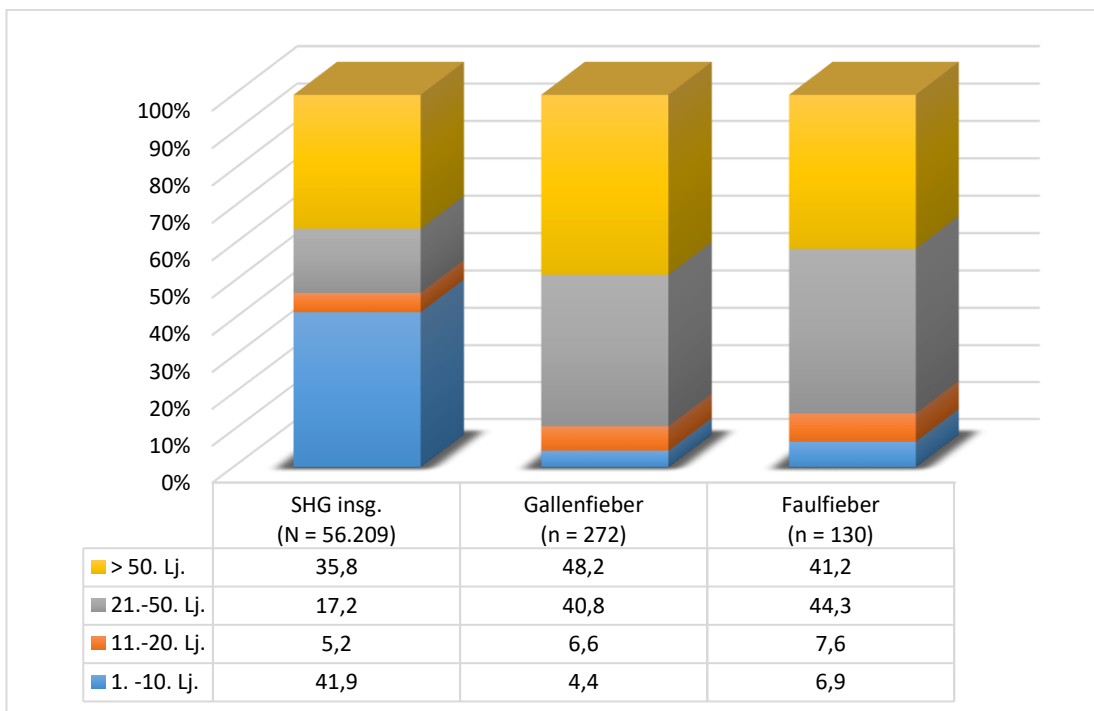


Abb. 112: Faul- und Gallenfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

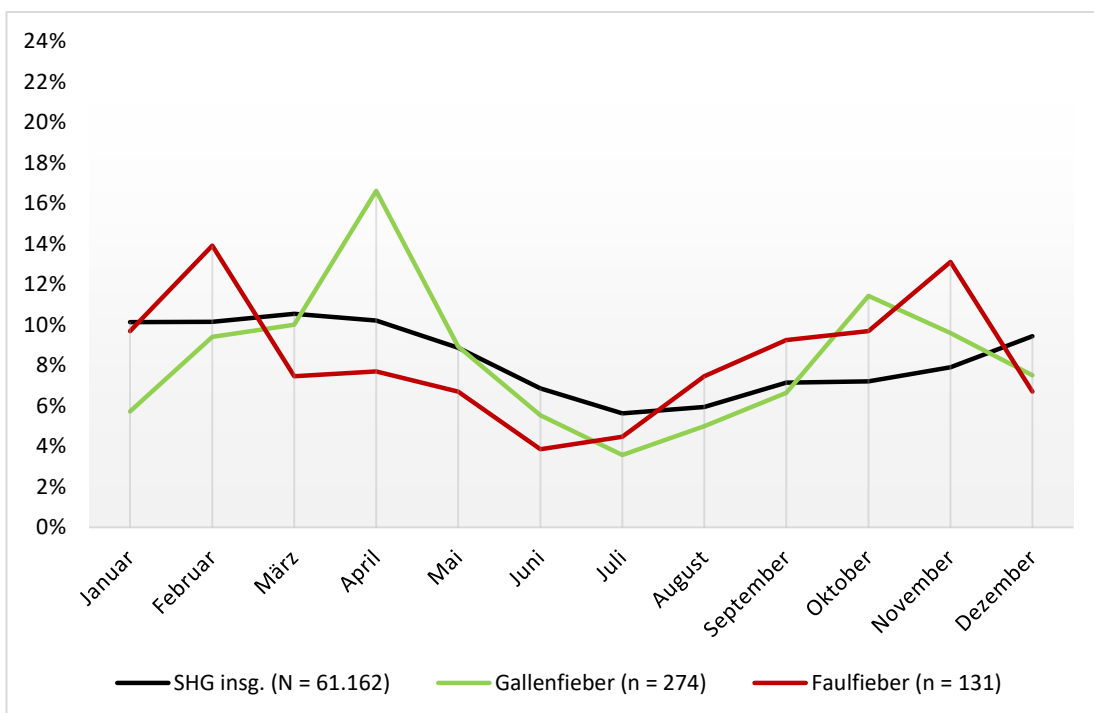


Abb. 113: Faul- und Gallenfieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Dieser Aspekt ist gerade in Hinblick auf Faulfieber und Gallenfieber von Bedeutung. In den zeitgenössischen Beschreibungen werden immer wieder Antriebslosigkeit, Schwäche, Fieber, Gelbfärbung der Haut, Gingivitis sowie Petechien und ähnliche

Hauteinblutungen aufgeführt. Diese Symptome sind typisch für den Skorbut, der durch einen Mangel an Ascorbinsäure bzw. Vitamin C verursacht wird. Ein weiteres Symptom, das auf Vitamin-C-Mangel hindeutet, ist ein plötzlicher Leistungsabfall, der ja auch den Ausbruch des Faulfiebers angekündigt haben soll. Vitamin-C-Mangel im Herbst, also gerade zur Erntezeit, mag zunächst überraschen. Doch wird es plausibel, wenn man sich die Ernährungsgewohnheiten in der Vergangenheit vergegenwärtigt. Man aß in erster Linie, um satt zu werden. Wer es sich leisten konnte, ließ sich von individuellen Vorlieben leiten. Die Frage nach Ausgewogenheit stellte sich den meisten Menschen nicht. Ein Beispiel hierfür finden wir in „Anton Reiser“, Karl Philipp Moritz autobiographisch geprägtem Roman. Nachdem ihm nur noch ein einziger wöchentlicher Freitisch geblieben war, bildete „die harte Kruste von dem Teig (...), worin das Haar zu den Perücken gebacken wurde“, wohl ein Vierteljahr lang Antons vornehmliche Nahrung.¹⁸⁹⁷ Später litt er unter plötzlichem Haarausfall. Da es sich nur um eine vorübergehende Erscheinung handelte und die Haare wieder nachwuchsen,¹⁸⁹⁸ ist durchaus ein Nährstoffmangel zu vermuten. Darüber hinaus gab es sowohl regional als auch sozial geprägte Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten, was sich letztlich auch auf die Empfänglichkeit für den Skorbut ausgewirkt zu haben scheint: „Auf dem festen Lande befällt er viel häufiger, die ein sitzendes Leben, als die eine thätige Lebensart, führen. Wo der Skorbut endemisch ist, da leidet der sitzende Handwerker, während der arbeitsame Landmann frei bleibt.“¹⁸⁹⁹

Im Kirchspiel Grove (Rbg) findet diese Aussage eine Bestätigung. Die Todesursache *Faulfieber* wurde 4-mal häufiger in der Stadt Rodenberg und der Vorstadt Rodenberger Tor diagnostiziert als in den Dörfern Grove und Algesdorf sowie der agrarisch ausgerichteten Vorstadt Mühlenstraße. Auch in Ackerbürgerstädten wie Rodenberg hat sich der Anteil an Haushalten ohne jeglichen Landbesitz im Zuge des Bevölkerungswachstums erhöht. Dagegen verfügten in den Dörfern selbst die Angehörigen der unterbäuerlichen Schichten in der Regel über einen Garten, in dem Gemüse und vielleicht auch Obst geerntet werden konnte.¹⁹⁰⁰ Vitamin-C-Mangel war insofern ein vor-

¹⁸⁹⁷ MORITZ (1979), Kap. 40; vgl. auch EBD., Kap. 47.

¹⁸⁹⁸ Vgl. EBD., Kap. 89 u. 91.

¹⁸⁹⁹ MILMAN (1795), S. 5; vgl. auch EBD., S. 5-11; SPRENGEL (1807), S. 109 f.

¹⁹⁰⁰ Allerdings bildete der Verkauf von Gartenprodukten für viele Haushalte eine wichtige Einnahmequelle; vgl. Kap. 2.1.4.

nehmlich städtisches Problem. Wer seine Lebensmittel vollständig auf dem Markt erwerben musste, kaufte eher billige und sättigende Produkte wie Getreidemehl und tierische Fette. Gepökelte Speisen galten als Ursache für das Faulfieber, weil man glaubte, dass durch den Verzehr zu viel Salz ins Blut gelange.¹⁹⁰¹ Klimatisch bedingte Ernteauffälle wirkten sich verschärfend aus. So bestätigt Mursinna (1787):

„Auch sehe ich die vorjährige nasse Witterung als eine allgemeine Ursache zur größern Kränklichkeit, und besonders des Faulfiebers, unter den gemeinen Leuten an. Der täglich und so lange anhaltende Regen verdarb hier mehrentheils das Korn und viele Gartenfrüchte, besonders die so beliebten und der Armut unentbehrlichen Kartoffeln. (...) Der Reiche und Bemittelte wählt sich nun noch wohl besser gerathenes Korn und Gemüse; aber der Arme, und hiezu kann man füglich den Soldaten rechnen, muß mit dem, was er hat, vorlieb nehmen“. (S. 165 f.)¹⁹⁰²

Dass man zwar *Faulfieber* und *Gallenfieber*, nicht jedoch den Skorbut als Todesursachen in den schauburgischen Sterberegistern findet, kann verschiedene Gründe haben. Skorbut wurde und wird in erster Linie mit der Seefahrt assoziiert. Zumindest die Marineärzte waren mit den Symptomen dieser Krankheit, die auch im 19. Jahrhundert auftrat, gut vertraut.¹⁹⁰³ Da Seeleute isoliert über mehrere Wochen oder gar Monate auf engstem Raum unter ähnlichen Bedingungen lebten, ging man in diesen Fällen davon aus, dass ihre Erkrankung eine gemeinsame Ursache hat. Auch die Ärzte aus Ländern ohne ausgeprägte maritime Tradition kannten den Skorbut der Seefahrer aus den medizinischen Lehrbüchern;¹⁹⁰⁴ möglicherweise erkannten sie nicht die Parallele zum durchaus verbreiteten „Scharbock“.¹⁹⁰⁵ Darüber hinaus galt Skorbut als epidemische Krankheit, die auf dem Land überwiegend in militärischen Einrichtungen wie

¹⁹⁰¹ Vgl. MURSINNA (1787), S. 203.

¹⁹⁰² Missratene Kartoffelernten riefen ebenfalls Skorbut unter der Landbevölkerung hervor; vgl. KOZIAN (1999), S. 115. Auch „Trunkenbolde“ – Alkoholismus gilt als Risikofaktor für Skorbut – sollen oft am Gallenfieber gelitten haben; vgl. HÜBENER (1852), S. 253.

¹⁹⁰³ Vgl. VOLBEHR (1979), S. 41-43.

¹⁹⁰⁴ Ein Überblick über die medizinische Auseinandersetzung mit dem Skorbut im deutschen Sprachraum im 17. und 18. Jahrhundert bei MAYER (2012). Zur Geschichte des Skorbuts vgl. MACNEILL (1978), S. 301-303; KOZIAN (1999).

¹⁹⁰⁵ Die Symptomatik war auch im deutschsprachigen Raum bekannt; vgl. NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 1756, S. 681-690, 1129-1140 u. 1653-1656; NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 1758, S. 529-544; HANNOVERISCHE BEYTRÄGE 1760, S. 1273-1286.

Kasernen auftrat. Ein weiteres Hindernis bildete das Theoriegebäude, das zur Erklärung der Fieberkrankheiten errichtet wurde und eine klare Unterscheidung zwischen Faulfieber und Skorbut erforderte. Hecker (1809) führt hierzu aus:

„(...); wenn sie also überhaupt den Gang einer akuten Krankheit nahmen: so nannte man denn das Ganze ein fauliges, oder ein Faulfieber, das, wie wir nachher sehen werden, seine sehr verschiedenen Grade, Formen und Zusammensetzungen haben konnte. Waren aber jene Erscheinungen ohne Gefäßfieber (...); kurz, gerieth der Körper in den Zustand einer chronischen Cachexie: so hieß das Uebel eine scorbutische Krankheit, in seinen vollkommen ausgebildeten Graden, ein wahrer Scorbut, den man von jeher hauptsächlich durch seine Entstehung unter bestimmten schädlichen Einflüssen, und durch die Abwesenheit eines schnell verlaufenden Gefäßfiebers, von dem Faulfieber unterschied, mit welchem er übrigens in allen übrigen Puncten völlig überein kam.“ (S. 71 f.)¹⁹⁰⁶

Ernährungsbedingte körperliche Funktionsbeeinträchtigungen u. a. aufgrund von Skorbut waren in der Frühen Neuzeit sicherlich verbreiteter als in der Gegenwart. Problematisch war indes nicht Hunger im eigentlichen Sinn des Wortes, sondern Mangel- und Fehlernährung. Nasenbluten, das die moderne Zeit als Begleiter von Eisenmangel kennt, wird in den Berichten über Fieberkrankheiten gelegentlich als Symptom genannt. In welchem Ausmaß sich namentlich der Skorbut auf die Mortalität in Schaumburg ausgewirkt hat, lässt sich auf der Grundlage der Sterberegister nicht nachvollziehen. Das bisweilen epidemisch anmutende Auftreten der Todesursachen *Faulfieber* und *Gallenfieber* im 18. Jahrhundert sowie Kombinationen mit *hitzig* oder *Brustfieber*¹⁹⁰⁷ deuten an, dass viele Verstorbene zusätzlich an einer Infektionskrankheit gelitten haben, die letztlich zum Tode führte. Die skorbutischen Symptome scheinen bereits vor Ausbruch der Infektion bemerkt worden zu sein oder wurden zumindest nicht durch die weitere Symptomatik überlagert. Andernfalls wäre die Erkrankung nicht mit Faulfieber oder Gallenfieber assoziiert worden.

¹⁹⁰⁶ Vgl. auch POSNER (1845), S. 136.

¹⁹⁰⁷ Im Frühjahr 1808 sind im Sterberegister des Kirchspiels Großnenndorf diese beiden Krankheiten oft zusammen aufgeführt.

Dass Skorbut in den Kontext der Fieberkrankheiten gerutscht ist, ist auf die Ähnlichkeit der durch den Vitamin-C-Mangel bedingten Symptome mit denen des Typhus bzw. Nervenfiebers zurückzuführen. Skorbut ist nicht nur unter Extrembedingungen aufgetreten, sondern konnte sich als ganz normale Alltagskrankheit äußern. Einen letalen Ausgang nahm er selten. Der Anteil der Sterbefälle, die sich aufgrund der Todesursache *Faulfieber* oder *Gallenfieber* unmittelbar mit dem Skorbut in Verbindung bringen lassen, ist in Schaumburg relativ gering. Trat er akut auf, ließ er sich leicht durch die Gabe ascorbinsäurehaltiger Nahrungsmittel therapieren.¹⁹⁰⁸ Nicht belegen lassen sich Todesfälle, in denen eine ernährungsbedingte Immunschwäche eine Infektion oder daraus resultierende Komplikationen begünstigt hat.

Wurmfieber

Das Wurmfieber wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts wie folgt definiert: „Wenn nach vorhergegangenen unzweideutigen Kennzeichen der Würmer in den Gedärmen ein asthenisches Fieber ausbricht, während dessen die Merkmale der Würmer die Hauptrolle zu spielen fortfahren: so heißt die Krankheit Wurmfieber.“¹⁹⁰⁹ Das Auftreten einer Fieberkrankheit wurde also ursächlich auf den Befall durch Darmparasiten zurückgeführt. Würmer hatte man speziell im 18. Jahrhundert ohnehin als Verursacher von Krankheiten in Verdacht,¹⁹¹⁰ was nicht zuletzt auf deren große Verbreitung in der vorindustriellen Gesellschaft zurückzuführen ist. In den modernen Industrieländern ist der Befall durch Darmparasiten beim Menschen vergleichsweise selten. Der Wandel der Arbeitswelt hat dazu geführt, dass immer weniger Menschen Kontakt zu Nutztieren haben. Überdies haben sich die hygienischen Verhältnisse verbessert. Das Risiko, Eier von Darmparasiten aufzunehmen, ist in der Gegenwart gering. Nach wie vor gefährdet sind Kleinkinder, weil sie zumeist auf dem Boden spielen und dazu neigen, Gegenstände in den Mund zu nehmen. In der Fachliteratur des 18. und 19. Jahrhunderts zu Wurmerkrankungen wird der Spulwurm (*Ascaris lumbricoides*) hervorgehoben.¹⁹¹¹ Dessen Eier durchlaufen nach der Befruchtung einen mehrwöchigen Reifungsprozess, idealerweise im feuchten Erdreich. Nach der Aufnahme durch den menschlichen Wirt, beispielsweise über ungereinigtes Gemüse, schlüpfen die Larven im Dünndarm. Ein

¹⁹⁰⁸ Vgl. auch NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1756, S. 1135.

¹⁹⁰⁹ SPRENGEL (1807), S. 133.

¹⁹¹⁰ Vgl. OEHME (1986), S. 47 f.

¹⁹¹¹ Vgl. HARNACK (1980), S. 287 f.; KOLETZKO (2007), S. 433 f.

massiver Befall kann zu Gewichtsverlusten und Darmproblemen bis hin zum Obstruktionsileus führen. Dies gilt auch für den ebenfalls weitverbreiteten Madenwurm (*Oxyuris Enterobius vermicularis*). Im Gegensatz zum Spulwurm ruft der Madenwurm jedoch keine Organkomplikationen hervor, weil er nicht in den Blutkreislauf eindringt.

In der Vergangenheit waren Darmparasiten bei Menschen nicht ungewöhnlich. Lediglich die Menge der Würmer, die über After, Mund oder Nase bisweilen ausgeschieden wurde, konnte für Erstaunen sorgen. Mit den symptomatischen Äußerungen, wie sie insbesondere den Verdauungsapparat betrafen, waren die behandelnden Personen vertraut. Im Befall von Spulwürmern sah man nicht nur „einen nachtheiligen, sondern oft sogar einen wohlthätigen Reiz auf die Gedärme“. ¹⁹¹² Weil man die Darmnerven mit den meisten anderen Nerven des Körpers verbunden sah, glaubte man, dass entsprechende Störungen in vielfältiger Form zutage treten könnten. Als spezifische Symptome, die speziell dem Ausbruch des Wurmfiebers vorausgingen, galten starke Kopfschmerzen, eine belegte Zunge, Schleimabsonderungen, Krämpfe und Erbrechen sowie die Ausscheidung einer größeren Anzahl an Würmern. ¹⁹¹³ In der Folge stellte sich das Fieber ein. Damit eine von Würmern ausgelöste Entzündung „asthenisch“ werden, sich also in der zeitgenössischen Vorstellung zu einer Krankheit im Sinne eines (nervösen) Fiebers ausbilden kann, bedarf es verschiedener Voraussetzungen. ¹⁹¹⁴ Dazu zählt zunächst ein geschwächter Körper, in dem sich die Parasiten leicht ausbreiten können. Die Würmer selbst sah man aufgrund ihrer Stoffwechselprodukte oder – nach ihrem Tod – infolge der Verwesung als krankheitserregend an. Analog zur Miasmenlehre spielte in der zeitgenössischen Vorstellung das Klima bei der Entstehung des Wurmfiebers ebenfalls eine Rolle. Als begünstigend galt ein feuchtes Klima, wie es in sumpfigen Gegenden herrscht. Und schließlich wurden auch Ernährungsfehler zur Erklärung der Entstehung des Wurmfiebers herangezogen: „Sporadisch kommen sie bey Kindern vor, die überfüttert worden, die besonders zu viel harte Mehlspeisen, Brod und Hülsenfrüchte gegessen und dadurch Erschlaffung und Verschleimung der ersten Wege sich zugezogen haben.“ ¹⁹¹⁵

¹⁹¹² SPRENGEL (1807), S. 135.

¹⁹¹³ Vgl. HERRENSCHWAND (1788), S. 94; PLENK (1807), S. 112; SPRENGEL (1807), S. 133 f.; RAUDNITZ (1842), S. 53-57.

¹⁹¹⁴ Vgl. SPRENGEL (1807), S. 135 f.; BERNHARDI (1818), S. 200-204.

¹⁹¹⁵ SPRENGEL (1807), S. 136.

Wurmfieber ist in schauburgischen Kirchenbüchern bereits im Jahre 1763 und damit gleich zu Beginn der regelmäßigen Aufzeichnungen der Todesursachen dokumentiert. Die meisten Belege fallen in das 18. Jahrhundert, nach dem ersten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts wird diese Todesursache seltener. Letztmals erscheint *Wurmfieber* im Jahr 1840. In epidemischer Verdichtung tritt es nicht auf, die Abstände zwischen zwei Fällen innerhalb der einzelnen Kirchenspiele sind fast ausnahmslos zu groß, als dass hier eine Verbindung zu vermuten wäre. Einige Male wurde *Wurmfieber* um *nervös* oder *auszehrend* erweitert sowie zusammen mit *Schleimfieber* oder *Nervenfieber* registriert. Die Krankheitsdauer ist nur in ganz wenigen Fällen angegeben und reicht von 6 Tagen bis zu 4 Wochen. Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt ein deutliches Übergewicht auf Seiten der weiblichen Individuen mit 54,4 % (83,7 : 100; n = 79). Darin stimmt die Todesursache *Wurmfieber* mit *Nervenfieber* und *Schleimfieber* überein. Die Beurteilung der saisonalen Sterblichkeit ist wegen der geringen Datenbasis schwieriger. Besonders in der zweiten Jahreshälfte ist der Kurvenverlauf durch Sprünge geprägt (siehe oben **Abb. 111**). Aus dem unruhigen Verlauf ergeben sich sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen zu *Nervenfieber* und *Schleimfieber* sowie zur Gesamtsterblichkeit in Schaumburg.

Die Altersverteilung ergibt einen klaren Befund: Dreiviertel der Verstorbenen erreichten nicht den 10. Geburtstag (siehe oben **Abb. 110**). Nimmt man noch die zweitjüngste Altersgruppe hinzu, wurde die Todesursache *Wurmfieber* zu fast 100 % bei verstorbenen Kindern und Jugendlichen registriert. Bei *Schleimfieber* machen diese beiden Gruppen 60 %, bei *Nervenfieber* nur 40 % aus. In einem weiteren Schritt wurde die Verteilung der Altersgruppen in den ersten 3 Lebensjahrzehnten aufgeschlüsselt. Zum Vergleich wurden zusätzlich die Werte für die Todesursachen *Schleimfieber* und *Nervenfieber* sowie der Gesamtsterblichkeit in Schaumburg ermittelt (**Abb. 114**): *Wurmfieber* wurde fast ausnahmslos bei Kindern registriert. Darin unterscheidet es sich eindeutig von *Nervenfieber*. Zu *Schleimfieber* besteht nur eine Übereinstimmung in der erhöhten Sterblichkeit während der frühen Kindheitsphase.

Die Verteilung der Altersgruppen ist typisch für Krankheiten, die in irgendeiner Form mit Wurmbefall in Verbindung stehen. So führen die schauburgischen Kirchenbücher neben *Wurmfieber* noch ein Dutzend Todesfälle auf, die ebenfalls auf Würmer zurückgegangen sein sollen. Davon starben 21 Personen im Alter vom 2. bis zum 13.

Lebensjahr, nur 3 waren älter. Als Ergebnis der Datenanalyse bleibt festzuhalten, dass man auch in der Grafschaft Schaumburg das Wurmieber aufgrund bestimmter Eigenschaften von anderen Krankheiten bzw. Todesursachen unterschied. Eine pauschale Gleichsetzung insbesondere von *Wurmieber* und *Schleimieber* erfolgte nicht.

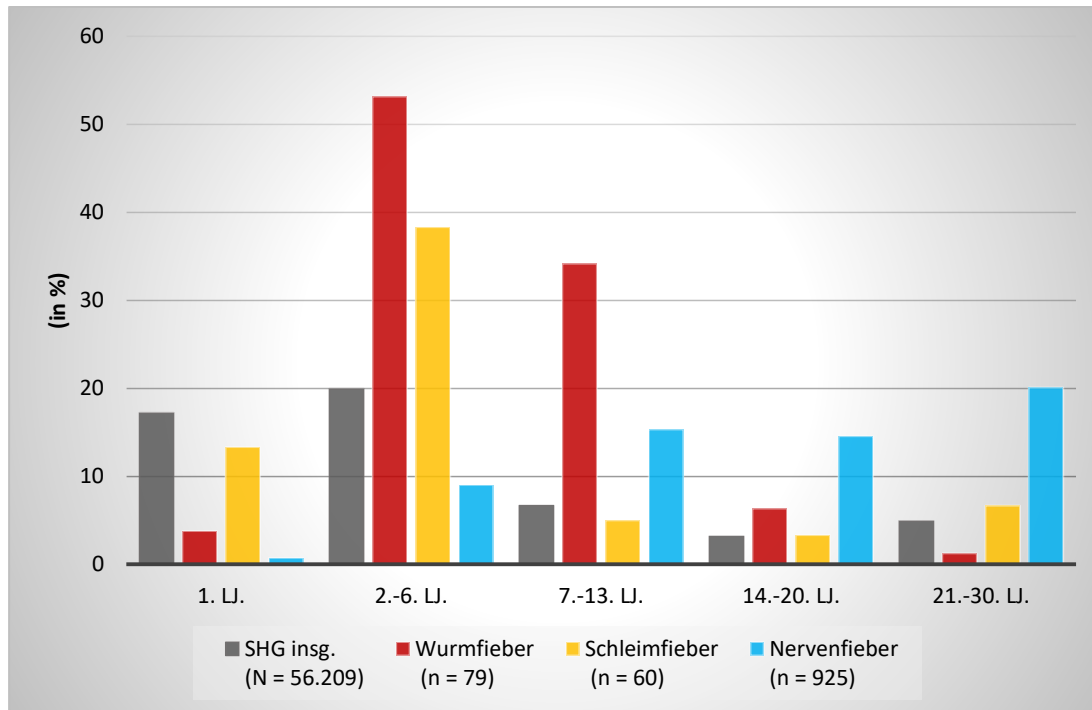


Abb. 114: Wurmieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Wurmieber ist eine weitere jener Todesursachen, die keine Funktionsstörung im Sinne eines eigenständigen Krankheitsbildes darstellen. Die Zuordnung zu einer bestimmten Krankheit schließt sich damit aus. Singulär können Darmparasiten körperliche Beeinträchtigungen mit letalem Ausgang hervorgerufen haben. Zumeist aber haben die Betroffenen an einer anderen Krankheit mit symptomatisch hohem Fieber gelitten, die schließlich zum Tode führte. Da die Todesursache *Wurmieber* in Schaumburg nur vereinzelt erscheint, wurde sie offensichtlich nicht mit epidemischen Krankheiten mit hohem Letalitätspotential in Verbindung gebracht. Dennoch wurde unter den zeitgenössischen Medizinern die Frage diskutiert, ob sich das Wurmieber epidemisch äußert.¹⁹¹⁶ Einigkeit wurde zwar nicht erzielt; doch die Diskussion verweist darauf, dass zumindest für Teile der frühneuzeitlichen Bevölkerung eine starke Verbreitung von

¹⁹¹⁶ Vgl. SPRENGEL (1807), S. 134.

Darmparasiten anzunehmen ist. Beobachtet wurde, dass die Menschen in ländlich geprägten Regionen stärker von Parasiten geplagt wurden als in [Groß]städten.¹⁹¹⁷ Die Ausscheidungen der Infizierten dürften dort im Falle des Ausbruchs einer epidemischen Krankheit gegebenenfalls mit gastrointestinalen Beeinträchtigungen häufiger mit Würmern durchsetzt gewesen sein. Die Analyse der schauburgischen Sterberegister belegt, dass zumeist Kinder davon betroffen waren.

Das Wurmieber fußt auf frühneuzeitlichen medizinischen Vorstellungen. Es ist letztlich eine konstruierte Krankheit. Dies wurde bereits früh erkannt: „Ich habe viele solcher Wurmieber gesehen und zu behandeln gehabt; ich habe sie aber für nichts anders erkennen können, als für Nervenieber (Typhi) mit Wurmcomplication (...). Diese Auswanderung deutete, nach meiner Ansicht, höchstens auf eine ungewöhnliche Menge von Würmern im Darmcanale (...). Die Fieber selbst konnten freylich wohl von einer zu großen Menge Würmer verursacht werden, wahrscheinlicher war es aber, dass sie von andern epidemisch einwirkenden schädlichen Potenzen erzeugt wurden, da zugleich auch Nervenieber ohne Würmer herrschten.“¹⁹¹⁸ Die schauburgischen Sterberegister spiegeln diese im Jahr 1804 veröffentlichte skeptische Beurteilung des Wurmiefbers als einer eigenständigen Krankheit wider. Denn im 19. Jahrhundert werden die Eintragungen seltener, in den letzten 30 Jahren des Untersuchungszeitraums ist die Todesursache *Wurmieber* nicht mehr belegt.

Gelbfieber und Malaria

Im Kirchspiel Grove (Rbg) sind zwischen 1792 und 1808 vier Personen mit der Todesursache *gelb(icht)es Fieber*¹⁹¹⁹ registriert. Dass es sich hier um die Tropenkrankheit Gelbfieber handelt, ist nicht gänzlich ausgeschlossen. Denn infolge des zunehmenden Schiffsverkehrs in der Frühen Neuzeit wurde diese durch Mücken verbreitete Krankheit aus den Ursprungsgebieten in gemäßigte Klimazonen exportiert.¹⁹²⁰ Theoretisch kann es daher auch Fälle von Gelbfieber in Schaumburg gegeben haben. Zudem war unter den Verstorbenen ein 23-jähriger Schuhmachergeselle, der sich auf seiner Wan-

¹⁹¹⁷ Vgl. CAZIN (1851), S. 54.

¹⁹¹⁸ JAHN, FRIEDRICH (1804), S. 465 f.

¹⁹¹⁹ Drei Männer im Alter von 46, 41 und 23 Jahren sowie ein 2,5 Jahre alter Junge. Beim 41-jährigen Mann ist die Todesursache *gelbichtes Fieber* mit *Faulfieber*, beim Kind mit *Wurmieber* kombiniert.

¹⁹²⁰ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 45-53.

derzeit infiziert haben könnte. Allerdings tritt der Tod im Fall einer Gelbfiebererkrankung mit letalem Ausgang zumeist schon im Verlauf der 2. Krankheitswoche ein.¹⁹²¹ Da der Schuhmachergeselle aus einer in Rodenberg ansässigen Familie stammt, wäre er wohl eher in der Fremde verstorben. Naheliegender ist die Vermutung, dass die Diagnosen durch Nachrichten über den Ausbruch schwerer Gelbfieberepidemien, die in diesem Zeitraum im mittelamerikanischen Raum und den USA grassierten,¹⁹²² motiviert wurden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass in Schaumburg während des Untersuchungszeitraums tatsächlich Fälle von Gelbfieber aufgetreten sind, ist gering. Mit der Malaria verhält es sich anders. Diese ebenfalls von Mücken übertragene Infektionskrankheit verbirgt sich hinter den mehrfach belegten Todesursachen *Wechselfieber* sowie *kalttes Fieber*, als Ableitung der Schüttelfrostanfälle eine gängige Bezeichnung für die Malaria.

Die Malaria, auch „Marschenfieber“, war noch bis weit ins 19. Jahrhundert im norddeutschen Raum verbreitet.¹⁹²³ Der Name Malaria geht auf das italienische mal'aria (dt. schlechte Luft) zurück. Zeugnisse über die Existenz dieser Krankheit liegen bereits für die altorientalischen Hochkulturen vor.¹⁹²⁴ Da die Malaria besonders in sumpfigen Gebieten verbreitet war, glaubte man in Anlehnung an die Miasmenlehre an eine Infektion infolge der Kontamination der Atemluft. Ausgelöst wird die Symptomatik jedoch durch Protozoen der Gattung Plasmodium. Die einzelligen Parasiten befallen vorwiegend die Anophelesmücke als Endwirtin, die über ihren Speichel beim Stich den Menschen infizieren kann. Der menschliche Organismus dient lediglich als Zwischenwirt, in dem die ungeschlechtliche Vermehrung des Parasiten erfolgt. Symptomatisch äußert sich die Infektion durch Abgeschlagenheit, Übelkeit, Kopf- und Gliederschmerzen sowie regelmäßige Fieberschübe, infolgedessen Zustände der Bewusstlosigkeit auftreten können.

¹⁹²¹ Vgl. RKI-RATGEBER „Gelbfieber“ [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Gelbfieber.html] – letzter Zugriff: 2023-11-12].

¹⁹²² Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 47 u. 49.

¹⁹²³ Vgl. NORDEN (1984), S. 86; SCHIMITSCHEK/WERNER (1985), S. 24; HARCKEN-JUNIOR (2004), S. 7-17 u. 55 f.

¹⁹²⁴ Vgl. WINKLE (2005), S. 709-712.

Die Malaria gehört zu den Infektionskrankheiten, die in der Vergangenheit verhältnismäßig sicher diagnostiziert werden konnten. Die in den zeitgenössischen medizinischen Abhandlungen geschilderte Symptomatik der Malaria hebt sich durchaus von Krankheiten wie Typhus oder Fleckfieber ab.¹⁹²⁵ Im deutschen Sprachraum wurde die Malaria als Wechselfieber bzw. febris intermittens bezeichnet. Dieser Name spiegelt den charakteristischen Wechsel zwischen Fieberschüben und einem fieberlosen Zustand wider. Vergleichbare Stadien, wie sie die Erkrankten in der Phase der Fieberschübe durchlaufen, finden sich bei den anderen Fieberkrankheiten nicht. Über die Ursache der Malaria hatte man ebensowenig Kenntnis wie für die Ursachen von Typhus und Fleckfieber. Man verortete sie daher in das Spektrum der Fieberkrankheiten. Die charakteristischen Fieberschübe sowie die relative örtliche Gebundenheit der Malaria dürften die Suche nach den begünstigenden Faktoren für den Ausbruch dieser Krankheit beeinflusst haben: „Man hat häufig beobachtet, dass der Verlauf und das Fortschreiten der Fieber in sumpfigen Gegenden durch einen anhaltenden Frost plötzlich unterbrochen worden, dass sie dann im Frühling in gelinderer Form zurückkehrt, während des Sommers häufiger geworden und während des feuchten Herbstes an Zahl und Bösartigkeit zugenommen haben.“¹⁹²⁶ Auch in der jeweiligen Beschaffenheit des Bodens sah man einen maßgeblichen Einflussfaktor bei der Bildung schädlicher Miasmen. Als es um 1825 zu einer Zunahme an Fieberkrankheiten in Stuttgart kam, beschäftigte man sich mit der Topographie der Stadt. Dabei stellte man fest, „dass seit eben diesem Zeitraum sich alljährlich in dem niedrigeren östlichen Theile der Stadt Wechselfieber einstellen, die seit Austrocknung des ehemaligen Sees an der Nordostseite derselben beinahe gänzlich verschwunden waren.“¹⁹²⁷ Wenngleich die tatsächliche Ursache für die Malaria lange unbekannt blieb, war man sich darüber im Klaren, dass die Beschaffenheit des Wohnortes bzw. dessen Umgebung Krankheitsausbrüchen Vorschub leisten kann. Als Empfehlung zur Prävention empfahl man die Trockenlegung von Sümpfen, Maßnahmen gegen Überschwemmungen sowie den Verzicht auf die Anlage stehender Gewässer insbesondere in militärischen Anlagen.¹⁹²⁸

¹⁹²⁵ Vgl. HANDBUCH (1844), S. 1236-1246.

¹⁹²⁶ EBD., S. 1056.

¹⁹²⁷ CLESS (1837), S. 105 f.

¹⁹²⁸ Vgl. HANDBUCH (1844), S. 1047.

In den schauburgischen Sterberegistern finden sich sechs Belege für die Todesursache *Wechselfieber* sowie einen für *Flußfieber*. Allein 3-mal ist *Wechselfieber* zwischen Mitte Juni und Anfang Juli 1831 im Kirchspiel Exten verzeichnet. Im Oktober 1830 gibt es einen Beleg in Grove (Rbg), im Mai 1832 einen im Kirchspiel Beckedorf (*an Brustbeschwerden u. hinzugetretenem Wechselfieber*). Der letzte Fall datiert in das Jahr 1860, als im Rintelner Krankenhaus ein Mann aus Goldbeck an *Wechselfieber u. Wassersucht* starb. Die Todesursache *Flußfieber* wurde 1781 im Kirchspiel Fischbeck verzeichnet. Ebenfalls in den 1780er Jahren im Süden der Grafschaft wurde bei zwei Todesfällen auf *Frost und Hitze* hingewiesen, was an die Symptomatik der Malaria mit wechselnd heißen und kalten Fieberphasen erinnert. Darüber hinaus gibt es zwischen 1763 und 1860 sowohl in den nördlichen als auch südlichen Kirchspielen mehr als 30 Belege für die Todesursache *kaltetes Fieber*. Dieser Begriff ist eine weitere, im 19. Jahrhundert gebräuchliche Bezeichnung für die Malaria bzw. das Wechselfieber.¹⁹²⁹ In der Regel gibt es pro Jahr nicht mehr als einen Fall mit der Todesursache *kaltetes Fieber*. Wenn doch, dann handelt es sich um unterschiedliche Kirchspiele. Eine Ausnahme bildet das Jahr 1832. Zwischen Februar und Juni dieses Jahres wurde die Todesursache *kaltetes Fieber* 12-mal registriert, was für eine epidemische Krankheit spricht. Die verstorbenen Personen stammen aus Kirchspielen in allen Teilen des Untersuchungsgebiets. Diese Epidemie müsste daher die gesamte Grafschaft Schaumburg erfasst haben.

Eine epidemische Verbreitung der Malaria in der Grafschaft Schaumburg ist allerdings abwegig. Unwahrscheinlich ist weiterhin, dass es sich bei den im Jahre 1832 im Kirchspiel Exten registrierten Fällen von *kaltetem Fieber* tatsächlich um Malaria handelt. Denn dass gleich drei Personen kurz hintereinander an der Malaria gestorben sind, ist für Schaumburg kaum vorstellbar. Zwar ist das Untersuchungsgebiet durchaus wasserreich. Sowohl im Bereich der Weser als auch in der nördlichen Ebene boten sumpfige Niederungen Mücken günstige Lebensbedingungen. Malariaerkrankungen in Schaumburg lassen sich nicht gänzlich ausschließen. Doch dürften sich Erkrankte aus Schaumburg während eines Aufenthalts in einer anderen Region infiziert haben. Ob der Tod dann allein durch die Malaria, deren Letalität eher gering ist, oder weitere Krankheiten ausgelöst wurde,¹⁹³⁰ sei dahingestellt.

¹⁹²⁹ Vgl. MEYERS KONVERSATIONSLERIKON (1885), Band 16, S. 463 f.

¹⁹³⁰ Vgl. NORDEN (1984), S. 86.

Hitziges Fieber

Die Todesursache *hitziges Fieber* ist mit rund 250 Belegen im Gegensatz zu *kaltes Fieber* in Schaumburg recht häufig diagnostiziert worden.¹⁹³¹ Ohnehin erscheint der Begriff *hitzig* immer wieder zusammen mit verschiedenen Fieberkrankheiten, aber auch mit den Todesursachen *Gehirnwassersucht* und *Wasserkopf*. Gemeinsamkeit dieser Sterbefälle ist eine sehr hohe Körpertemperatur. Die Todesursache *hitziges Fieber* erscheint in den Sterberegistern bis zum frühen 19. Jahrhundert. Erwähnt wurde es schon 1693 in Grove (Rbg). Da drei Personen innerhalb von weniger als 2 Monaten daran starben, könnte sich dahinter eine epidemische Krankheit verbergen. Ähnliches lässt sich über mehrere Phasen in den 1760er und 1770er Jahren sagen. Allein im Jahr 1772 erscheint *hitziges Fieber* mehr als 40-mal. Bemerkenswert ist, dass diese Todesursache in den beginnenden 1770er Jahren fast ausschließlich in den südlichen Kirchspielen registriert wurde. Im 19. Jahrhundert wird *hitziges Fieber* kaum noch verzeichnet.

In der zeitgenössischen Medizin war hitziges Fieber nicht die Bezeichnung für eine bestimmte, sondern ganz unterschiedliche Krankheiten. Gemeinsam ist diesen Krankheiten, zu denen man auch die Pest zählte, ihre relativ kurze Krankheitsdauer.¹⁹³² In der von Schaarschmidt (1742) herausgegebenen Zeitschrift „Medizinischer und Chirurgischer Berlinischer wöchentlicher Nachrichten“ findet sich 1739 (35ste Woche) folgende Beschreibung:

„Inmittelst giebt es verschiedene Arten derer hitzigen Fieber, und ob man gleich den gemeinen Mann, auf die Frage: Was es vor eine Kranckheit sey, die dieser oder jener hat? mit der Antwort, es sey ein hitziges Fieber, öfters abfertigen kann; so wird man doch von denen, die es verstehen, nach gegebener dieser Antwort, weiter gefragt: Was ist es vor ein hitziges Fieber? Denn es gehören unter diese Classe die Fluß=Fieber, oder febres catarrhales, die Entzündungs=Fieber, oder febres inflammatoriae, die bösartigen, ansteckenden und mit Ausschlägen verknüpfte Fieber, oder febres malignae, contagiosae, exanthematica, als Fleck=Fieber, Friesel, Pocken, Maasern, u. s. w.“ (S. 265)

¹⁹³¹ Vgl. auch ROTHE (1998), S. 135.

¹⁹³² Vgl. TEICHMEYER (1752), S. 136-138.

Als namengebendes äußeres Merkmal der Todesursache *hitziges Fieber* darf ein auffallend hoher Anstieg der Körpertemperatur angenommen werden. Weiterhin scheint es sich in Schaumburg epidemisch verbreitet zu haben. Diese Merkmale treffen auf Infektionskrankheiten wie Typhus bzw. Fleckfieber, Influenza sowie allgemeine Erkrankungen der unteren Atemwege ebenfalls zu. Die Todesursache *hitziges Fieber* wurde daher mit den Todesursachen *Nervenfieber* (Typhus), *Brustseuche* (Influenza) und – stellvertretend für Atemwegserkrankungen – *Brustkrankheit* verglichen.¹⁹³³ Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit der Todesursache *hitziges Fieber* ist mit 52,3 % verstorbenen männlichen und 47,7 % weiblichen Individuen relativ ausgeglichen (110,2 : 100; n = 244). Bei der Todesursache *Nervenfieber* ist der Männeranteil mit 48,9 % (Frauen: 51,1 %) etwas geringer. Ein signifikanter Unterschied zu *hitziges Fieber* besteht bei *Brustseuche*, bei der der Anteil der verstorbenen weiblichen Individuen mit 57,0 % (Männer: 43,0 %) auffallend hoch ist. Eine Übereinstimmung findet sich zur Todesursache *Brustkrankheit* mit einem Männeranteil von 52,1 % (Frauen: 47,9 %).

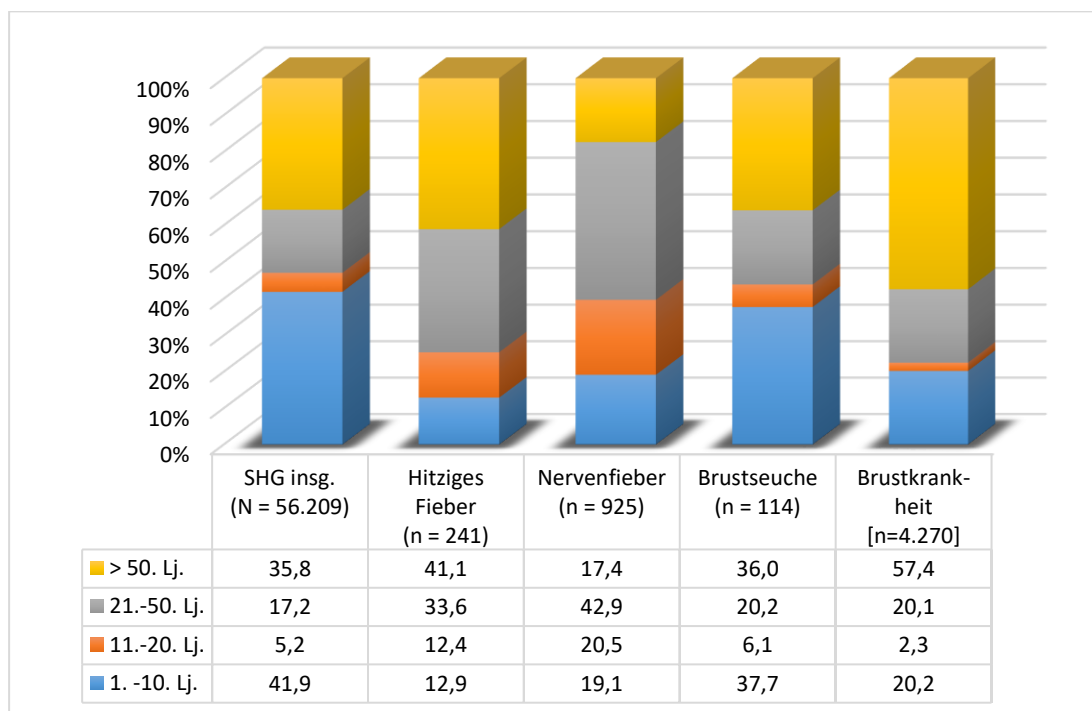


Abb. 115: Hitziges Fieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

¹⁹³³ Zur eingehenden Untersuchung der Todesursachen *Brustseuche* und *Brustkrankheit* vgl. Kap. 3.6.2.

Die Analyse der altersspezifischen Sterblichkeit von *hitziges Fieber* ergibt hohe Werte in beiden Erwachsenengruppen; unter den Kindern und Jugendlichen ist die Sterblichkeit vergleichsweise gering (**Abb. 115**). Im Vergleich mit den anderen Todesursachen ergeben sich jeweils sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen bei einzelnen Altersgruppen. So ist etwa die Kindersterblichkeit bei *Nervenfieber* und *Brustkrankheit* ebenfalls gering, während diese beiden Todesursachen in der Mortalität der Jugendlichen und der Erwachsenen im gehobenen Lebensalter von *hitziges Fieber* abweichen. Bei *Brustkrankheit* wiederum sind es nur sehr wenige Jugendliche, aber sehr viele Alte, bei *Nervenfieber* ist es genau umgekehrt. Hingegen stimmen die Anteile der ältesten Altersgruppe zwischen *hitziges Fieber* und *Brustseuche* sowie dem schauburgischen Gesamtdurchschnitt überein.

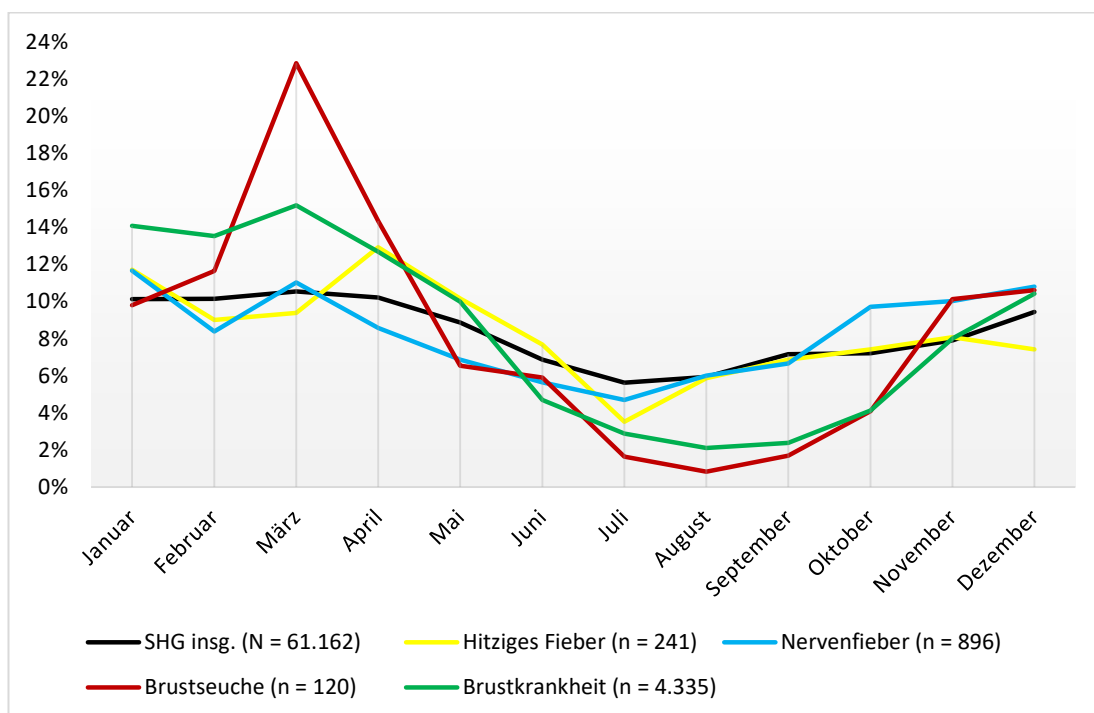


Abb. 116: Hitziges Fieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Mit der saisonalen Sterblichkeit von *hitziges Fieber* verhält es sich nicht viel anders (**Abb. 116**). Auffallend ist, dass die Kurve relativ nah an der durchschnittlichen Gesamtsterblichkeit in Schaumburg verläuft. Den Anstieg im beginnenden Frühjahr und das Absinken in den Monaten des Hochsommers, wie es bei *Brustkrankheit* und vor allem *Brustseuche* zu beobachten ist, findet sich bei *hitziges Fieber* nicht. Den moderaten Verlauf teilt es am ehesten mit der Todesursache *Nervenfieber*.

Die Todesursache *hitziges Fieber* entzieht sich einer sicheren Zuordnung zu einer bestimmten Krankheit. Ein nicht unwesentlicher Teil der entsprechenden Todesfälle ist vermutlich durch Typhus- oder Fleckfieberinfektionen hervorgerufen worden. Für diese Krankheiten ist ein signifikanter Anstieg der Körpertemperatur symptomatisch. Weniger relevant sind akute Erkrankungen des Respirationstrakts. Diese Todesursachen tragen üblicherweise einen Hinweis auf das vorrangig betroffene Organ in Form eines Zusatzes wie *Brust* oder *Lunge* in ihrem Namen (vgl. Kap. 3.6.1). Insofern gibt es eine Parallele zur Todesursache *Brustkrankheit*. Diese kann als Oberbegriff für Infektionskrankheiten mit einer Beeinträchtigung der Lunge als symptomatischer Gemeinsamkeit gelten. Hinter *hitziges Fieber* verbirgt sich ebenfalls nicht eine bestimmte Krankheit. Als im 19. Jahrhundert die Diagnosen exakter wurden, verschwand diese Todesursache. Die Antwort, die der zeitgenössische Arzt auf die Frage „Was ist es vor ein hitziges Fieber?“ gegeben hat, lässt sich im Prinzip auch auf die Todesursache *hitziges Fieber* aus den schauburgischen Sterberegistern übertragen.

3.5.2 Typhus

Der Begriff Typhus stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet im eigentlichen Wortsinn Nebel oder Rauch. Im übertragenen Sinne bezeichnet Typhus eine Trübung des Bewusstseins und bezieht sich auf den Zustand der Erkrankten als Folge des hohen und anhaltenden Fiebers. Im englischsprachigen Raum trägt die Krankheit den Namen typhoid fever. Eine andere Bezeichnung leitet sich vom Gattungsnamen des Erregers ab und lautet Salmonella¹⁹³⁴. Zu differenzieren ist zwischen Typhus abdominalis und Paratyphus, die durch unterschiedliche Serovare der Gattung Salmonella hervorgerufen werden. Die beiden Krankheiten weisen viele Ähnlichkeiten auf, sicher bestimmen lassen sie sich nur auf labordiagnostischem Weg. Insofern können sich hinter den entsprechenden Eintragungen in den schauenburgischen Sterberegistern des Untersuchungszeitraums beide Krankheiten verbergen. Wenn in den folgenden Ausführungen der Begriff Typhus allein steht, sind daher sowohl Typhus abdominalis als auch Paratyphus gemeint.

Klinische Beschreibung

Die Gattung Salmonella gehört zur Gruppe der Enterobakterien, die zumeist im Darm von Warmblütern vorkommen. Typhus abdominalis wird vom Serovar Salmonella typhi¹⁹³⁵ hervorgerufen, Paratyphus durch Salmonella paratyphi A, B und C. Während sich die Verlaufsformen stark ähneln, ist die Symptomatik beim Paratyphus milder ausgeprägt. Auch ist dessen Krankheitsdauer kürzer, weil sich der Erreger nicht lange im Körper der Erkrankten halten kann. Eine Schätzung der jährlichen Inzidenz geht von 5,5 Millionen Paratyphuserkrankungen weltweit aus.¹⁹³⁶ An Typhus abdominalis erkranken 22 Millionen Menschen (bei 200.000 Todesfällen). Sowohl Salmonella typhi als auch Salmonella paratyphi sind ausschließlich humanpathogen, der Mensch bildet im Prinzip das einzige Reservoir. Lediglich Paratyphi B kommt – sehr selten – auch bei Haustieren vor. Die Aufnahme des Erregers erfolgt fäkal-oral, verbreitet wird

¹⁹³⁴ Nachgewiesen wurde der Erreger Salmonella choleraesuis durch den amerikanischen Pathologen Theobald Smith. Weil er seine Ergebnisse 1887 anonym publiziert hatte, schrieb man später die Entdeckung seinem Vorgesetzten im US-amerikanischen Landwirtschaftsministerium, Daniel Elmer Salmon, zu, der dadurch namengebend wurde; vgl. SONNTAG (2009), S. 731.

¹⁹³⁵ Eine neuere Bezeichnung lautet Salmonella enterica ssp. enterica Serovar Typhi.

¹⁹³⁶ Vgl. RKI-RATGEBER „Typhus abdominalis, Paratyphus“ [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Typhus_Paratyphus – letzter Zugriff: 2023-11-12].

Salmonella durch verunreinigtes Wasser sowie Insekten bzw. Speisen, die unter unhygienischen Bedingungen zubereitet werden. Auch Fäkalrückstände, die infolge Düngung auf Nahrungsmittel gelangt und nicht abgewaschen worden sind, tragen zur Verbreitung bei. Im Vergleich zu anderen Enteritis-Salmonellen ist die Infektiosität der Typhuserreger relativ gering. Es muss daher eine größere Menge aufgenommen werden. Das individuelle Infektionsrisiko hängt von Faktoren wie Alter, Allgemeinzustand und dem pH-Wert des Magens ab.

Die Ansiedlung des Typhuserregers erfolgt intestinal, indem er sich zunächst in den Zellen der Darmwand festsetzt und von dort ausbreitet. Nach seiner Vermehrung im lymphatischen Gewebe gelangt er zurück in den Darm. Die Inkubationszeit von Typhus abdominalis beträgt durchschnittlich 10 Tage, die Schwankungsbreite liegt jedoch bei 3–60 Tagen (Paratyphus: 1–10 Tage). Bereits im 1. Stadium kann eine leichte Bakteriämie auftreten. Im folgenden Stadium setzt eine Generalisation mit sekundärer Bakteriämie und der Ansiedlung des Erregers in unterschiedlichen Organen ein. Im 3. Stadium verschwinden die Bakterien aus der Blutbahn und es kommt zur Organmanifestation. Die Infektion äußert sich zumeist mit ansteigendem Fieber, das von Husten sowie Kopf- und Gliederschmerzen begleitet wird. Diese Phase kann bis zu 3 Wochen anhalten. Zu Beginn besteht die Neigung zur Obstipation, in der 2. Woche setzen Diarrhoen mit breiartiger Konsistenz ein. Eine nicht seltene Folge septischer Absiedlungen ist die Ausbildung einer Splenomegalie. Dabei treten im Bereich der Bauchwand kurzzeitig hellrote, 2–4 mm große Roseolen auf. Hautausschlag kann sich auch auf Oberkörper sowie Armen und Beinen zeigen. Ein weiteres Anzeichen ist die „Typhuszunge“. Die Veränderung äußert sich durch eine himbeerrote Färbung an den Rändern und der Zungenspitze, der mittlere Bereich ist durch einen grau-weißen Belag bedeckt. Während hohes Fieber üblicherweise den Herzschlag erhöht, ist für den Typhus eine relative Bradykardie typisch.

Komplikationen sind vorwiegend Diarrhoen mit Schmerzen im Abdominalbereich, gastrointestinale Blutungen als Folge der Schädigungen des Dünndarms sowie u. a. Peritonitis, Endokarditis, Meningitis, Lymphadenitis und eine nekrotisierende Cholezystitis. Risikogruppen mit einer sehr hohen Komplikationsanfälligkeit bilden alte Menschen, Kinder >1 Jahr sowie Personen mit einer Immunsuppression. Immunität besteht nach überstandener Erkrankung nicht lebenslang, sondern nur für ca. ein

Jahr. Im Fall einer hohen Infektionsdosis kann die Immunität jedoch schon in diesem Zeitraum durchbrochen werden. Die Therapie bei Typhus abdominalis besteht in der Gabe von Antibiotika sowie der zusätzlichen Zuführung von Flüssigkeit und Elektrolyten. Weil grundsätzlich mit schweren Verläufen zu rechnen ist, wird auch Paratyphus entsprechend therapiert. Eine Impfung ist möglich. Bei ca. 60 % der Geimpften kann auf diesem Weg ein Schutz vor einer Typhusinfektion aufgebaut werden, der mindestens ein Jahr lang anhält.

Salmonella typhi kann sich über einen längeren Zeitraum im infizierten Körper halten. 1–2 % der Erkrankten gelten als Dauerausscheider. Bei ihnen ist der Erreger noch mindestens 10 Wochen nach Krankheitsbeginn nachweisbar. Die Ausscheidung von Salmonellen über die Galle oder den Dünndarm kann – bei unauffälligem Beschwerdebild – sogar lebenslang andauern. Im Gegensatz zu *Salmonella enteridis*¹⁹³⁷ treten die Erreger von Typhus abdominalis und Paratyphus in den westlichen Industrieländern kaum noch auf. Bei den verhältnismäßig wenigen registrierten Infektionsfällen der letzten Jahrzehnte handelt es sich überwiegend um Fernreisende, die sich zuvor in tropischen oder subtropischen Regionen aufgehalten haben.

Typhus in der Vergangenheit

Der Begriff Typhus geht vermutlich auf Hippokrates zurück.¹⁹³⁸ Zumindest findet sich in seinem Werk der erste Nachweis für diesen Begriff. Allerdings bezeichnet er insgesamt vier Krankheiten, die sich symptomatisch durch Fieber äußern, als Typhus. Eine der von Hippokrates beschriebenen Formen könnte der durch *Salmonella* hervorgerufenen Infektionskrankheit entsprechen. Die ersten Krankheitsbeschreibungen in neuerer Zeit erschienen in der Mitte des 16. Jahrhunderts,¹⁹³⁹ als eigenständige Krankheit wurde der Typhus abdominalis erst im Laufe des 19. Jahrhunderts erkannt. Die Grundlagen schuf der österreichische Arzt Johann Valentin von Hildenbrand mit seiner im Jahre 1810 veröffentlichten Schrift „Über den ansteckenden Typhus“.¹⁹⁴⁰ Der Erreger

¹⁹³⁷ Reservoirs dieses Erregers bilden vor allem die landwirtschaftlichen Nutztiere. Die Übertragung auf den Menschen kann daher durch den Konsum unzureichend kontrollierter tierischer Lebensmittel erfolgen.

¹⁹³⁸ Vgl. HILDENBRAND (1810), S. 1-3; EISENMANN (1835), S. 1; SCHERER (1845), S. 9; SEITZ (1845a), S. 5 f.; VIRCHOW (1848), S. 93 f.

¹⁹³⁹ Einen Forschungsüberblick bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts liefert VIRCHOW (1848), S. 91-97; hierzu auch SEITZ (1845a), S. 9-13.

¹⁹⁴⁰ Vgl. EBD., S. 19.

selbst wurde erst 1880 entdeckt. Bis dahin stand er neben einer Reihe von Fieberkrankheiten,¹⁹⁴¹ deren jeweils zugeschriebene Symptomatik sich mehr oder weniger mit der des Typhus abdominalis überschneidet: „Die Hauptsache der Charakteristik besteht bei allen darin: Gleich von Anfang an große Kraftlosigkeit, Affektion des Kopfes, Schmerz, Delirien, Sopor, Nervenzufälle, kleiner schwacher, schneller oder ungleicher Puls, häufige Entstehung von Petechien, aufgelösetes Blut, große Geneigtheit zu örtlicher Fäulniß, Brand.“¹⁹⁴²

Bereits in der Antike gab es vielfältige Überlegungen zur Ursache und Funktion des Fiebers.¹⁹⁴³ Man sah im Fieber mehr als ein einfaches Krankheitssymptom, worauf sich die Diversifizierung letztlich gründete. Beispielsweise bildete sich die Meinung heraus, dass die Erhöhung der Körpertemperatur Bestandteil eines reinigenden Prozesses sei, in dessen Verlauf der Organismus bzw. das Blut von schädlichen Stoffen befreit würde. Im Falle des Typhus abdominalis, bei dem das hohe Fieber eine Trübung des Bewusstseins und Zustände der Benommenheit hervorrufen kann, vermutete man eine Störung des Nervensystems. Die von den zeitgenössischen Medizinern beschriebenen Beschwerden stimmen im Großen und Ganzen mit den heute bekannten überein und spiegeln die verschiedenen Krankheitsstadien wider. Im Vordergrund standen das von den Erkrankten geschilderte übersteigerte Hitzeempfinden sowie die extremen Kopfschmerzen und der Schwindel.¹⁹⁴⁴ Die Roseolen unterschied man durchaus von anderen Exanthemen, wie sie etwa bei Masern auftreten.¹⁹⁴⁵ Berichtet wurde über Komplikationen wie Pleuritis, Pneumonie, Enteritis, Meningitis und Karditis sowie den mal beschleunigten, dann wieder stark verlangsamten Herzschlag: „Bei keiner Krankheit habe ich diesen eigenthümlichen Zustand des Pulses gefunden.“¹⁹⁴⁶ Symptome wie vermehrter Speichelfluss könnten durch die Gabe quecksilberhaltiger Medikamente hervorgerufen worden sein, andere Hinweise lassen sich heute nicht mehr ohne weiteres nachvollziehen. Das Nasenbluten, bisweilen Begleiter von Influenza oder Typhus abdominalis, konnte als Zeichen für eine Genesung gelten.¹⁹⁴⁷

¹⁹⁴¹ Vgl. auch PETER (1978), S. 306.

¹⁹⁴² HUFELAND (1814), S. 16 f.

¹⁹⁴³ Ein kurzer Abriss hierzu bei RAU (1829), S. 1-8.

¹⁹⁴⁴ „Gefühl von Taumel und Schwindel; beständiges Ohrensausen, welches alle Kranken mit dem Geräusche eines stürzenden Wassers (Wasserwehre) verglichen“; BISCHOFF (1814), S. 7.

¹⁹⁴⁵ Vgl. EBD., S. 8 f.

¹⁹⁴⁶ JÖRG (1814), S. 25; vgl. auch WEIKARD (1779), S. 225; VIRCHOW (1848), S. 58.

¹⁹⁴⁷ Vgl. JÖRG (1814), S. 25 f.

Die Zersetzung soll sich bei einem Teil der Verstorbenen nach dem Tod außerordentlich schnell vollzogen haben.¹⁹⁴⁸ Zudem sollen die Leichen stark angeschwollen sein, wobei Blut selbst aus der Haut austrat. Dabei soll sich ein außergewöhnlich starker fauliger Geruch entwickelt haben. Möglicherweise war dies nicht eine Folge der Typhusinfektion, sondern es haben andere Faktoren bei der Zersetzung der Leichen eine Rolle gespielt.

Das weite Spektrum an möglichen Symptomen motivierte die Mediziner zur Unterscheidung einer Vielzahl an typhösen Verlaufsformen bzw. Arten und Unterarten: „Der Typhus hält uns daher auch kein sich gleiches Bild, sondern eine Feengestalt mit in's Unendliche wechselnden Zügen vor“.¹⁹⁴⁹ Da noch keinerlei Kenntnis über den bakteriellen Ursprung des Typhus bestand, fokussierte man sich auf die Deutung von Kriterien wie der mutmaßlichen Entstehung, der Krankheitsdauer oder dem Auftreten eines Exanthems.¹⁹⁵⁰ So beispielsweise das Aussehen der für den Typhus abdominalis typischen Roseolen sowie die Körperregionen, an denen sie auftraten. Auch die Folgen der Organmanifestation wie Veränderungen der Milz oder den Lymphknoten dienten als Unterscheidungsmerkmale. Auf diese Weise kreierte man den Typhus catarrhalis, der durch eine Störung der Atemwege auffiel, den Typhus gastricus, bei dem das Verdauungssystem besonders betroffen war, oder den Typhus rheumaticus, bei dem eine „schmerzhaft empfundene“ Hauptsymptom“ war.¹⁹⁵¹ Typhus diente als Sammelbezeichnung für allerlei, nicht zuletzt exotische Krankheiten, die zum Teil durch Kolonialsoldaten und –beamte bekannt wurden.¹⁹⁵² Überhaupt zählte man viele Krankheiten zur „Familie“ des Typhus.¹⁹⁵³ Die Annahme, dass der Typhus auch unter Haustieren verbreitet war, fußt auf seiner mutmaßlichen Verwandtschaft zu unterschiedlichen Tierseuchen.

¹⁹⁴⁸ Vgl. JÖRG (1814), S. 39; SCHINZ (1814), S. 14.

¹⁹⁴⁹ WACKER (1814), S. 39.

¹⁹⁵⁰ Vgl. BISCHOFF (1814), S. 2-4, 10-15 u. 24; STÖMMER (1841), S. 4 f.; VIRCHOW (1848), S. 94 f.

¹⁹⁵¹ Vgl. BISCHOFF (1814), S. 10.

¹⁹⁵² Zum Beispiel eine als „Typhophthalmie“ bezeichnete Augenkrankheit, die in Napoleons Heer während des Ägypten-Feldzugs grassierte; vgl. EISENMANN (1835), S. 99-132; hierzu auch WINKLE (2005), S. 698-701.

¹⁹⁵³ Vgl. allg. EISENMANN (1835); zum „Vorkommen der Typhen im Thierreich“ vgl. EBD., S. 48 f.; RIECKE (1848), S. 29-31.

Therapiert wurde der Typhus auf herkömmliche Art.¹⁹⁵⁴ Verschrieben wurden die Einhaltung diätetischer Vorgaben, Klistiere gegen Verstopfung und – je nach Verlaufsform und Stadium – an Medikamenten so ziemlich alles, was die Apotheke hergab. Das Brechmittel hatte auch im Rahmen der Typhustherapie seinen unverzichtbaren Platz. Zudem wurde empfohlen, vom Grundsatz, nach dem nicht die Symptome, sondern die Grunderkrankung zu behandeln sind, abzuweichen, wenn eine Symptomatik in ihrer Intensität den Heilungsprozess stört.¹⁹⁵⁵ Bezeichnend ist, dass einige Ärzte den Aderlass nahelegten, während andere dringend davon abrieten. Denn darin spiegelt sich das eigentliche Problem: Die Vielfalt der Symptome erweiterte das Spektrum der in Frage kommenden Krankheitsursachen erheblich. Gefürchtet war das „Kloaken- und Latrinenmiasma“¹⁹⁵⁶, aber auch Witterungseinflüsse, eine ungünstige Siedlungslage, Hunger und verdorbene oder ungeeignete Lebensmittel kamen für die Mediziner als Ursachen in Frage. Darüber hinaus glaubte man, Hypochondrie, Hysterie oder sonstige Einflüsse auf den Gemütszustand, hervorgerufen durch „häufige Wochenbette“ sowie „Ausschweifungen in der Liebe, und Onanie“, würden die Nerven reizen und dadurch die Typhuserkrankung begünstigen oder hervorrufen.¹⁹⁵⁷ Man glaubte sogar an Unterschiede zwischen einzelnen Nationen: „Der exaltirte Franzose enthält in sich eine größere Disposition zu dieser Krankheit, als der ruhigere Deutsche und festere Russe. (...) das regere Nervenspiel ist hierzu schon hinreichend. (...) Keine Armee zählte so viel Nervenfieberkranke, als die französische, kein Soldat wurde mehr von diesem Uebel befallen, als der junge Franzose und keiner unterlag mehr, als dieser.“¹⁹⁵⁸ Vermeintliche Widersprüche im Zusammenhang mit den Infektionswegen erhöhten die Unsicherheit. Man hatte zwar beobachtet, dass Menschen, die Kontakt zu Typhusinfizierten hatten, vermehrt selbst von der Krankheit befallen wurden. Der daraus resultierenden Vermutung, es müsse ein allgemeiner „Ansteckungsstoff“ existieren, stand die Tatsache entgegen, dass auch Menschen, die weder Kontakt zu Infizierten noch zu Gegenständen, die von diesen benutzt worden sind, an Typhus erkrankten.¹⁹⁵⁹

¹⁹⁵⁴ Zur Therapie vgl. KILIAN (1809), S. 404-413; BISCHOFF (1814), S. 38-76; OHALUBINSKI (1868), S. 9-26.

¹⁹⁵⁵ Vgl. HUFELAND (1799), S. 53 f.

¹⁹⁵⁶ RIECKE (1848), S. 51.

¹⁹⁵⁷ Vgl. KILIAN (1809), S. 402.

¹⁹⁵⁸ JÖRG (1814), S. 59; vgl. auch RAU (1829), S. 30 f. u. passim.

¹⁹⁵⁹ Vgl. STÖMMER (1841), S. 4; BISCHOFF (1814), S. 2 f.

Typhus im Untersuchungsgebiet

Der Typhus abdominalis wird in medizingeschichtlichen Darstellungen oft mit dem sogenannten Nervenfieber gleichgesetzt. Unter den Fieberkrankheiten der Vergangenheit nimmt es aufgrund seiner Häufigkeit eine besondere Stellung ein. Dies gilt auch für die Todesursache *Nervenfieber*, die seit Beginn des 19. Jahrhunderts vermehrt in den schaumburgischen Sterberegistern verzeichnet wurde (vgl. Kap. 3.5.1). Der Begriff *Typhus* als Todesursache erscheint erstmals 1840 in Schaumburg. Bis 1849 wird er nur in den beiden Kirchspielen Sachsenhagen und Großnenndorf, also im Norden des Untersuchungsgebiets, registriert, bis 1856 daneben noch einige Male in Rinteln. Auch danach konzentrieren sich die Todesfälle auf den nordschaumburgischen Raum sowie die Stadt Rinteln, nur ganz selten findet sich *Typhus* in einem Kirchspiel im Weserraum und im Auetal. Die erstmalige Registrierung dieser Todesursache in Schaumburg fällt also in den Zeitraum, in dem sich die medizinische Erkenntnis, dass es sich bei dem Typhus um eine eigenständige Krankheit handelt, verbreitete. Dass der Typhus nur in der Stadt Rinteln und in Nordschaumburg registriert wurde, lässt sich mit der Ansiedlung junger Ärzte erklären. Personelle Veränderungen hätten damit einmal mehr den Einzug einer weiteren Diagnose, wenngleich keiner neuen Krankheit, in die schaumburgischen Kirchenbücher zur Folge. Dennoch wurde die Todesursache *Nervenfieber* nicht verdrängt, sondern findet sich noch am Ende des Untersuchungszeitraums in den nordschaumburgischen Kirchspielen und der Stadt Rinteln.

Die wenigen Belege zur Todesursache *Typhus* enthalten keine Hinweise auf die Krankheitsdauer. Die Auswertung zum *Nervenfieber* hat eine große zeitliche Spannweite ergeben, was auch den zeitgenössischen Berichten entspricht.¹⁹⁶⁰ Die verbreitete Vorstellung, wer nach neuntägiger Krankheitsdauer nicht verstorben ist, werde überleben, bestätigen weder die zeitgenössischen Berichte noch die schaumburgischen Kirchenbücher. Die meisten Personen sind nach einem Zeitraum von 2 Wochen und mehr verstorben. Die Analyse der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit hat ergeben, dass die Todesursache *Typhus* deutlich öfter bei Männern als Frauen eingetragen wurde. Damit steht der Typhus im Gegensatz zum *Nervenfieber*, das in der zeitgenössischen Sicht als eher „weibliche“ Krankheit galt. Die Neigung zum „Cerebral-Typhus“ hin-

¹⁹⁶⁰ Vgl. HUFELAND (1799), S. 14; JÖRG (1814), S. 32; SCHINZ (1814), S. 13; VIRCHOW (1848), S. 72 f.

gegen soll stärker ausgeprägt sein bei „Individuen, die ein reges geistiges Leben führen, oder durch Leidenschaft die Gehirnthätigkeit angeregt haben; daher sind Männer mehr geneigt als das weibliche Geschlecht, das Mannes- und Jünglingsalter mehr als Kinder und Greise. Individuen, die dem Trunke stark ergeben sind, bieten besonders eine grössere Anlage zum Cerebral-Typhus dar.“¹⁹⁶¹ Gleichwohl sind die Aussagen zur geschlechtsspezifischen Sterblichkeit in den zeitgenössischen Darstellungen über den Typhus bzw. das Nervenfieber nicht ganz eindeutig.¹⁹⁶² Alles in allem scheint eine leichte Übersterblichkeit auf Seiten der Männer bestanden zu haben. Die Vermutung liegt nahe, dass Männer aufgrund ihrer Lebensumstände einem erhöhten Risiko unterlagen. Allerdings wird in einer Quelle darauf hingewiesen, dass gerade Frauen häufiger erkrankten, die Infektion aber eher überlebten.¹⁹⁶³

Sowohl beim Nervenfieber als auch beim Typhus ist der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter den Verstorbenen in Schaumburg deutlich erhöht. Dem entspricht die Beobachtung, dass „am meisten Erwachsene im kräftigsten Alter, wiewohl auch eine geringe Zahl von Kindern und Alten von der Krankheit ergriffen wurde.“¹⁹⁶⁴ Der Umstand, dass die Altersgruppe ab ca. 15–30 Jahren am stärksten betroffen war, scheint die Mediziner durchaus in Erstaunen versetzt zu haben, da sie dies in den Quellen stets hervorgehoben haben. Dies gilt insbesondere für die Säuglinge, die so gut wie nie betroffen waren, obwohl man aufgrund des engen Kontakts zur Mutter bzw. zum Dienstpersonal gerade für diese Gruppe eine hohe Sterblichkeit erwartet hatte. In Schaumburg lautet lediglich bei 0,8 % der Kinder im 1. Lebensjahr die Todesursache *Nervenfieber*. Bei *Typhus* sind das 7,1 %, was aber immer noch deutlich unter dem Wert im Rahmen der Gesamtsterblichkeit (17,2 %) liegt. Da die tatsächlichen Ursachen unbekannt waren, glaubte man, auch das Klima beeinflusse die Entstehung von Typhus bzw. Nervenfieber. In Schaumburg stiegen die Werte in den Herbstmonaten an, lagen aber im Frühling unter der Gesamtsterblichkeit. Dieser Befund wird durch

¹⁹⁶¹ SAUER, IGNAZ (1841), S. 120; vgl. auch EBD. S. 43.

¹⁹⁶² Vgl. HILDENBRAND (1810), S. 139; DAVIDSON (1843), S. 104 f. u. 111; JAHN (1844), S. 7; SCHERER (1845), S. 16; RIECKE (1848), S. 48; VIRCHOW (1848), S. 90; BANSSEN (1872), S. 5.

¹⁹⁶³ Vgl. RIECKE (1848), S. 11 f. u. 48.

¹⁹⁶⁴ RAU (1829), S. 34; vgl. auch HILDENBRAND (1810), S. 138; BISCHOFF (1814), Vorrede I u. S. 5; SCHINZ (1814), S. 13; RICHTER, GEORG AUGUST (1817), S. 159; WEBER (1838), S. 104; SAUER, IGNAZ (1841), S. 35, 69, 83 u. 120; DAVIDSON (1843), S. 111; JAHN, HEINRICH G. A. (1844), S. 7; SCHERER (1845), S. 16; RIECKE (1848), S. 48; VIRCHOW (1848), S. 90; KÖHLER, R. (1864), S. 5-7; BANSSEN (1872), S. 8 f.; IMHOF (1977), S. 56.

die meisten Quellen bestätigt.¹⁹⁶⁵ Man glaubte zu erkennen, dass der Ausbruch der Krankheit durch die anhaltend nasse, aber nicht zu kalte Witterung, wie sie bevorzugt im Herbst und beginnenden Winter herrscht, gefördert wird.

Ein typisches Symptom bei Salmonelleninfektionen sind starke Durchfälle. Denkbar ist daher, dass Typhus abdominalis und Paratyphus in der Vergangenheit mit der Ruhr verwechselt worden sind.¹⁹⁶⁶ In der Grafschaft Schaumburg kann dies im Einzelfall erfolgt sein, im Allgemeinen sind Verwechslungen auszuschließen. Die Auswertung der Sterbedaten zeigt, dass die schaumburgische Bevölkerung mit der Ruhr als einer ständig wiederkehrenden Krankheit sehr vertraut war. Die Todesursache *Ruhr* wurde vorrangig bei Säuglingen und hochbetagten Menschen vermerkt, das Sterben setzte bereits in den Monaten des Hochsommers ein (vgl. Kap. 3.5.4). Damit hebt sie sich sowohl in ihrer alters- als auch seasonspezifischen Mortalität von den Todesursachen *Typhus* und *Nervenfieber* ab.

Der Typhus abdominalis ist in der Vergangenheit kaum greifbar, da man hinter der Symptomatik erst spät ein eigenständiges Krankheitsbild erkannte. Eine schlichte Gleichsetzung mit dem Nervenfieber kommt trotz Ähnlichkeiten nicht in Betracht. Erschwert wird die historische Einordnung des Typhus abdominalis durch einen weiteren Faktor. Denn vor der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde keine Unterscheidung zu dem durch Rickettsien verursachten Fleckfieber (auch: Typhus exanthematicus; vgl. Kap. 3.5.3) getroffen. Eine ähnliche Symptomatik, insbesondere ein krankheitsbegleitender Kopfschmerz, verstellte lange die Sicht.¹⁹⁶⁷ Erst die Entdeckung von Dünndarmgeschwüren bei einem Teil der Typhusopfer führte zur Erkenntnis, dass diese Krankheiten nicht identisch sind.

Bei den meisten der mutmaßlichen Typhusepidemien dürfte es sich um das Epidemische Fleckfieber gehandelt haben. Der zeitgenössische Hinweis aus dem Jahre 1814, wonach jüngere Männer französischer Nationalität vulnerabler für Typhus bzw. Ner-

¹⁹⁶⁵ Vgl. KILIAN (1809), S. 402; BISCHOFF (1814), S. 1; WACKER (1814), S. 38; EISENMANN (1835), S. 50 f.; SAUER, IGNAZ (1841), S. 35 f. u. 70; RIECKE (1848), S. 34 f.; VIRCHOW (1848), S. 29; BANSEN (1872), S. 12-16.

¹⁹⁶⁶ Vgl. WENDLER (2012), S. 66 f.

¹⁹⁶⁷ Vgl. RUFFIÉ/SOURNIA (1987), 77 f.; VASOLD (1999), S. 240.

venfieber seien, hat einen konkreten Hintergrund. Vor dem letzten Drittel des 18. Jahrhunderts fand der Typhus abdominalis in der Medizin kaum Beachtung.¹⁹⁶⁸ Zu Beginn des 19. Jahrhunderts erachtete man ihn schon als so bedrohlich, dass Assoziationen zur Pest aufkamen. Insbesondere nach den Jahren 1812 und 1813 beschäftigte man sich intensiv mit den Möglichkeiten seiner Behandlung.¹⁹⁶⁹ Denn nach Napoleons Russlandfeldzug und dem Beginn der Befreiungskriege waren in vielen europäischen Regionen Epidemien ausgebrochen, in denen man Typhus abdominalis zu erkennen glaubte. Die Infektionen erfolgten nicht nur über einquartierte kranke Soldaten, sondern auch durch „Privatärzte“, die kurzfristig zur Versorgung Verwundeter herangezogen wurden. Der Typhus galt nunmehr als der „unzertrennliche Gefährte des Krieges. (...) die Opfer seiner Wuth sind stets ungleich zahlreicher, als jene, die im Kampfe fallen“.¹⁹⁷⁰ Nun ist gerade diese Phase vielerorts geprägt durch eine gesteigerte militärische Präsenz bei gleichzeitig äußerst problematischen hygienischen Verhältnissen. Die äußeren Bedingungen waren damit optimal für eine Verbreitung des hauptsächlich durch die Kleiderlaus übertragenen Epidemischen Fleckfiebers. Der Typhus abdominalis trat vermutlich örtlich begrenzt und eher in bevölkerungsreichen Siedlungen mit einer unzureichenden Wasserversorgung und -entsorgung in Erscheinung, war letztlich eine Krankheit der Großstadt.¹⁹⁷¹ Auch wenn die Zusammenhänge nicht erkannt wurden, weil die Bakteriologie lange in den Kinderschuhen steckte, sprachen sich Mediziner im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend für die Beachtung von Hygienemaßnahmen als Mittel der Seuchenprävention aus. Im Fokus stand nicht nur der Umgang mit Erkrankten bzw. deren Separierung von den Gesunden, sondern auch die Reinhaltung von Straßen und öffentlichen Plätzen.¹⁹⁷² Die nachhaltige Verbesserung der Wasserversorgung – und damit die effektive Bekämpfung von Infektionen insbesondere durch Enterobakterien der Gattung *Salmonella* – wurde erst an der Schwelle zum 20. Jahrhundert in Mitteleuropa angegangen.

¹⁹⁶⁸ Vgl. WEIKARD (1779), S. 215; SCHINZ (1814), S. 10 f.

¹⁹⁶⁹ Vgl. JÖRG (1814), S. 3-13, sowie allg. HUFELAND (1814).

¹⁹⁷⁰ BISCHOFF (1814), Vorrede I.

¹⁹⁷¹ Vgl. KILIAN (1809), S. 404; RAU (1829), S. 51 f.; SCHERER (1845), S. 17; BANSEN (1872), S. 23; RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 78; VÖGELE (1998), S. 60 u. passim; VASOLD (1999), S. 241 f.

¹⁹⁷² Vgl. auch SCHINZ (1814), S. 15-23; OHALUBINSKI (1868), S. 4-8.

3.5.3 Fleckfieber

Der Begriff Fleckfieber nimmt Bezug auf zwei Symptome der Krankheit, die mit hohem Fieber und der Ausbildung eines Exanthems¹⁹⁷³ einhergeht. Zur Unterscheidung von Krankheiten, die auf andere Unterarten derselben Erregerspezies zurückgehen, wird der durch Läuse verbreitete Typ auch als Epidemisches Fleckfieber bezeichnet. Das Endemische Fleckfieber wird vornehmlich durch Flöhe übertragen. Der medizinische Fachterminus Rickettsien geht auf den amerikanischen Mikrobiologen Howard Taylor Ricketts¹⁹⁷⁴ zurück. Rickettsien ist die Bezeichnung für die Gattung, zu der der Erreger des Fleckfiebers, ein Bakterium, gehört. Volkstümliche Bezeichnungen wie Lazarett- oder Gefängnisfieber sowie Hunger- oder Kriegstyphus greifen Ort bzw. Situation, in der sich das Epidemische Fleckfieber vornehmlich manifestierte, auf. Im englischen Sprachgebrauch gibt es ebenfalls unterschiedliche Bezeichnungen. Rickettsial disease oder auch epidemic louse-borne fever sind eindeutig. Dagegen rücken die Begriffe typhus oder typhus fever das Fleckfieber verfälschend in den Kontext der durch Salmonellen verursachten Typhuserkrankungen, die in der englischen Fachterminologie als typhoid fever bezeichnet werden.

Klinische Beschreibung

Die durch Rickettsien hervorgerufenen Infektionskrankheiten werden als Rickettsiosen bezeichnet.¹⁹⁷⁵ Das Bakterium betreibt keinen eigenen Stoffwechsel und benötigt daher einen Wirt. Bislang wurden mehr als zwei Dutzend humanpathogene Rickettsienarten, die durch Ektoparasiten (Zecken, Läuse, Flöhe und Milben) übertragen werden, identifiziert. Die bevorzugten Wirte der meisten Arten sind Zecken, das Bedrohungspotential für den Menschen ist vergleichsweise gering. Hauptüberträger des sogenannten Epidemischen Fleckfiebers, das durch *R. prowazekii* hervorgerufen wird, sind Kleiderläuse.¹⁹⁷⁶ Das Bakterium vermehrt sich zunächst im Eingeweideepithel der Laus. Übertragen wird es zumeist nach dem Stichvorgang, wenn durch Kratzen

¹⁹⁷³ Diese Erkrankung wird in Abgrenzung zum Typhus (abdominalis) auch als Typhus exanthematicus bezeichnet.

¹⁹⁷⁴ Ihm gelang 1909 der Nachweis des Erregers des sog. Rocky-Mountain-Fleckfiebers sowohl im Blut Erkrankter als auch in Zecken.

¹⁹⁷⁵ Das Folgende nach MOHR/WEYER/ASSHAUER (1972), S. 23-41; DOBLER/WÖLFEL (2009), S. 348-354.

¹⁹⁷⁶ Andere Läusearten sowie Flöhe spielen im Falle dieser Rickettsienart nur eine untergeordnete Rolle; vgl. MOHR/WEYER/ASSHAUER (1972), S. 25.

der Kot der Laus in die Blutbahn gerät. Auch durch Inhalieren kann kontaminierter Kot in den Organismus gelangen. Hohe Infektionsraten sind letztlich die Folge des Zusammenlebens vieler Menschen auf engem Raum unter mangelhaften hygienischen Umständen. *R. typhii* sowie *R. felis*, die das Endemische Fleckfieber (Murines Fleckfieber, Flecktyphus) bzw. das Floh-Fleckfieber hervorrufen, werden zumeist von (Ratten)flöhen übertragen. Die Vermehrung der Rickettsien erfolgt nach der Aufnahme durch den Säugetier-Wirt zunächst im Endothel der Haut, später auch in Herz, Leber, Nieren oder Gehirn. Als Folge des Übergreifens auf Nachbarzellen kommt es unter anderem zu Nekrosen und schließlich zur Ausbildung eines Exanthems im Bereich der Einstichstelle.

Das Epidemische Fleckfieber kündigt sich nach einer Inkubationszeit von bis zu 2 Wochen mit Kopf- und Gliederschmerzen sowie Fieber an. Das Fieber kann 10–20 Tage anhalten und während dieser Zeit auf mehr als 40 °C steigen. In mindestens jedem zweiten Fall tritt nach 4–7 Tagen ein generalisiertes makulopapulöses Exanthem auf. Weitere Symptome sind Bewusstseinsstörungen bis hin zum Stupor. Komplikationen sind u. a. akute Kreislaufinsuffizienz oder die Ausbildung einer bakteriellen Pneumonie. Fleckfieberknötchen, die im Gehirn erkrankter Menschen nachgewiesen wurden, können zu einer Encephalitis führen.¹⁹⁷⁷ Bleibt die Krankheit unbehandelt, beträgt die Letalität 30–40 %. Das Krankheitsbild des durch *R. typhii* hervorgerufenen Endemischen Fleckfiebers ist ähnlich, allerdings sind schwere Verläufe seltener. Die Letalität liegt hier unter 5 %. Differentialdiagnostisch kommen sowohl für das Epidemische als auch das Endemische Fleckfieber neben exanthematischen Infektionskrankheiten u. a. Typhus abdominalis, Sepsis und Meningitis in Betracht.

Das Epidemische Fleckfieber kann vermutlich als einzige unter den Rickettsiosen chronisch verlaufen (Brill-Zinsser-Erkrankung). Der Erreger überdauert dann in den Lymphknoten und wird erst nach Abnahme der Immunität reaktiviert. Dies kann 10–30 Jahre nach überstandener Erstinfektion erfolgen. Die Erkrankung verläuft dann zwar milde, bei problematischen hygienischen Verhältnissen kann *R. prowazekii* jedoch über Läuse auf andere Wirte übertragen werden. Die Therapie besteht in der Gabe

¹⁹⁷⁷ Vgl. MOHR/WEYER/ASSHAUER (1972), S. 23-27.

eines Breitbandantibiotikums. Eine Impfprophylaxe ist nicht möglich,¹⁹⁷⁸ als Präventionsmaßnahme wird der Schutz vor Ektoparasiten empfohlen.

Fleckfieber in der Vergangenheit

Das Fleckfieber gilt als eine der ältesten Infektionskrankheiten.¹⁹⁷⁹ In neuerer Zeit wurde es vermutlich erstmals wieder in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts beschrieben. Der wissenschaftliche Nachweis, dass das Fleckfieber über Ektoparasiten übertragen wird, konnte erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts erbracht werden.¹⁹⁸⁰ Ein großer Teil der Infektionskrankheiten, die man als Lagersucht oder Kerkerfieber bezeichnete, dürfte durch Rickettsien hervorgerufen worden sein. Denn das Zusammenleben in Gefängnissen oder Hospitälern war in besonderem Maße durch hygienische Probleme geprägt. Epidemisch trat es vor allem in Kriegsphasen auf. Die Zahl der Menschen, die aufgrund der Infektion an Rickettsien verstorben sind, soll jeweils außerordentlich hoch gewesen sein. In Mexiko soll dieser Erreger in den Jahren 1576/77 den Tod von 2 Millionen Menschenleben verursacht haben. Für die älteren Zeiten ist bezüglich der Ursache – und der überlieferten Zahlen – Vorsicht geboten. Doch zumindest die Vermutungen, die über die Rolle des Fleckfiebers in Napoleon Bonapartes Russlandfeldzug angestellt wurden, ließen sich bestätigen. In jedem dritten Soldaten in französischen Diensten konnte Nukleinsäure von *R. prowazekii* nachgewiesen werden.¹⁹⁸¹

Namengebend für das Fleckfieber ist ein relativ stark ausgeprägtes Exanthem, dem man eine Ähnlichkeit mit den Masern zusprach.¹⁹⁸² Später bezeichnete man es auch als Petechialtyphus und gestand ihm „unter den europäischen Typhusformen die höchste Stufe“ zu.¹⁹⁸³ Ob sich hinter den Beschreibungen der Mediziner nun Petechien, Exantheme oder Insektenstiche bzw. –bisse verbergen, ist häufig unklar. Zudem

¹⁹⁷⁸ Aufgrund gesunkener Infektionszahlen wurde ein während des Zweiten Weltkriegs entwickelter Impfstoff nicht mehr hergestellt; vgl. DOBLER/WÖLFEL (2009), S. 354.

¹⁹⁷⁹ Das Folgende nach MOHR/WEYER/ASSHAUER (1972), S. 23 f.; WEYER (1972), S. 1-3; VASOLD (1999), S. 110-112; JÜTTE (2013), S. 60-62.

¹⁹⁸⁰ Die beiden namengebenden Forscher Howard Taylor Ricketts und Stanislaus von Prowazek sind selbst an Fleckfieberinfektionen verstorben.

¹⁹⁸¹ Vgl. DOBLER/WÖLFEL (2009), S. 348.

¹⁹⁸² Vgl. POSNER (1845), S. 129-131; SEITZ (1848), S. 8.

¹⁹⁸³ EBD., S. 9; vgl. auch EBD., S. 32.

kommt es im Falle einer Infektion nicht zwangsläufig zur Ausbildung eines Exanthems.¹⁹⁸⁴ Trotz seiner hohen Virulenz ist das Epidemische Fleckfieber im Vergleich beispielsweise zum Typhus lange unterschätzt worden. Aufgrund der symptomatischen Ähnlichkeit wurden Fleckfieber und Typhus ursprünglich gleichgesetzt. Erst ab der Mitte des 19. Jahrhunderts begann man die Unterschiede zu erkennen. Von Diagnosesicherheit kann erst für den Beginn des 20. Jahrhunderts gesprochen werden. Im Ersten Weltkrieg wurde die Beschäftigung mit Fragen zur Seuchenprävention insbesondere in den Truppen intensiviert. Durch entsprechende Maßnahmen erzielte man durchaus Erfolge.¹⁹⁸⁵ Die bis dahin vorherrschende Unsicherheit mit dem Fleckfieber schlägt sich sowohl in den zeitgenössischen Quellen als auch in der medizin- und geschichtswissenschaftlichen Sekundärliteratur nieder. Irritationen rufen nach wie vor die herkömmlichen Bezeichnungen Flecktyphus bzw. Typhus exanthematicus für die durch Läuse und Flöhe übertragenen Rickettsieninfektionen hervor. Die begriffliche Überschneidung verleitete dazu, in der Salmonellenkrankheit Typhus abdominalis die Ursache der verheerenden Epidemien, die bis in die Moderne hinein im Gefolge von Kriegen in Erscheinung traten, zu sehen. Da Salmonella sich über die Ausscheidungen Infizierter verbreitet, steigerten Kriegseinsätze die Vulnerabilität des Militärs. In seiner Letalität blieb Typhus abdominalis weit hinter dem Epidemischen bzw. Läusefleckfieber zurück.

Das Fleckfieber dürfte in Europa bereits zu Beginn der Frühen Neuzeit präsenter gewesen sein, als es die Quellen annehmen lassen. Allein der hohe Grad der Verlausung, der bis in die Neuzeit hinein in allen gesellschaftlichen Schichten verbreitet war, leistete der Verbreitung des Erregers Vorschub.¹⁹⁸⁶ Insbesondere für die Phase des Dreißigjährigen Krieges ist davon auszugehen, dass Rickettsiosen einen großen Anteil an der Infektionssterblichkeit hatten.¹⁹⁸⁷ Dass es kaum wahrgenommen wurde, lässt sich mit der anhaltenden Traumatisierung infolge verheerender Pestepidemien, die die europäische Bevölkerung seit der Mitte des 14. Jahrhunderts durchlebte, erklären. Pest war zum Synonym für eine infektiöse, oftmals tödlich endende Krankheit geworden. Die weitgehende Absenz des Fleckfiebers in den frühneuzeitlichen Quellen ist damit

¹⁹⁸⁴ Vgl. PEIPER (1921), S. 16; WILLFÜHR (1921), S. 46 u. 52; hierzu auch EHRHARDT (1817), S. 35 f.

¹⁹⁸⁵ Vgl. PEIPER (1921), S. 6 f.; WILLFÜHR (1921), S. 30 f. u. passim.

¹⁹⁸⁶ Vgl. SCHIMITSCHEK/WERNER (1985), S. 73-77 u. 93; VASOLD (2004), S. 224-227.

¹⁹⁸⁷ Vgl. SCHIMITSCHEK/WERNER (1985), S. 84; VASOLD (1993), S. 150 f.

auf eine Kombination von diagnostischer Unsicherheit und begrifflicher Überlagerung durch die Pest zurückzuführen. Mit dem Abebben der Pestepidemien in Europa erweiterte sich der medizinische Blickwinkel, das Interesse verlagerte sich auf Infektionskrankheiten, die zuvor im Schatten standen. Das Epidemische Fleckfieber war nach dem Ende des Dreißigjährigen Krieges für rund 100 Jahre im mitteleuropäischen Krankheitsspektrum sicherlich nur von untergeordneter Bedeutung. Der Siebenjährige Krieg hat es aufleben lassen, die Revolutionskriege haben zur Verbreitung beigetragen.¹⁹⁸⁸ Einen vorläufigen Höhepunkt bildete die napoleonische Zeit. Mit dem Ende der Befreiungskriege verringerte sich die Bedeutung des Epidemischen Fleckfiebers in vielen europäischen Ländern.

Fleckfieber im Untersuchungsgebiet

Für die Todesursache *Fleckfieber* finden sich in den schauburgischen Kirchenbüchern lediglich 38 Belege. Erstmals registriert wurde es 1758, letztmals 1859. Auffallend ist, dass allein 29 Belege in das 18. Jahrhundert datieren. Lediglich 3- oder 4-mal sind die Abstände zwischen zwei Todesfällen in demselben Kirchspiel so gering, dass ein epidemisches Auftreten angenommen werden kann. 1805 wurde im Kirchspiel Kathrinhagen vermerkt: *Die Krankheit war das ansteckende Fleckfieber*. In Kombination mit anderen Krankheiten erscheint es je 1-mal mit *Schleimfieber*, *Brustfieber*, *Faulfieber* und *Brustkrankheit*. Eine weitere Eintragung lautet: *an einem faulichten und nervösen Fleckfieber*. Zur Krankheitsdauer gibt es keinerlei Hinweise.

Die prägnantesten Merkmale einer Infektion durch Rickettsien sind Hautveränderungen und hohes Fieber. Ein weiteres Symptom ist heftiger Kopfschmerz. In seiner Intensität kann sich der Kopfschmerz so steigern, dass die erkrankte Person in einen Zustand der Betäubung, den Stupor, gerät. Dieses Symptom weckt die Assoziation zu einer der schauburgischen Todesursachen. Im Kirchspiel Grove ist bereits 1666, unmittelbar nach Einführung der Sterberegister (Rbg), *Hauptkrankheit* dokumentiert. Da die Todesfälle oft zeitlich eng beieinander liegen, ist von einer epidemischen Verbreitung von *Hauptkrankheit* auszugehen. Auch im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts ist

¹⁹⁸⁸ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 32 f.; RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 79 f.; VASOLD (1999), S. 211-213 u. 239; hierzu auch MÖLLER (2000), S. 33-35, der anhand von Indizien nachweist, dass es sich bei verschiedenen Fieberkrankheiten, die man in den 1790er Jahren in Barsel registrierte, vermutlich um das Epidemische Fleckfieber gehandelt hat. Französische Truppen, die in diesem Zeitraum Ostfriesland besetzt hielten, könnten es eingeschleppt haben.

diese Todesursache belegt, dann allerdings vornehmlich im Kirchspiel Großnenddorf.¹⁹⁸⁹ In zeitgenössischer Sicht galt die „Hauptkrankheit, die durch die bei ihr vorwaltende Affection des Gehirns Wuthanfälle erregte“, als eine Form des Typhus.¹⁹⁹⁰ Damit ergibt sich eine Verbindung zwischen der Hauptkrankheit und dem Fleckfieber. Allerdings kommen in Schaumburg für *Hauptkrankheit*, bisweilen ergänzt um *hitzig*, noch andere Ursachen in Betracht. So wurden 24 der 74 Belege um die Todesursache *Brustkrankheit* erweitert, was auf eine schwere Beeinträchtigung der Atemwege, vielleicht infolge einer Influenzainfektion, schließen lässt. Auch *Haupt- und Brustkrankheit* dürften sich epidemisch verbreitet haben.

Die Analyse der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit ergibt für Schaumburg¹⁹⁹¹ ein widersprüchliches Bild: Der mit 73,6 % (Sexualproportion 278,6 : 100; n = 53) außerordentlich hohe Anteil an Männern bei (*hitzige*) *Hauptkrankheit* würde eine zeitgenössische Aussage, nach der Frauen nur „selten“ am Fleckfieber starben,¹⁹⁹² bestätigen. Bei *Fleckfieber* [n = 38] und *Brust- und Hauptkrankheit* [n = 24] betragen die Anteile von Männern und Frauen jeweils genau 50 %. Bei der altersspezifischen Sterblichkeit findet sich auf den ersten Blick wenig Eindeutiges (**Abb. 117**): Die Todesursache *Fleckfieber* weist Übereinstimmungen sowohl zu *Brust- und Hauptkrankheit* als auch *Hauptkrankheit* auf. Bemerkenswert ist jedoch, dass jeweils rund ein Drittel der Personen mit den Todesursachen *Fleckfieber* und *Hauptfieber* innerhalb ihres 1. Lebensjahrzehnts verstarben. Der zusätzlich außerordentlich hohe Anteil Verstorbener im 2. Lebensjahrzehnt bei der Todesursache *Hauptkrankheit* deckt sich mit einer weiteren zeitgenössischen Aussage, wonach am Fleckfieber „noch seltener Greise, dagegen viele junge Leute und Kinder“ verstorben sind.¹⁹⁹³ Die zweitälteste Gruppe ist kaum, die älteste überhaupt nicht vertreten. Bei der Todesursache *Fleckfieber* ist zumindest die Altersgruppe der über 50-Jährigen mit 13,5 % klein. Sowohl *Fleckfieber* als auch

¹⁹⁸⁹ Mit dem Ende der Amtszeit des Pastors Benedict Ulrich Wippo verschwindet diese Todesursache aus den Sterberegistern.

¹⁹⁹⁰ Vgl. SEITZ (1848), S. 10. JUNGKUNZ (1951), S. 291, erachtet die Hauptkrankheit als „zweifelloso identisch“ mit dem Fleckfieber.

¹⁹⁹¹ Analysiert wurden nur die geschlechts- und die altersspezifische Sterblichkeit. Auf die Analyse der saisonalen Sterblichkeit sowie einen topographischen Vergleich wurde aufgrund der geringen Datenbasis der Todesursachen *Fleckfieber*, *Hauptkrankheit* sowie *Haupt- und Brustkrankheit* verzichtet. Um die Datenbasis etwas zu verbreitern, fanden zudem die Sterberegister des Kirchspiels Grove (Rbg) aus dem 17. und der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts Berücksichtigung.

¹⁹⁹² Vgl. SEITZ (1848), S. 8; WILLFÜHR (1921), S. 38.

¹⁹⁹³ Vgl. SEITZ (1848), S. 8.

Hauptkrankheit setzen sich damit von den akuten Atemwegserkrankungen ab. Merkmale der Todesursachen, hinter denen sich akute Atemwegserkrankungen verbergen, sind geringe Anteile an Kindern und jungen Erwachsenen, dafür sehr hohe Anteile an Verstorbenen im fortgeschrittenen Lebensalter (vgl. Kap. 3.6.1). Dies wiederum trifft am ehesten auf die Todesursache *Brust- und Hauptkrankheit* zu.

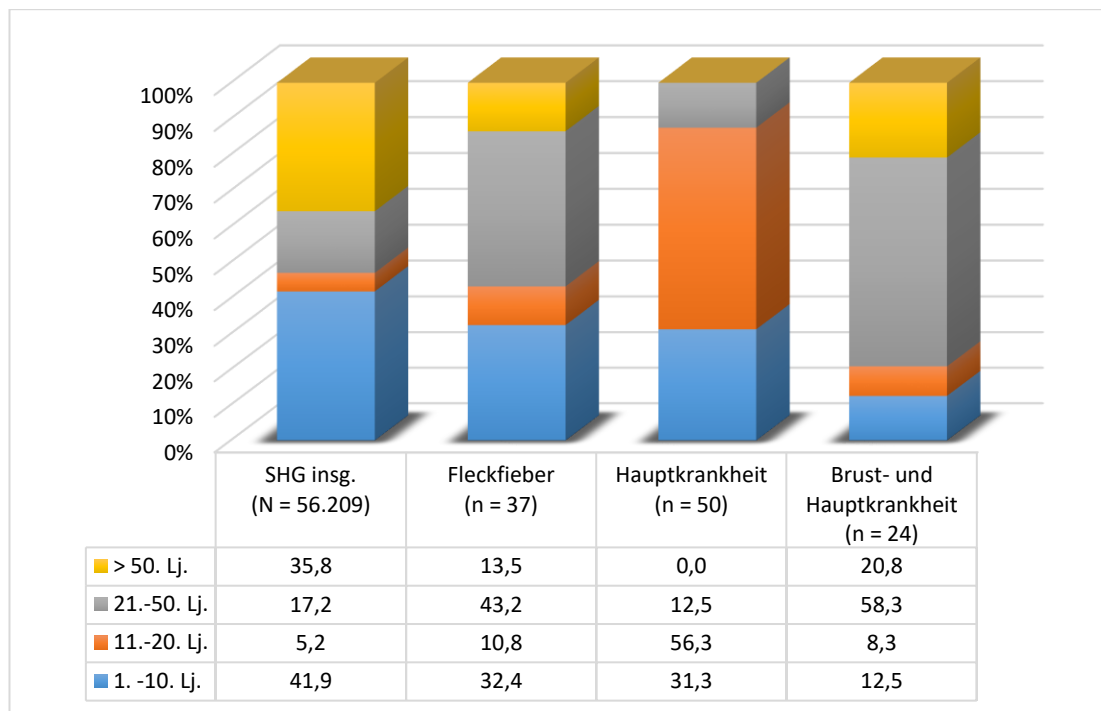


Abb. 117: Fleckfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Hauptkrankheit¹⁹⁹⁴ und Brust- und Hauptkrankheit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Fleckfieber und Typhus, das mit dem Nervenfieber gleichgesetzt wurde, überschneiden sich symptomatisch. Um welche Krankheit es sich tatsächlich bei den entsprechenden Todesursachen einschließlich *Hauptkrankheit* handelt, lässt sich nicht klären. Zwischen den Todesursachen *Fleckfieber*, *Nervenfieber* und *Typhus* gibt es hinsichtlich der geschlechts-, alters- und seasonspezifischen Sterblichkeit sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen (vgl. Kap. 3.5.1) (**Abb. 118**). Lassen sich schon Typhus und Fleckfieber auf der Grundlage der schauburgischen Sterberegister nicht voneinander unterscheiden, so gilt dies für das Epidemische und das Endemische

¹⁹⁹⁴ Die Werte für die Todesursachen *Hauptkrankheit* und *Brust- und Hauptkrankheit* stammen aus dem erweiterten Zeitraum 1666-1869.

Fleckfieber um so mehr. Alles in allem bleibt festzuhalten, dass Rickettsiosen in Anbetracht der geringen Zahl an Belegen in den schauburgischen Kirchenbüchern unterrepräsentiert sind.

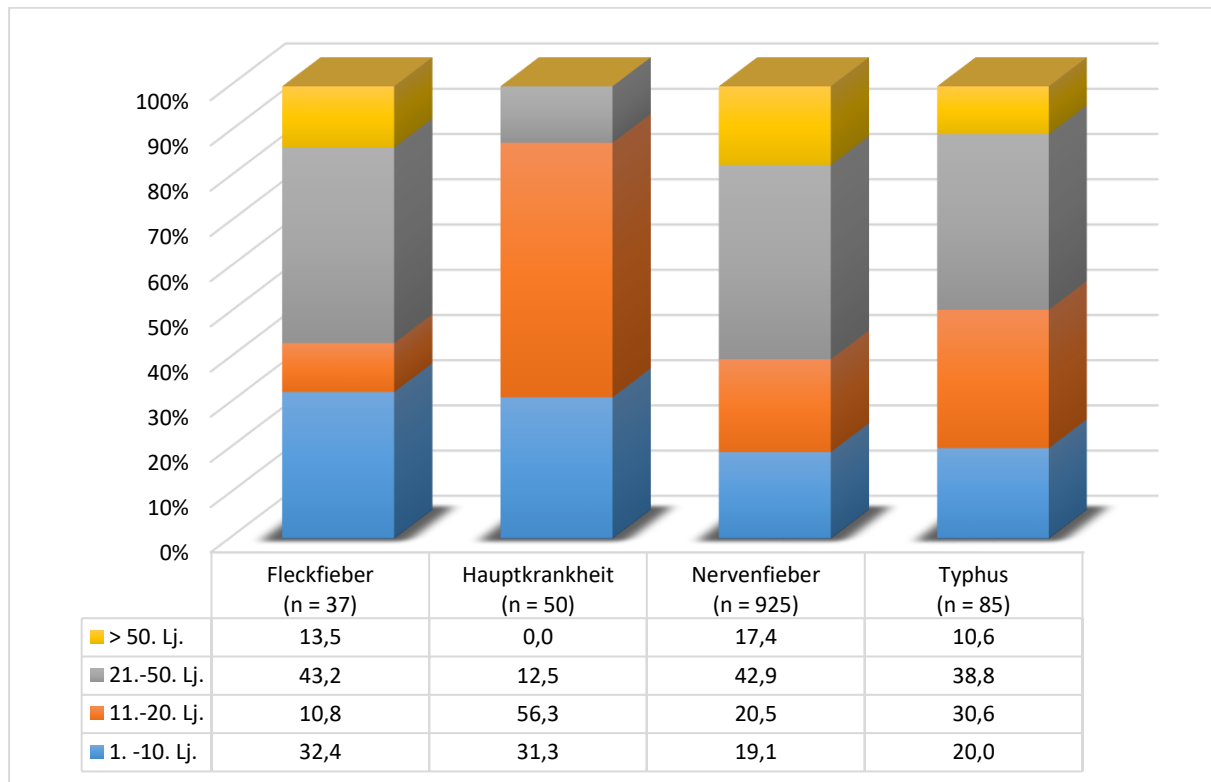


Abb. 118: Fleckfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Hauptkrankheit, Nervenfieber und Typhus (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Eine Garnisonsstadt wie Rinteln war in besonderem Maße durch den Ausbruch von Lagerkrankheiten bedroht. Als Verwaltungssitz war Rinteln zugleich Zentralort, so dass ein grundsätzlich erhöhtes Risiko für den Ausbruch von Infektionskrankheiten im schauburgischen Weserraum bestand. Die Todesursache *Fleckfieber* erscheint vorrangig in den südlichen Kirchspielen, namentlich Hessisch Oldendorf. In Rinteln finden sich nur drei Belege für *Fleckfieber* (1764, 1769 und 1779). Doch zum einen sind die Todesursachen im 18. Jahrhundert in den Rintelner Sterberegistern nur lückenhaft dokumentiert. Zum andern liegt die Vermutung nahe, dass sich viele letal verlaufene Rickettsieninfektionen hinter einer anderen Bezeichnung verbergen. So wurden in den Jahren 1772 und 1773 relativ viele Personen in Rinteln mit der Todesursache *hitziges Fieber* verzeichnet. Ein starkes Indiz für das Auftreten des Epidemischen Fleckfiebers im 18. Jahrhundert in der Grafschaft Schaumburg bildet nur der Zeitraum 1771–74 mit

einer (leichten) Konzentration sowohl der Todesursache *Fleckfieber* als auch *Hauptkrankheit*. In dieser Phase findet sich die Todesursache *Hauptkrankheit* auffallend oft in einigen lippischen Kirchspielen, so dass eine überregionale Verbreitung denkbar ist. Allerdings wurde *Hauptkrankheit* in den betreffenden Kirchspielen des Nachbarterritoriums sehr häufig registriert. Die zeitliche Überschneidung zu Beginn der 1770er Jahre kann zufällig erfolgt sein. Zwischen 1780 und 1801 fallen weitere Jahre mit überdurchschnittlich vielen Belege für die Todesursache *Hauptkrankheit* im Fürstentum Lippe auf. Eine Korrelation mit der Grafschaft Schaumburg ist jedoch nicht ersichtlich.

Die Todesursachen *Fleckfieber* und *Hauptkrankheit* wurden in der Grafschaft Schaumburg selten und fast ausnahmslos im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts registriert. Die Zahl an tödlichen Infektionen durch Rickettsien und Salmonella erhöht sich etwas, wenn man einen Teil der Sterbefälle aus dem Komplex der frühneuzeitlichen „Fieber“, insbesondere *hitziges Fieber*, hinzuzählt. Alles in allem scheinen Fleckfieber und Typhus abdominalis innerhalb der schaumburgischen Bevölkerung kaum präsent gewesen zu sein. Jedenfalls lässt sich für diesen Zeitraum kein prägender Einfluss auf die Mortalität feststellen. Im 19. Jahrhunderts stellt sich die Situation anders dar. Bereits unmittelbar nach der Jahrhundertwende wurde die bis dahin ungebräuchliche Todesursache *Nervenfieber* auffallend oft und flächendeckend in schaumburgischen, lippischen und mindischen Kirchspielen¹⁹⁹⁵ verzeichnet. Daran ändert sich auch nichts, als zum Ende des Untersuchungszeitraums die Belege für die Todesursache *Typhus* zunehmen.

Da davon auszugehen ist, dass zumindest ein Teil der am Nervenfieber Verstorbenen tödlich an Fleckfieber und – in geringerem Umfang – Typhus abdominalis erkrankt war, ist in Hinblick auf den Gesundheitszustand der schaumburgischen Bevölkerung für den Beginn des 19. Jahrhunderts eine einschneidende Veränderung zu konstatieren. Der Zeitpunkt sowie der Umstand, dass eine enge Verbindung zwischen Fleckfieber und Militärwesen besteht, verweisen auf die Französische Revolution als auslösendes bzw. verstärkendes Element. Die kriegerischen Auseinandersetzungen, die erst 1815 endeten, müssen zu einem sprunghaften Anstieg von Rickettsiosen in der Grafschaft

¹⁹⁹⁵ Kirchenbücher des Fürstentums Schaumburg-Lippe aus dem 19. Jahrhundert wurden nicht eingesehen.

Schaumburg, die selbst für einige Jahre als territorialer Bestandteil des Königreichs Westphalen unter französischer Besatzung stand, geführt haben. So schlägt Hufeland vor, die Epidemien, „welche als Begleiter des Kriegs erscheinen“, nicht Nervenfieber oder Typhus zu bezeichnen.¹⁹⁹⁶ „Nervenfieber im gewöhnlichen Sinn des Wortes ist es gar nicht.“ Weil sie eine Ähnlichkeit mit der Pest, die sich durch ein „Contagium“ verbreitet habe, solle man sie „Kriegspest“ nennen.

In den ersten beiden Jahrzehnten besteht wegen der Truppenbewegungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das epidemische Läusefleckfieber.¹⁹⁹⁷ Die nachnapoleonische Phase ist in Schaumburg geprägt durch einen Anstieg der Bevölkerung bei gleichzeitiger Wohnraumverknappung. Die sozialen Voraussetzungen hatten sich zwar verändert, die Krankheiten, die man als Nervenfieber oder Typhus kannte, waren jedoch weiterhin präsent. Die „Kriegspest“ hatte sich zum „Friedens-Typhus“¹⁹⁹⁸ gewandelt. Die vielen Belege für die Todesursache *Nervenfieber* indizieren ein erhöhtes Aufkommen in endemischer Verbreitung sowohl für Typhus abdominalis als auch für das von Flöhen übertragene Fleckfieber in Schaumburg.

¹⁹⁹⁶ Vgl. HUFELAND (1814), S. 34.

¹⁹⁹⁷ Vgl. EBD., S. 53-56; VASOLD (2008), S. 77-86.

¹⁹⁹⁸ RIECKE (1848).

3.5.4 Ruhr

Die volkstümliche Bezeichnung Ruhr wird auf das Verb „rühren“ bzw. althochdeutsch „(h)ruora“ sowie die Substantive „Unruhe“ und „Aufruhr“ zurückgeführt.¹⁹⁹⁹ Als namensgebend gilt das Hauptsymptom, erhebliche Unterleibsschmerzen mit anhaltendem Durchfall. Im englischsprachigen Raum wird die Krankheit als „dysentery“, abgeleitet vom griechisch-lateinischen Begriff „Dysenterie“, bezeichnet. Weitere Namen sind Shigellenruhr bzw. –dysenterie oder einfach Shigellose nach dem Erreger. In Abgrenzung der Shigellose von der sogenannten Amöbenruhr spricht man auch von Bakterienruhr.

Klinische Beschreibung

Der Erreger der Ruhr ist ein toxisches humanpathogenes Bakterium aus der Gattung Shigella, das eng mit Escherichia coli verwandt ist. Die Shigella werden in verschiedene Spezies unterteilt. Die für den Menschen gefährlichste ist Shigella dysenteriae der Gruppe A, da diese nicht nur Endotoxine, sondern auch Ektotoxine bildet. Die bakterielle Ruhr tritt in den mitteleuropäischen Regionen vorwiegend im Spätsommer auf. Die Übertragung von Shigella kann oral über kontaminiertes Trinkwasser und Lebensmittel sowie fäkal-oral über die Ausscheidungen von Infizierten in Form einer Schmierinfektion erfolgen. Der Erreger findet ausschließlich im Menschen ein geeignetes Reservoir.

Da Shigella über eine hohe Säurebeständigkeit verfügt, kann eine Erkrankung bereits bei der Aufnahme von weniger als 100 Bakterien erfolgen. Während der 1–4 Tage andauernden Inkubationszeit besiedelt der Erreger zunächst den Dünndarm, greift dann aber schnell auf den Dickdarm über, wo die eigentliche Vermehrung erfolgt. Die Erkrankung äußert sich zu Beginn durch leichte abdominelle Krämpfe und mäßiges Fieber sowie Übelkeit und wässrige Diarrhoe. Ähnelt sie zunächst einer akuten Magendarmverstimmung, verstärken sich bereits nach 1–2 Tagen die Schmerzen erheblich. Die infizierte Person scheidet nun unter starken Tenesmen bis zu 20-mal am Tag aufgrund von Schleimhautveränderungen und Geschwürbildungen blutig-eitrigem

¹⁹⁹⁹ Vgl. GESELLSCHAFT FÜR DEUTSCHE SPRACHE E. V.: <https://gfds.de/woher-stammen-die-namen-von-ruhr-und-rurroer/> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

Stuhl aus. In Einzelfällen kann die Infektion infolge einer Darmperforation eine Peritonitis verursachen. Die häufigste Komplikation ist allerdings die Exsikkose, wobei die Letalität in schwereren Verläufen 3–10 % erreichen kann. Der Tod tritt aufgrund anhaltender Schwächung als Kreislaufkollaps ein. Die Krankheitsdauer beträgt im Allgemeinen bis zu 10 Tagen. Die Ausscheidung des Bakteriums mit dem Stuhl kann jedoch bis zu 4 Wochen andauern.

Als therapeutische Maßnahme wird die Gabe eines Antibiotikums empfohlen. Zur Kompensation des Flüssigkeitsverlusts bieten sich die Rehydrierung sowie die Gabe von Elektrolyten an. In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich etwa 1.000 Krankheitsfälle registriert. Die Gefahr einer Infektion durch Shigella ist allerdings gering, die Infizierten haben sich in der Regel zuvor in Afrika oder im südasiatischen Raum aufgehalten.

Ruhr in der Vergangenheit

Die Ruhr ist in der Vergangenheit nachweislich immer wieder gehäuft aufgetreten. Erstmals erwähnt wurde die Krankheit vor mindestens 3.500 Jahren in Ägypten.²⁰⁰⁰ Auch im antiken Griechenland war die Ruhr bekannt. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf Epidemien im frühmittelalterlichen Frankreich sowie Nordeuropa. Als eigenständige Krankheit wurde die Ruhr erst im 17. Jahrhundert beschrieben, bis dahin hatte man in ihr aufgrund der Diarrhoen lediglich ein Symptom gesehen. Im Laufe der Frühen Neuzeit häufen sich die Belege für Ruhrepidemien nicht zuletzt im norddeutschen Raum.²⁰⁰¹ Die Epidemien scheinen sich hinsichtlich der Sterblichkeit erheblich voneinander unterschieden zu haben, doch gehörte die Ruhr in der Vergangenheit zu den Infektionskrankheiten mit der höchsten Mortalität. Die Schwankungen der Todeszahlen standen in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Gruppe der Erkrankten. Dass bis zu 30 % der Erkrankten im Laufe einer Epidemie verstarben, war nicht ungewöhnlich: „man rechnete (...) von drei Kranken ohngefähr einen Todten“.²⁰⁰² Ein Sechstel bis ein Siebtel war vermutlich die Regel.

²⁰⁰⁰ Über die Datierung der Quelle, des sog. Papyrus Ebers, herrscht allerdings Uneinigkeit; vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 42 f.

²⁰⁰¹ MATTHÄI (1797), S. 3, berichtet von einigen 100 Abhandlungen allein in den vorangegangenen 20 Jahren; vgl. auch HAUFF (1836), S. 200-207; HAESER (1865), S. 348 u. 382-384; ACKERKNECHT (1963), S. 43 f., 125 u. 133 f.

²⁰⁰² GEUNS (1790), S. 142; vgl. auch MATTHÄI (1797), S. 123; KRÜGELSTEIN (1803), S. 13 f.; HAUFF (1836), S. 224 f.

Über die Natur der Krankheit war man sich lange nicht im Klaren. So ging man davon aus, dass die Ruhr auch Tiere befallen kann.²⁰⁰³ Unterschieden wurden bis zu 32 Arten der Ruhr.²⁰⁰⁴ Die vielfältigen Erklärungsversuche lieferten als Resultat schließlich ein ganzes Bündel an möglichen Ursachen.²⁰⁰⁵ Schlechtes Wasser, Insekten, unreine Luft oder ungeeignete Speisen galten als Ursachen äußerer Natur. Innerer Natur waren etwa Gallenstörungen, Indigestionen oder auch andere Krankheiten, die sich symptomatisch in Form von Verdauungsstörungen äußern können. Selbst das die Erkrankung begleitende Fieber wurde als Unterscheidungsmerkmal herangezogen.²⁰⁰⁶ Im 18. Jahrhundert war die vorherrschende Meinung, Hauptursache der Ruhr sei „eine scharf gewordene, in Fäulniß übergegangene Galle“.²⁰⁰⁷ Doch selbst die mittlerweile vielfach diagnostizierte „gastrische Ruhr“ unterteilte man noch in drei Unterarten. Die Zuordnung zu einer der Ursachen bestimmte die Art der Therapie. Bei Annahme einer Gallenstörung verschrieb man Brech- und Abführmittel. Sowohl beliebt als auch umstritten war die Therapie mit Rhabarber.²⁰⁰⁸ Wurde eine übermäßige Darmtätigkeit als Ursache angenommen, kamen die Erkrankten in den Genuss von Opium.²⁰⁰⁹

Beobachtet wurde, dass unter den Erkrankten „vornehmlich solche Leute sind, die Kraft ihres Berufs, ihrer Konstitution oder Lebensart mehr wie andere den Abwechslungen der Luft bloßgestellt waren.“²⁰¹⁰ Zudem sei die Ruhr bevorzugt „bei den Landleuten, die vielmals nicht mehr Zeit zu Hause hinbringen, als zum Schlafen und Essen erforderlich“, ausgebrochen. Den Umstand, dass die körperlich arbeitende Bevölkerung in weitaus stärkerem Maße betroffen war, führte man u. a. darauf zurück, dass in der Sommerhitze „das Geblüt in eine außerordentliche Wallung gebracht, dessen Kreislauf vermehrt und der Schweiß befördert wird, welches den Säften des Leibs eine Schärfe zuziehet, (...) die Schweißlöcher beschloss, die Ausdünstung verhindert,

²⁰⁰³ Vgl. HAUFF (1836), S. 225-227 u. 291-295.

²⁰⁰⁴ Vgl. EBD., S. 260.

²⁰⁰⁵ Vgl. ENGELHARD (1797), S. 40-53; WEDEKIND (1811), S. 55; HAUFF (1836), S. 354-360; BAUBERGER (1838), S. 18-20.

²⁰⁰⁶ Vgl. ENGELHARD (1797), S. 70-73.

²⁰⁰⁷ MATTHÄI (1797), S. 23 und passim; vgl. auch BAUBERGER (1838), S. 11.

²⁰⁰⁸ Vgl. MATTHÄI (1797), S. 11. Durch seine abführende Wirkung kann der Rhabarber, zusammen mit der Gabe von ausreichend Flüssigkeit, durchaus einen positiven therapeutischen Effekt bei Ruhrinfektionen erzielt haben.

²⁰⁰⁹ Vgl. BAUBERGER (1838), S. 21 f.

²⁰¹⁰ GEUNS (1790), S. 118.

und die zurückgehaltenen scharfen Feuchtigkeiten in den Magen und die Gedärme zurückgetrieben, und da die Ursache der Ruhr abgeben.“²⁰¹¹ Damit wurde aus dem medizinischen Verständnis der Zeit heraus die Tatsache plausibel, dass die Ruhr potentielle Begleiterin militärischer Verbände in Kriegszeiten war. Man ging davon aus, dass das Zusammenleben vieler Menschen auf engem Raum „faule Dämpfe“ erzeuge.²⁰¹² Schädliche Miasmen würden auch beim Verfaulen von Leichnamen und durch die Ausscheidungen Erkrankter freigesetzt. Der Ausbruch der Ruhr im Jahre 1757 in der Stadt Wesel beispielsweise wurde darauf zurückgeführt, dass „das Land (...) von fremden Völkern überschwemmet“ wurde. Allerdings war aufgefallen, dass selbst in den Armeen nicht alle Soldaten gleichermaßen von der Ruhr heimgesucht wurden. Verschont blieben häufig die Offiziere.²⁰¹³ Und auch die altgedienten Soldaten erkrankten deutlich seltener als die jüngeren an der Ruhr. Dies wurde damit erklärt, dass die ersteren eine strengere Disziplin hielten und insbesondere kein unreifes Obst zu sich nahmen. Mediziner erachteten dessen Verzehr noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts „als Causalmoment für epidemische Ruhr“.²⁰¹⁴ Gleichwohl waren bereits 100 Jahre zuvor innerhalb der Ärzteschaft Zweifel an der Annahme laut geworden, dass die Ruhr durch unreifes Obst hervorgerufen werden könnte.²⁰¹⁵ Nun wurde es als Heilmittel empfohlen.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der vermeintlichen Schädlichkeit von Obst wurde eine mögliche Gefährdung durch Insekten diskutiert: „Vorboten einer einbrechenden Ruhr sind nach sehr vielen Beobachtungen eine Menge Fliegen, Mücken und Ungeziefer.“²⁰¹⁶ Die Ruhr könne sich ausbilden, wenn Insekten, „die eine laugenhafte Schärfe in sich haben, welche die Gedärme anfrisst“, mitgegessen werden.²⁰¹⁷ Ein Teil der Mediziner lehnte die Annahme, dass Insekten die Ruhr hervorrufen können, vollkommen ab. Dagegen spreche bereits das natürliche Ekelgefühl, das zumindest die Menschen in den europäischen Ländern verbinde. Andernfalls müsse sich dies in den Ausscheidungen der Ruhrkranken nachweisen lassen.²⁰¹⁸ Weil beobachtet wurde, dass

²⁰¹¹ RAHN (1765), S. 10; vgl. auch BAUMER (1752), S. 5-9.

²⁰¹² HANNES (1766), S. 7; vgl. auch GEUNS (1790), S. 263-270; BAYER (1871), S. 7-9.

²⁰¹³ Vgl. KRÜGELSTEIN (1803), S. 15 u. 20; STAHL (1864), S. 9; BAYER (1871), S. 3-5.

²⁰¹⁴ EL ALFI (1854), S. 24; vgl. auch RIECKE (1848), S. 21; BAYER (1871), S. 10.

²⁰¹⁵ Vgl. BAUMER (1752), S. 10 f.; HANNES (1766), S. 60-70 u. passim.

²⁰¹⁶ KRÜGELSTEIN (1803), S. 10 f.; vgl. auch HILLENBERG (1916), S. 6, der eine „ungeheure Fliegenplage“ während einer Ruhrepidemie in Litauen erwähnt; hierzu auch WINKLE (2005), S. 394.

²⁰¹⁷ HANNES (1766), S. 73.

²⁰¹⁸ Vgl. WEDEKIND (1811), S. 67-69.

Menschen, die ihr Obst oder Gemüse vor dem Verzehr nicht säuberten, öfter an der Ruhr erkrankten, sah man die Verunreinigung durch Insekten als ursächlich: „Wenigstens glauben viele, dass wenn diese Insecten nicht zur Erzeugung der Ruhr beyträgen, sie doch wenigstens dieselbe fortpflanzen können.“²⁰¹⁹

Die Auseinandersetzung mit der Ruhr brachte ein ganzes Bündel an teilweise widersprüchlichen Ansichten über die Krankheitsursachen hervor. Weil die Ruhr stets epidemisch auftrat, kam u. a. die Vermutung auf, dass ein „Ruhrstoff“ für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich, die Ruhr also eine ansteckende Krankheit sein müsse.²⁰²⁰ Doch war aufgefallen, dass von den Kleidern der Verstorbenen, „die von den Gesunden begierig aufgekauft wurden (...)“, keine Gefahr ausging.²⁰²¹ Überdies sollen die Ärzte, die mit den Ruhrkranken Kontakt hatten, nicht selbst erkrankt sein. Lediglich unter den Angehörigen der Ruhrinfizierten war die Krankheitsrate erhöht. Die Annahme von der Existenz eines „Ruhrstoffs“ rückte wieder in den Hintergrund. Eine andere Erklärung war, dass die Ruhr „jedesmal ursprünglich aus ihren eignen natürlichen oder veranlassenden Ursachen entstehen müsse, und indessen auch mehrmalen aus solchen Ursachen entstehen könne.“²⁰²² Die Miasmentheorie wiederum griff nur bedingt, da der Ausbruch der Ruhrepidemien oft erst in Spätsommer und Herbst fiel. In dieser Jahreszeit waren die Menschen im Vergleich zu den Monaten des Hochsommers oder auch des Winters keinen extremen Temperaturen, die sich nach herrschender Meinung negativ auf die Zusammensetzung der Atemluft auswirken konnten, ausgesetzt. Dennoch hielt sich der Glaube, die Luft sei ursächlich verantwortlich für den Ausbruch der Ruhrepidemien. Allerdings könne individuelles Fehlverhalten das Krankheitsrisiko erhöhen. Die Mediziner entwarfen daher diätetische Verhaltensregeln und rieten, heftige Gemütsbewegungen zu vermeiden.²⁰²³ Die Pflege sollte von Personen übernommen werden, die bereits die Ruhr überstanden hatten. Kinder und alte Menschen sollten überhaupt nicht in die Pflege eingebunden werden. Den Pflegenden empfahl man, sich gründlich zu waschen sowie Vorsicht im Umgang mit den Ausscheidungen der Erkrankten. Unnötige Kontakte wie Krankenbesuche sollten vermieden werden. Weil man davon ausging, dass Ängstlichkeit die Empfänglichkeit

²⁰¹⁹ KRÜGELSTEIN (1803), S. 11.

²⁰²⁰ Vgl. ENGELHARD (1797), S. 27-35.

²⁰²¹ Vgl. GEUNS (1790), S. 91.

²⁰²² EBD., S. 94; vgl. auch DERS. (1790), S. 120-123; KRÜGELSTEIN (1803), S. 16.

²⁰²³ Vgl. GEUNS (1790), S. 87 u. 331-341; KRÜGELSTEIN (1803), passim; HAUFF (1836), S. 461-464.

förderte, folgerte man, „dass das beste Verwahrungsmittel gegen die Ruhr seye, sich nicht zu fürchten.“²⁰²⁴

Zumindest ein Teil der von den Medizineren erarbeiteten Empfehlungen wurde über die staatlichen Behörden in die Fläche getragen (vgl. Kap. 2.2.5). In der Landgrafschaft Hessen-Kassel wurde 1719 erstmals ein „Regierungs=Ausschreiben wegen der grassierenden rothen Ruhr“ veröffentlicht.²⁰²⁵ Insbesondere wurde verfügt, dass den Ortsvorstehern und Schulmeistern eine Schrift mit entsprechenden Hinweisen zur Prävention und Therapie („Consilio Medico“) auszuhändigen ist. Empfehlungen zur Verhütung der Ruhr wurden darüber hinaus über weitere Druckmedien wie Zeitschriften oder die beliebten Staatskalender verbreitet. Im schaumburg-lippischen Staatskalender 1780 werden unter den Empfehlungen zur Bekämpfung der Ruhr u. a. die Trennung der Gesunden von den Kranken sowie die möglichst rasche Entfernung und der Ausscheidungen aufgeführt (allerdings nicht an erster Stelle). Die Ausscheidungen sollten vergraben und nicht zur Düngung auf den Misthaufen geschüttet werden.

In einer vornehmlich agrarisch orientierten Gesellschaft ein Bewusstsein dafür zu wecken, dass von einem Misthaufen eine Gefahr ausgehen könnte, war ein sehr schwieriges Unterfangen.²⁰²⁶ Die Erkenntnis, dass der Genuss von Wasser aus stehenden und schlammigen, selbst durch Fäkalien und Tierkadaver verunreinigten Gewässern einen schädlichen Einfluss haben kann, setzte sich nur langsam durch.²⁰²⁷ Hauff (1836) beklagt:

„Von allen diesen zweckmäßigen Maaßregeln aber ist zu sagen, dass sie theils aus Indolenz, Dummheit und Aberglauben nicht befolgt werden, theils aber in ausgebreiteten Epidemieen, besonders in den Wohnungen der Armen nicht befolgt werden können. Wenn ein halbes Dutzend Ruhrkranker in einer einzigen engen Stube, zu zwey und drey in einem und demselben Bette, auf früher schon faulem Stroh liegt, wenn sie alle zusammen anstatt eines ordentlichen Leibstuhls einen Kübel haben, der stets offen dasteht, weil er immer besetzt ist, und

²⁰²⁴ ENGELHARD (1797), S. 32.

²⁰²⁵ SAMMLUNG HESSLO 3, S. 822 f.

²⁰²⁶ Vgl. LARSEN (1983), S. 59.

²⁰²⁷ Insbesondere Soldaten auf einem Feldzug waren in dieser Hinsicht wenig wählerisch; vgl. BAYER (1871), S. 10 f.; hierzu auch STAHL (1864), S. 9; HARDACH-PINKE/HARDACH (1978), S. 249.

um dessen Besitz sie sich nicht selten streiten, dann hat es mit allen diesen an sich so guten Rathschlägen ein Ende.“ (S. 464)

Bei der Bekämpfung der Ruhr griffen die Obrigkeiten durchaus auf Zwangsmittel zurück. So drohten gemäß der Polizeordnung von Lüneburg aus dem Jahre 1798 Strafen in Höhe von 5 und mehr Talern bei Zuwiderhandlung gegen Maßnahmen, die zum Schutz der Bevölkerung aufgrund einer Ruhrepidemie getroffen worden sind.²⁰²⁸

Ruhr im Untersuchungsgebiet

Die Ruhr ist eine Krankheit, die auch von Laien mit einiger Sicherheit diagnostiziert werden kann.²⁰²⁹ Die Schilderung von Bayer (1871) vermittelt eindrucksvoll, wie sich eine Infektion äußert:

„Die ausgeleerten Stoffe sind wässerig und fast immer mit Blut, bisweilen auch mit Eiter vermischt, braun oder schwarz gefärbt und verbreiten fast immer einen unerträglich stinkenden Geruch. Gleich im Anfange ist der Kranke genöthigt, das Bett zu hüten, seine Kräfte sinken schnell, sein Gesicht zeigt den Ausdruck einer tiefen krankhaften Veränderung. Der Durst ist sehr heftig und kaum haben die Kranken das Getränk verschluckt, als auch schon der Drang zum Stuhle sich fühlbar macht. Die Haut ist trocken und rau und bekommt bald ein schmutziges, erdfarbenes Ansehen. Wenn nichts die Fortschritte der Krankheit hemmt, so sieht man das Gesicht gar bald ein leichenähnliches Aussehen annehmen, es entsteht Schluchzen, der Leib wird aufgetrieben und gleichsam meteoristisch, die Leibscherzen verschwinden, die Extremitäten werden kalt, der Puls klein und unmerklich und der Tod endigt das Leiden“.
(S. 12)

²⁰²⁸ Vgl. HINZ (1965), S. 80; vgl. auch WISCHHÖFER (1991), S. 344.

²⁰²⁹ BAYER (1871), S. 12; vgl. auch GEUNS (1790), S. 19-22; ENGELHARD (1797), S. 20; MATTHÄI (1797), S. 128 f.; WEDEKIND (1811), S. 71-74; HAUFF (1836), S. 231; BAUBERGER (1838), S. 5.

Diarrhoen dürften aufgrund der unzulänglichen hygienischen Verhältnisse in der Vergangenheit zwar ein verbreitetes Übel gewesen sein.²⁰³⁰ Ähnliche Beschwerden könnten durch Nahrungsunverträglichkeiten hervorgerufen worden sein.²⁰³¹ Doch zählte die Ruhr noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch in der Grafschaft Schaumburg zu den ständig wiederkehrenden Krankheiten. Viele Menschen waren daher schon aus eigener Erfahrung mit den Symptomen vertraut. Darüber hinaus häuften sich die entsprechenden Krankheits- bzw. Todesfälle innerhalb einer bestimmten jahreszeitlichen Phase (siehe unten), was auf ein epidemisches Auftreten verweist. Somit ist davon auszugehen, dass die in den schaumburgischen Kirchenbüchern verzeichneten Ruhrtoten in aller Regel tatsächlich dieser Krankheit erlegen sind.

Belege für Ruhrepidemien in Schaumburg liegen bereits aus der Zeit vor dem Dreißigjährigen Krieg vor. 1599 starben allein in Hessisch Oldendorf „61 Einwohner am Blutgang“.²⁰³² Im Kirchspiel Grove (Rbg) ist die Todesursache *Ruhr* seit Einführung der Sterberegister im Jahre 1665 dokumentiert. Vielfach erscheint diese Todesursache in attributiver Erweiterung als *rothe Ruhr*, was sich auf die blutigen Ausscheidungen bezieht. Oder, in einigen wenigen Fällen, als *weiße Ruhr*: „Wenn, wie zuweilen geschieht, gar kein Blut dem Darmschleime sich beimischt, und wenn die Ausleerung der Galle in die Gedärme nicht sehr vermehrt ist, so sind die meisten Stuhlgänge weis, eyweisartig, und man nennt das Übel, die weisse Ruhr, Dysenteria alba.“²⁰³³ *Gallen=Ruhr* bezieht sich auf eine der mutmaßlichen Ursachen. Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts findet sich des Öfteren *am Hofgang*, eine im norddeutschen Raum gebräuchliche Umschreibung für die Ruhr.²⁰³⁴ „[Hof]gang“ konnte jedoch auch ein Synonym für Durchfallerkrankungen im Allgemeinen sein.²⁰³⁵ Im 18. Jahrhundert kommt – zunächst nur in den südlichen Kirchspielen, später auch im Norden – der griechisch-lateinische Begriff *Dysenterie* auf. Gelegentlich lautet der Eintrag nur *D.O.* (=dysenterie obiit). Weitere Bezeichnungen sind *Rothlauf*, *Durchlauf* oder (*schmerzhafter*) *Durchfall*. Dass es sich dabei tatsächlich um die *grassirende Ruhr* gehandelt

²⁰³⁰ Vgl. auch GEUNS (1790), S. 22 f.; ACKERKNECHT (1963), S. 44 f.

²⁰³¹ Berichte über Verschlimmerungen nach dem Essen und ein schaumiges Aussehen der Stühle verweisen insbesondere auf die Zöliakie; vgl. BAYER (1871), S. 13 f.

²⁰³² Vgl. KÖLLING (1956), S. 39.

²⁰³³ WEDEKIND (1811), S. 7.

²⁰³⁴ Vgl. WOHLKENS (1954), S. 75.

²⁰³⁵ Mit „Gang“ umschrieb man vermutlich zunächst in den Klöstern den Abort. Dort waren die Wohn- und Arbeitsbereiche mit den Aborten, die sich in der Regel im äußeren Bereich befanden, durch einen Gang verbunden; vgl. HÖSEL (1987), S. 41.

haben dürfte, belegen jeweils Kumulationen entsprechender Todesfälle in kurzen Zeiträumen.

Die Ruhr wurde kaum in Kombination mit anderen Krankheiten bzw. Todesursachen verzeichnet. Bei Kindern findet man gelegentlich Zusätze wie *zuletzt Scheuerchen*, bei Erwachsenen *Auszehrung*, *Schwindsucht* oder einfach *an den Folgen der rothen Ruhr*. Manchmal wurde vermerkt, dass eine erkrankte Person zum Zeitpunkt der Infektion bereits gebrechlich oder bettlägerig war. Darüber hinaus gibt es ein paar Hinweise auf Fieber sowie eine der frühneuzeitlichen Fieberkrankheiten (*am gallichten Faul=Fieber*, *Nervenfieber* o. ä.). Dass vergleichsweise selten weitere Krankheiten genannt wurden, hat vermutlich zwei Gründe: Zum einen könnten mögliche weitere Krankheitssymptome durch das Hauptsymptom, also die Diarrhoe, in den Hintergrund gerückt worden sein. Zum andern fielen die Ruhrepidemien in eine Jahreszeit, in der insbesondere die Ansteckungsgefahr durch infektiöse Atemwegserkrankungen relativ gering war. Bevor sich weitere Erkrankungen manifestierten, waren die Infizierten, sofern sie nicht genasen, bereits verstorben. Die Krankheitsdauer konnte sich zwar über einen sehr langen Zeitraum hinziehen; in Schaumburg wurde in einem Fall 20 Wochen genannt. Die meisten Menschen sind jedoch nach 8–14 Tagen verstorben.²⁰³⁶

Das Verhältnis der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit an der Ruhr ist während des Untersuchungszeitraums in Schaumburg ausgeglichen: 51,2 % der Verstorbenen waren männlich, 48,8 % weiblich (105 : 100; n = 1.511). Im Zehn-Jahres-Schnitt bildet die Geschlechterverteilung Unterschiede ab (**Tab. 37**): In den ersten 20 Lebensjahren ist der Anteil der männlichen Individuen unter den Ruhrtoten mit jeweils über 55 % erhöht. In den nachfolgenden Altersstufen liegt der prozentuale Anteil der Frauen, bei denen die Todesursache *Ruhr* verzeichnet wurde, fast ausnahmslos weit über dem der Männer. Lediglich die Gruppe der 30-Jährigen entspricht mit 52 % zu 48 % ungefähr dem Durchschnitt.

²⁰³⁶ Vgl. MATTHÄI (1797), S. 125 u. 141; hierzu auch KRÜGELSTEIN (1803), S. 12; HAUFF (1836), S. 246; BAUBERGER (1838), S. 12; EL ALFI (1854), S. 20.

Tabelle 37*Ruhr – Sexualproportionen im Zehn-Jahres-Schnitt in Schaumburg (1750–1869)*

ALTER	m	w	ALTER	m	w
1.- 10. Lj.			41.- 50. Lj.		
[n = 771]	126,8	100	[n = 46]	64,3	100
in %	55,9	44,1	in %	39,1	60,9
11.- 20. Lj.			51.- 60. Lj.		
[n = 292]	122,9	100	[n = 94]	54,1	100
in %	55,1	44,9	in %	35,1	64,9
21.- 30. Lj.			61.- 70. Lj.		
[n = 59]	59,5	100	[n = 104]	62,5	100
in %	37,3	62,7	in %	38,5	61,5
31.- 40. Lj.			> 70 Jahre		
[n = 50]	108,3	100	[n = 95]	82,7	100
in %	52,0	48,0	in %	45,3	54,7

Die Untersuchungen zur Ruhr aus dem 18. und 19. Jahrhundert sind in diesem Punkt nicht eindeutig.²⁰³⁷ Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Ruhrepidemien häufig im Zusammenhang mit militärischen Aktionen ausbrachen, was Berichte über erhöhte Anteile der Männer erklärt. Vermutet wurde zudem, dass zwar mehr Männer als Frauen erkrankten, letztere dafür eher an der Ruhr starben.²⁰³⁸ Die Männer seien demnach aufgrund ihrer Tätigkeit – körperliche Arbeit unter freiem Himmel – gefährdeter, während „das stillere häusliche Leben der Frauen mehr sichert“.²⁰³⁹ Andererseits wird über eine Epidemie in Nimwegen im Jahre 1736 berichtet: „Die Ruhr befiel Personen jedes Alters, das weibliche Geschlecht aber so überwiegend, dass die Epidemie den Namen der ‚Weiberkrankheit‘ erhielt.“²⁰⁴⁰ Auch bei den Choleraepidemien im ausgehenden 19. Jahrhundert war die Mortalitätsrate unter Frauen außerordentlich hoch.²⁰⁴¹ Aufgrund von Tätigkeiten wie Waschen und Kochen waren die Frauen der Gefahr durch kontaminiertes Wasser ausgesetzt. Stärker jedoch dürfte sich die Gefährdung der Mütter durch die Betreuung der Säuglinge und Kleinkinder ausgewirkt haben:

²⁰³⁷ Vgl. GEUNS (1790), S. 214; ENGELHARD (1797), S. 25; KRÜGELSTEIN (1803), S. 14 f.; HAUFF (1836), S. 217; BAYER (1871), S. 3; hierzu auch WOELHKENS (1954), S. 77.

²⁰³⁸ Vgl. GEUNS (1790), S. 214-219.

²⁰³⁹ EBD., S. 249.

²⁰⁴⁰ HAESER (1865), S. 424.

²⁰⁴¹ HILGER (1991), S. 168 f.

„Eine edle Mutter hielt, um ihrem Kinde die Schmerzen und die Angst, die der jedesmalige Vorfall des Afters²⁰⁴² verursachte, letzteren stets mit den Fingern zurück, und musste so jede Oeffnung mit der Hand auffangen. Es dauerte wenige Tage, als die Finger der Mutter unter brennendem Schmerz und mit dunkler Röthung sich entzündeten; bald erhoben sich Pusteln, die sich mit grünem Eiter füllten und erst nach mehreren Tagen trockneten.“²⁰⁴³ Die geschlechtsspezifische Aufgabenteilung könnte zur erhöhten Sterblichkeit der erwachsenen Frauen beigetragen haben. Warum jedoch der Anteil der schauburgischen Männer im 4. Lebensjahrzehnt über dem der Frauen liegt, ist in diesem Zusammenhang nicht recht ersichtlich. Möglicherweise handelt es sich um eine statistische Unschärfe, die auf den vergleichsweise geringen Datenbestand zurückgeht. Denkbar ist ansonsten, dass Frauen in dieser Phase weniger mit der Betreuung von Kleinkindern befasst waren und sich stattdessen verstärkt im Rahmen der Feldernte betätigten.

Die am stärksten gefährdete Altersgruppe in der Grafschaft Schaumburg waren Kinder. 60,9 % der Verstorbenen mit der Todesursache *Ruhr* erreichten nicht das 14. Lebensjahr.²⁰⁴⁴ Davon starben jeweils rund 7 % im 1. und 2. Lebensjahr. Die prozentualen Anteile der folgenden Jahrgänge bis zum Erreichen der Juvenalität liegen bei sinkender Tendenz zwischen 6 und 3 %. Die Gesamtzahl der während der Ruhrepidemien in Schaumburg erkrankten Personen ist zwar nicht überliefert. Gleichwohl legt dieser Befund zwei Vermutungen nahe: Zum einen, dass Kinder grundsätzlich anfälliger für Ruhrinfektionen waren; zum andern, dass ihre Überlebenschancen im Falle einer Infektion unter der der Erwachsenen lagen. So ist belegt, dass Kinder etwa ein Drittel der Erkrankten ausmachten.²⁰⁴⁵ Bestätigt wird zudem, dass sich die Hälfte der Verstorbenen aus Kindern zusammensetzte. Darüber hinaus starben auch Hochbetagte – gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung – überproportional häufig (**Abb. 119**).²⁰⁴⁶

²⁰⁴² Anal- und Rektumprolaps sind häufige Begleiter von Ruhrinfektionen; vgl. auch ENGELHARD (1797), S. 210 f.

²⁰⁴³ Zitat nach HAUFF (1836), S. 239.

²⁰⁴⁴ Vgl. auch SCHLÖDER (2014), S. 244.

²⁰⁴⁵ GEUNS (1790), S. 227; vgl. auch ENGELHARD (1797), S. 25; KRÜGELSTEIN (1803), S. 14 f.; STAHL (1864), S. 24 f.; WOHLKENS (1954), S. 77; MAGER (1984), S. 108 f.

²⁰⁴⁶ Vgl. auch IMHOF (1977), S. 56 f.; BEGEMANN (1990), S. 111.

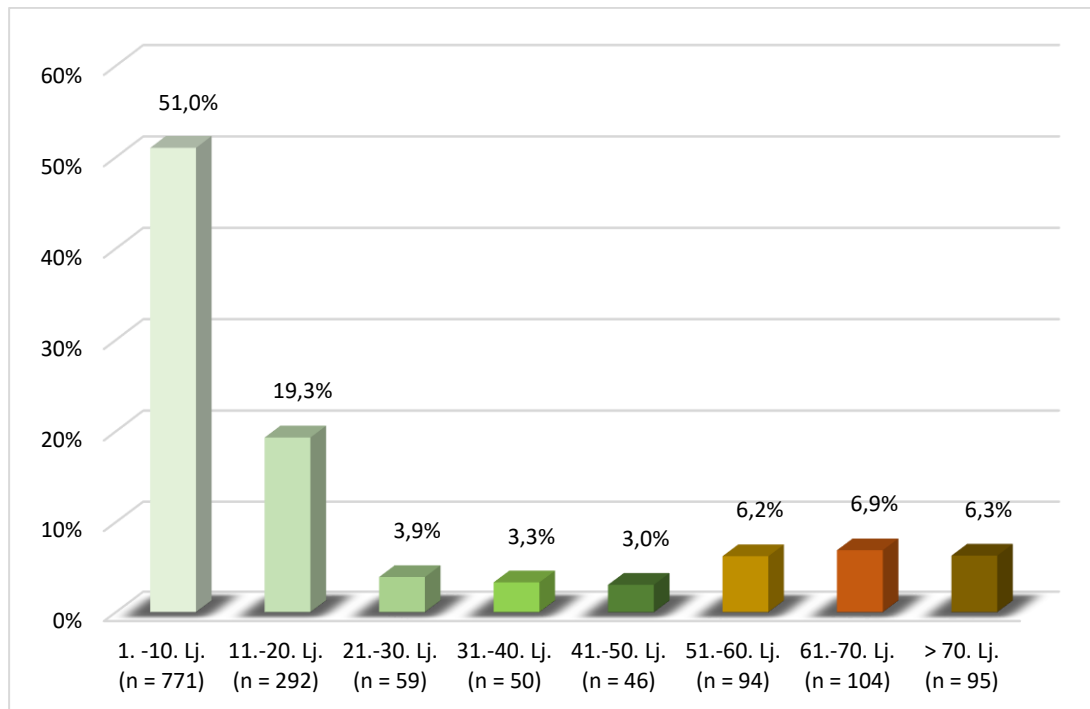


Abb. 119: Ruhr – altersspezifische Sterblichkeit im Zehn-Jahres-Schnitt (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Starben Personen im fortgeschrittenen Alter infolge einer Ruhrinfektion, ist zumeist ein bereits zuvor reduzierter Allgemeinzustand anzunehmen. Die zeitgenössischen Ärzte gingen von einer Störung des körpereigenen Säftehaushalts aus. Die erhöhte Mortalität unter Hochbetagten war für sie nicht ungewöhnlich. Die Tatsache, dass „gar Kinder in der Wiege, die weder den Fehlern in der Diät, noch den von den Veränderungen der abwechselnden Wärme und Kälte der äussern Luft entstehenden Beschwerden ausgesetzt sind, nicht verschonet“²⁰⁴⁷ blieben, stand hingegen nicht in Übereinstimmung mit den herkömmlichen Erklärungsansätzen. Einige der Säuglinge aus den schamburgischen Sterberegistern, die an der Ruhr starben, hatten zum Zeitpunkt ihres Todes gerade einmal die 1. Lebenswoche vollendet. Woelkens führt die erhöhte Gefährdung der Kinder auf den engen Kontakt zu ihren Müttern im Rahmen der Pflege zurück.²⁰⁴⁸ Doch dürfte die Übertragung nicht minder oft in entgegengesetzter Richtung erfolgt, also die Mütter von den Kindern angesteckt worden sein. Säuglinge und Kleinkinder haben einen tieferen Schlaf und sind dadurch in ihrer Abwehr der Fliegen²⁰⁴⁹, den (Haupt-)Überträgern der Ruhr, beeinträchtigt. Außerdem verfügen sie

²⁰⁴⁷ RAHN (1765), S. 7.

²⁰⁴⁸ Vgl. WOELKENS (1954), S. 76.

²⁰⁴⁹ Die Haus- oder Stubenfliege (*Musca domestica*) nutzt zur Eiablage bevorzugt Fäkalien, da diese den Larven nach dem Schlüpfen als Nahrung dienen.

noch nicht über sonderlich ausgeprägte Ekelgefühle und neigen dazu, Dinge in den Mund zu nehmen. Sie kommen eher in unmittelbarem Kontakt zu kontaminierten Gegenständen. Säuglinge haben zudem einen erhöhten Flüssigkeitsbedarf.²⁰⁵⁰ Dehydratationen infolge anhaltender Diarrhoen bedeuten in ihrem Fall stets Lebensgefahr.

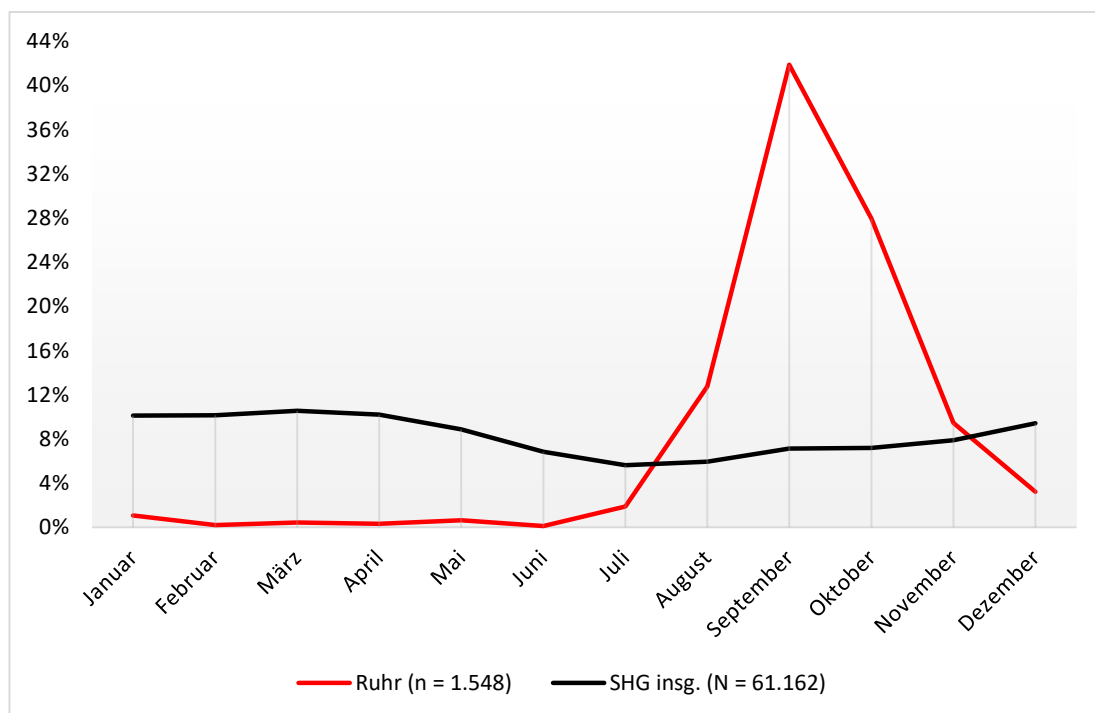


Abb. 120: Ruhr – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Charakteristisch für die Ruhrsterblichkeit ist ein ausgeprägter saisonaler Trend (**Abb. 120**): Die ersten Todesfälle wurden nach Ausbruch einer Epidemie in Schaumburg zumeist bereits in den Monaten Juli und August registriert. Im September schnellten die Zahlen sprunghaft nach oben, doch schon im November ging die Sterblichkeit signifikant zurück. In den folgenden 7 Monaten findet sich *Ruhr* unter den registrierten Todesursachen so gut wie nie. Dieser Trend spiegelt sich in den medizinischen Quellen wider.²⁰⁵¹ Die Ruhr galt im europäischen Raum als Krankheit des Hochsommers und Herbstes. Man rechnete mit ihrem Ausbruch insbesondere dann, wenn es bereits im Juni sehr heiß und trocken war.²⁰⁵² Im Sterberegister des schauburg-lippischen

²⁰⁵⁰ Vgl. CELLUCCI (2019).

²⁰⁵¹ Vgl. RAHN (1765), S. 7; HANNES (1766), S. 7 f.; GEUNS (1790), S. 9; ENGELHARD (1797), S. 43-47; HUFELAND (1799), S. 1 u. 8 f.; KRÜGELSTEIN (1803), S. 7; WEDEKIND (1811), S. 57; SCHNURRER (1825), S. 427 f. u. 498; HAUFF (1836), S. 210; BAUBERGER (1838), S. 12; RIECKE (1848), S. 21; HAESER (1865), S. 491-494; BAYER (1871), S. 4; hierzu auch HILLENBERG (1916), S. 5; JUNGKUNZ (1951), S. 338 f. BEGEMANN (1990), S. 111.

²⁰⁵² Vgl. GEUNS (1790), S. 15 u. 95-99; EL ALFI (1854), S. 23.

Kirchspiels Steinhude wurde 1788 vermerkt, dass die Ruhr in diesem Jahr *wegen der außerordentlichen anhaltenden Hitze im Junio, Julio und August ausgebrochen* war.

Auch das Klima des Vorjahres soll unter bestimmten Bedingungen den Ausbruch von Ruhrepidemien begünstigt haben. Nach einem ausführlichen Bericht aus dem Rhein-Neckar-Kreis war der Sommer des Jahres 1833 zwar warm, aber äußerst regenreich. Der folgende Winter war ungewöhnlich milde, allerdings sehr stürmisch. Es kam zu Überschwemmungen. Doch ab Mai 1834 blieb der Regen nahezu aus und die Temperaturen stiegen derart stark an, „dass der Sommer 1834 bei uns und überhaupt in Deutschland so heiss wurde, wie man in 80 Jahren (seit 1755) keinen erlebt hat, und unser Clima an Hitze und Trockenheit der Luft dem der Tropenländer ähnlich war.“²⁰⁵³ Das Wetter kann die Vermehrung von Insekten begünstigen. Nachgewiesen wurde, dass Schmeiß- und Stubenfliegen als Vektoren in erheblichem Umfang zur Verbreitung von Bakterien beitragen.²⁰⁵⁴ Eine allgemeine Regel lässt sich aus den zeitgenössischen Beobachtungen jedoch nicht ableiten; auch in kalt-nassen oder unauffälligen Sommern blieb die mitteleuropäische Bevölkerung nicht von der Ruhr verschont.²⁰⁵⁵

Für das nordschaumburgische Kirchspiel Grove (Rbg) wurden die prozentualen Anteile der Ruhrsterblichkeit ermittelt und mit den durchschnittlichen Bevölkerungsanteilen der fünf Mitgliedsgemeinden verglichen (**Abb. 121**). Auffallend ist, dass die Mortalitätsrate nur im Kirchspielort Grove und der vorstädtischen Siedlung Mühlenstraße über dem Bevölkerungsanteil liegt. Die Lebens- und Verbreitungsbedingungen von *Shigella* sind dort am besten, wo auf engem Raum stehende oder langsam fließende warme Gewässer sowie ein hohes Aufkommen an Fäkalien und Fliegen zusammentreffen. Die Rodenberger Aue kommt als Infektionsherd in Betracht. Die Hofstellen der agrarisch ausgerichteten Mühlenstraße grenzen sogar unmittelbar an den Flusslauf. Dass die Einwohnerschaft des Bauerndorfes Algesdorf in geringerem Maße von der Ruhr betroffen war, lässt sich mit der erhöhten Siedlungslage, einer vergleichsweise großzügigen Bebauung und der räumlichen Entfernung vom Zentrum des Kirchspiels erklären. Die Stadt Rodenberg und die Vorstadt Rodenberger Tor befinden sich zwar in unmittelbarer Nachbarschaft zu Grove und Mühlenstraße, doch unterschieden

²⁰⁵³ HAUFF (1836), S. 7.

²⁰⁵⁴ Vgl. JUNQUEIRA ET AL. (2017).

²⁰⁵⁵ Vgl. HAUFF (1836), S. 210 f.

sie sich in ihrer Wirtschaftsstruktur von den anderen Mitgliedsgemeinden. Das agrarische Element war von untergeordneter Bedeutung. Mit der Reduktion der Viehhaltung verringert sich auch die Vermehrung von Fliegen. Die überdurchschnittlich hohe Letalität aufgrund der Ruhr in den bäuerlich geprägten Siedlungen Grove und Mühlenstraße ist nicht auf ungünstigere Lebensbedingungen im materiellen Sinne zurückzuführen, sondern auf eine erhöhte Infektionsrate.

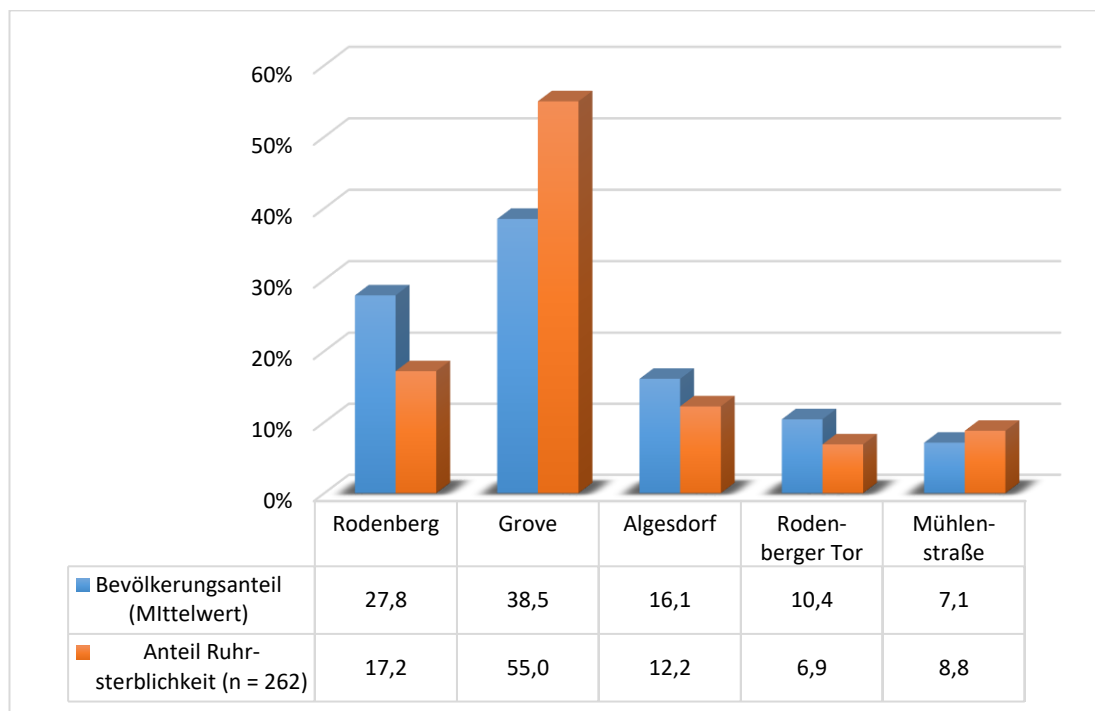


Abb. 121: Ruhr – Bevölkerungsanteile und Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent²⁰⁵⁶

Woehlens, der die Auswirkungen von Pest und Ruhr in der Stadt Uelzen verglich, hatte für die Ruhr keine Unterschiede zwischen den Stadtteilen entdeckt: „Eine Untersuchung der Verteilung der Toten auf die einzelnen Haushalte liefert nichts Besonderes. (...) Die topographische Verteilung und die Reihenfolge des Befalls der Häuser ist [sic!] völlig unregelmäßig. Räumt man den Fliegen den Hauptteil an der Verbreitung der Krankheit ein, so ist diese Unregelmäßigkeit verständlich, da die infizierenden Insekten nicht wie bei der Pest an einen Träger gebunden sind.“²⁰⁵⁷ Die Quellen sind in

²⁰⁵⁶ Unberücksichtigt blieben elf Sterbefälle, die keiner Siedlung eindeutig zugeordnet werden konnten.

²⁰⁵⁷ WOELKENS (1954), S. 77. Für die Pest hat er eine berufsbedingte Vulnerabilität beobachtet: Die lärmempfindlichen Ratten mieden Schmiedehäuser, hielten sich bevorzugt in Haushalten der lebensmittelverarbeitenden Gewerbe auf; vgl. EBD., S. 72-75.

dieser Hinsicht nicht eindeutig.²⁰⁵⁸ In Städten bestand aufgrund der Konzentration vieler Menschen auf engem Raum im Fall von epidemischen Krankheiten per se ein großes Infektionsrisiko. Auf dem Land war der enge Kontakt zum Nutzvieh problematisch. Ein weiterer Faktor sind die örtlichen Wasserverhältnisse. Größere, schnellfließende Wasserläufe könnten der Verbreitung von *Shigella* entgegengewirkt haben.²⁰⁵⁹

Im 18. Jahrhundert setzte eine intensivere Beschäftigung mit der Ruhr ein. Im Vergleich zu den vorangegangenen Jahrhunderten trat diese Krankheit wohl öfter in Erscheinung, wobei die zunehmende Mobilität eine Rolle gespielt haben könnte.²⁰⁶⁰ Man erkannte die Ruhr als eine Durchfallerkrankung mit infektiösem Potential.²⁰⁶¹ In Frankreich galten Ruhr und Typhus als „Krankheiten der schmutzigen Hände“.²⁰⁶² Städtische Ärzte vermuteten, dass sie nicht von außen eingeschleppt wurde. Aufmerksam registriert wurde eine Verbreitung über „Hausgenossen, und darauf über die Nachbarschaft von Haus zu Haus“.²⁰⁶³ Der Kreisarzt Hillenberg, „Führer eines Seuchentrupps“ im Ersten Weltkrieg, erwähnt in Zusammenhang mit einer Ruhrepidemie in Litauen: „Nirgends trat die Seuche explosionsartig auf, überall reihte sich eine Erkrankung an die andere.“²⁰⁶⁴ Die Shigellose ist eine äußerst infektiöse Krankheit. Klinische Symptome stellen sich bereits bei der Aufnahme sehr kleiner Mengen des Bakteriums ein. So finden sich in den Sterberegistern der Grafschaft Schaumburg immer wieder Hinweise darauf, dass im Laufe einer Epidemie mehrere Mitglieder einer Familie verstorben sind. Ein heftiger Ruhrausbruch ist in den Sterberegistern des wesenahen Kirchspiels Deckbergen im Jahre 1741 dokumentiert. Darunter gibt es mehrere Fälle, in denen 2–4 Personen aus derselben Familie am gleichen Tag beerdigt wurden. Während der Epidemie fanden beinahe täglich Beerdigungen statt. Die Familienmitglieder starben also sehr kurz nacheinander, was dafür spricht, dass sie sich in rascher Abfolge infiziert haben.

²⁰⁵⁸ Vgl. GEUNS (1790), S. 92 f.; KRÜGELSTEIN (1803), S. 12; PETER (1978), S. 320 f.; LARSEN (1983), S. 59; VASOLD (1999), S. 197 f.

²⁰⁵⁹ Vgl. KRÜGELSTEIN (1803), S. 15 f.

²⁰⁶⁰ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 43 f.; VASOLD (1999), S. 189 u. 198.

²⁰⁶¹ Vgl. GEUNS (1790), S. 92 f.; KRÜGELSTEIN (1803), S. 12; ACKERKNECHT (1963), S. 44; zur Kontroverse um die Frage „Ist die Ruhr ansteckend?“ vgl. ENGELHARD (1797), S. 27-35.

²⁰⁶² VASOLD (1999), S. 198.

²⁰⁶³ GEUNS (1790), S. 277.

²⁰⁶⁴ HILLENBERG (1916), S. 5.

Bewertung

Die Analyse der Daten aus dem Kirchspiel Grove (Rbg), wo bereits seit 1665 Todesursachen registriert wurden, hat ergeben, dass die Ruhr in unregelmäßigen Abständen und bei stark schwankender Mortalität auftrat (vgl. Kap. 2.3.5). In der Phase des Siebenjährigen Krieges könnte die Ruhr vorübergehend verstärkt in Erscheinung getreten sein. In den kommenden Jahren finden sich sowohl in der Grafschaft Schaumburg als auch einigen der berücksichtigten mindischen, lippischen und schauburg-lippischen Kirchspielen nur vereinzelte Belege für die Todesursache *Ruhr*. Im Jahre 1778 änderte sich dies. Plötzlich war die Ruhr gleichzeitig in der Grafschaft Schaumburg und in Schaumburg-Lippe präsent. Besonders in den schauburgischen Kirchspielen am Nordufer der Weser, im Auetal und in Nordschaumburg wurden viele Tote registriert. Bereits ein Jahr später erschien die Ruhr, diesmal auch im Fürstentum Minden und in der Grafschaft Lippe, erneut. 1780 waren nur wenige Kirchspiele betroffen, aber 1781 trat sie wieder flächendeckend auf. Weitere Jahre mit sehr vielen Belegen für die Todesursache *Ruhr* sind 1788, 1791, 1792, 1794, 1795, 1796, 1797, 1800, 1811, 1813, 1814, 1818 und 1819. Bis zum Ende des Untersuchungszeitraums fallen nur noch die Jahre 1846, 1865 und 1872 auf. Allerdings sind weder die flächenmäßige Verbreitung noch die Todeszahlen mit denen des ausgehenden 18. Jahrhunderts zu vergleichen.

Die Ruhr war in der Grafschaft Schaumburg endemisch, denn die Todesfälle wurden in den betroffenen Kirchspielen zeitlich annähernd parallel registriert. Dass diese Krankheit einer Gesetzmäßigkeit im Sinne epidemischer Intervalle unterlag, war bereits für die Zeitgenossen nicht ersichtlich.²⁰⁶⁵ Vielmehr beobachtete man regionale Unterschiede: „Manche Orte haben sie jährlich, wie Wetzlar, andere, als Lüneburg, in vielen, vielen Jahren nicht, welche Verschonung man von dem vielen Kalkbrennen herleiten will.“²⁰⁶⁶ Das Sterberegister des schauburg-lippischen Kirchspiels Altenhagen-Hagenburg enthält 1779 den Hinweis: *Seit 1756 ist diese Gemeinde unter göttl: Beystand davon befreiet geblieben*. Im Jahr 1779 scheint dann die Ruhr nicht nur im Raum Schaumburg mit außergewöhnlicher Heftigkeit aufgetreten zu sein. Darüber hinaus wurde vermerkt: *Auf einen außerordentlichen warmen und trockenen Sommer erfolgte in vielen Ländern Deutschlands die Rothe Ruhr: und dieser Ort ward auch*

²⁰⁶⁵ Vgl. GEUNS (1790), S. 88-90; HAUFF (1836), S. 207 f.

²⁰⁶⁶ KRÜGELSTEIN (1803), S. 10.

damit heimgesuchet. Vor 1778 war die Ruhr eher selten, die Jahre 1778 und 1779 können durchaus als Zäsur gelten. In den kommenden Jahrzehnten bildete *Ruhr* gleichsam eine Konstante im Spektrum der Todesursachen. Für einen Zeitraum von rund 40 Jahren zählte die Grafschaft Schaumburg zu den Hochprävalenzgebieten.

Vermutlich haben klimatische Veränderungen im Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert wesentlich zur Vermehrung und Streuung des Bakteriums *Shigella* beigetragen. Insbesondere die 1790er Jahre waren eine überdurchschnittlich warme Periode.²⁰⁶⁷ Als Erklärung für die bisweilen erheblichen Mortalitätsunterschiede selbst zwischen benachbarten Kirchspielen kann das Wetter nur bedingt herangezogen werden. Wie der Beckedorfer Pastor 1794 vermerkte, sei *der Sterbfall in diesem Jahr so starck gewesen, wie er nicht in meinem gantzen, nun 30 Jahre geführten ordentlichem Predigt Amt eintraf*. Dagegen lautet eine Notiz aus demselben Jahr in Alenhagen-Hagenburg: *Epidemien sind nicht herschend gewesen, selbst die Ruhr die an vielen Orten wüthete, war hier sehr erträglich*. Als mögliche Ursache für die Schwankungen wird eine ungünstige Ernährungslage in einzelnen Jahren angenommen: Eine Epidemie „ist für schlechternährte Menschen sehr viel gefährlicher als für gutsituierte. So kann beispielsweise die Letalität an Ruhr oder Typhus von 10–15 % unter normalen Umständen auf 60 % in Mangelzeiten steigen.“²⁰⁶⁸ Darüber hinaus können Syndemieeffekte eine zusätzliche Belastung der Gesundheitslage der Bevölkerung hervorgerufen haben. Im Fall der frühneuzeitlichen Shigellose wurden Kleinkinder als vulnerable Gruppe identifiziert. Für sie bestand nicht zuletzt aufgrund der grassierenden Kinderkrankheiten ein erhöhtes Risiko für Infektionen. Liegt bereits eine Immunsuppression vor, nehmen Krankheiten wie die Shigellose einen potentiell schweren Verlauf. Ein weiterer Faktor, der zu den Unterschieden in der ruhrbedingten Mortalität zwischen einzelnen Jahren und Kirchspielen beigetragen hat, ist der Erwerb einer Infektionsprävalenz („Durchseuchungssimmunität“).²⁰⁶⁹ Kirchspiele, in denen in einem Jahr *Ruhr* sehr häufig vermerkt worden war, wurden im folgenden Jahr weniger stark oder überhaupt

²⁰⁶⁷ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 66 f.

²⁰⁶⁸ GEHRMANN (1984), S. 102.

²⁰⁶⁹ „Eine Episode der Shigellose vermittelt mindestens einige Jahre lang eine serotypspezifische Immunität. Patienten können jedoch zusätzliche Episoden der Shigellose haben, die durch andere Serotypen verursacht werden.“ MSD Manual – Ausgabe für medizinische Fachkreise: <https://www.msdmannuals.com/de-de/profi/infektionskrankheiten/173-gramnegative-st%C3%A4bchen/shigellose> – letzter Zugriff: 2023-11-12. Vgl. auch REDETSKY (1931), S. 499-501; VASOLD (1999), S. 12 u. 109.

nicht mit entsprechenden Todesfällen konfrontiert, während in benachbarten Kirchspielen das Gegenteil der Fall war.

In den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) gibt es im Jahr 1736 54 Belege für die Todesursache *Ruhr*. Im Jahr 1743 sind es 5, 1750 dann 35 und 1757 nur 3 Belege. Der Abstand zwischen dem Auftreten der Ruhr beträgt jeweils genau 7 Jahre. Da außer *Ruhr* kaum Todesursachen verzeichnet wurden, ist unklar, woran die anderen Menschen verstorben sind. Hinweise auf Epidemien gibt es nur 1756 – einige Kinder starben an den Pocken – und 1757, als im Frühjahr die Todesursache *Brustkrankheit* mehrmals erscheint. Dass einer oder mehrere der drei aufgeführten Faktoren – Mangelernährung, Syndemieeffekte und Infektionsprävalenz – zum Tragen kam, ist nicht ersichtlich. Die genauen Ursachen für die extremen Schwankungen lassen sich damit nicht bestimmen.

Der Vergleich der Ruhrsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) im 18. und 19. Jahrhundert hat einen tendenziellen Rückgang ergeben (vgl. Kap. 2.3.5). Seit 1794 liegt die Zahl der Belege für die Todesursache *Ruhr* nur noch im einstelligen Bereich. Ähnliches lässt sich über die anderen Kirchspiele sagen. Die Krankheit trat zwar nach 1778 vermehrt auf, doch die Mortalität sank. In diesem Zeitraum fand nicht nur *Shigella*, sondern auch Erreger anderer Infektionskrankheiten sehr gute Verbreitungsbedingungen vor. Dass die Ruhr nicht mehr Todesopfer forderte, lässt sich auf einen allgemeinen Rückgang der Infektionen mit *Shigella* zurückführen, der bis zum Ende des Untersuchungszeitraums anhielt.²⁰⁷⁰ Der Grund für diese Entwicklung ist auch in der Grafschaft Schaumburg in den obrigkeitlichen Vorgaben zur Prävention der Ruhr zu suchen. Obwohl das Bakterium nicht entdeckt und damit die Ursache der Shigellose unbekannt war, fand man geeignete Mittel, um diese Krankheit wirksam einzudämmen. Die Bekämpfung der Ruhr steht exemplarisch für eine erfolgreiche Umsetzung hygienischer Maßnahmen.

²⁰⁷⁰ Vgl. auch ACKERKNECHT (1963), S. 42.

3.5.5 Cholera

Cholera leitet sich vom griechischen Begriff für Galle, cholé, ab. Ursprünglich verstand man darunter eine Diarrhoe, die auf eine Störung der Gallenfunktion zurückgeführt wurde. Der Begriff Gallenruhr, der noch lange im 19. Jahrhundert im deutschen Sprachraum geläufig war, verweist auf den symptomatischen Zusammenhang mit der Shigellose. Die Durchfallerkrankung, die sich in pandemischer Verbreitung von Indien kommend um 1830 erstmals in Europa zeigte, wurde ursprünglich als „asiatische“ Cholera (Cholera asiatica) bezeichnet. Der Eindruck dieser und nachfolgender Pandemien, die jeweils mit außergewöhnlich hohen Todeszahlen in vielen europäischen Städten einhergingen, war jedoch so prägend, dass der Bezug auf die geographische Herkunft entfiel.

Klinische Beschreibung

Hervorgerufen wird die Cholera durch ein gramnegatives Bakterium aus der Gattung der Vibrionen (*Vibrio cholerae*). Es ist sehr widerstandsfähig und kann sowohl in aeroben als auch anaeroben Milieus überleben. Zur Vermehrung benötigt es ebenfalls keinen Sauerstoff. *Vibrio cholerae* ist ein aquatisches Bakterium und kommt in Süß- und Salzwasser vor. Optimale Lebensbedingungen findet es in stehenden Gewässern sowie in warmen Küstengewässern. Die Pathogenität wird durch ein Protein hervorgerufen, das durch das Bakterium abgesondert wird und als Enterotoxin die Darmtätigkeit beeinflusst. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt ausnahmslos oral zu meist über kontaminiertes Wasser, seltener über Lebensmittel. Die Aufnahme von *Vibrio cholerae* führt vergleichsweise selten zu klinischen Reaktionen. Kleinere Mengen werden durch die Magensäure abgetötet. Mehr als 80 % der Fälle verlaufen symptomlos. Hat das Bakterium jedoch den Magen passiert, setzt es sich in den Epithelzellen des Dünndarms fest, wo es sich vermehrt und dabei den Giftstoff freisetzt. Die ersten Symptome werden oft schon nach einer Inkubationszeit von 2 Tagen sichtbar.

Der Krankheitsverlauf wird in 3 Stadien unterschieden. Die Infektion äußert sich zunächst als Gastroenteritis mit vorwiegend dünnflüssigem Stuhl. Im 2. Stadium tritt eine äußerlich sichtbare Exsikkose auf. Bestimmendes Symptom im Endstadium sind Bewusstseinsstörungen bis hin zu komatösen Zuständen. Zu den lebensbedrohlichen

Komplikationen zählen Pneumonie und Sepsis. Die Therapie besteht primär in der Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen, idealerweise intravenös, da auf diese Weise die Passage durch den Magen-Darm-Trakt umgangen wird. Bei schwereren Verläufen kommen Antibiotika in Betracht.

In der Gegenwart tritt die Cholera nur noch äußerst selten in den westlichen Industriestaaten auf. In den Ländern der sogenannten Dritten Welt ist sie weiterhin verbreitet. Hauptursache für Infektionen durch Vibrionen ist die unzureichende Entsorgung von Abwässern bzw. die Verunreinigung von Trink- und Nutzwasser. Der Verbreitung von Vibrionen lässt sich mit relativ einfachen hygienischen Maßnahmen (z. B. Filtern des Wassers) effektiv entgegenwirken. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Impfung.

Cholera in der Vergangenheit

Der Begriff Cholera wurde in der Antike geprägt.²⁰⁷¹ Endemisch war sie im asiatischen Raum, insbesondere in Indien. Im Jahre 1670 beschrieb Thomas Sydenham eine Krankheit, die im Vorjahr in England epidemisch aufgetreten sein soll und die er als Cholera bezeichnete. Die Schriften beeinflussten im 19. Jahrhundert die Therapie, da man die durch *Vibrio cholerae* hervorgerufenen Beschwerden auf eine Beeinträchtigung des Säftgleichgewichts zurückführte. Doch lassen sich die antiken Beschreibungen der Cholera als einer sporadisch auftretenden Gallenerkrankung ebensowenig wie der Bericht Sydenhams mit der Krankheit in Einklang bringen, die seit den 1820er Jahren die europäischen Ärzte beschäftigte. Im Gegensatz zur Shigellenruhr gibt es für die durch *Vibrio cholerae* hervorgerufene Infektionskrankheit keine Belege, die ein Auftreten während der Frühen Neuzeit im mitteleuropäischen Raum annehmen lassen. Im 19. Jahrhundert änderte sich dies. Das Gebiet der deutschen Staaten blieb von den insgesamt sechs²⁰⁷² Pandemien nicht verschont. Bereits vor dem Auftreten der Cholera in den Jahren 1830/31 wurde registriert, dass sich seit 1817 eine Seuche größeren Ausmaßes auf Europa zubewegt.²⁰⁷³ Begünstigt wurde ihre Ausbreitung vermutlich durch

²⁰⁷¹ Vgl. MICOUD (1992), S. 2214 f.; WINKLE (2005), S. 153-157; POCZKA (2017), S. 216-222; zur Begrifflichkeit vgl. auch PETER (1978), S. 306.

²⁰⁷² Kritisch zur Zählung der Pandemien vgl. POCZKA (2017), S. 217 f.

²⁰⁷³ Vgl. SCHNURRER (1825), S. 619; WINKLE (2005), S. 161-165.

klimatische Veränderungen.²⁰⁷⁴ Die Staubmengen, die infolge des Ausbruchs des Vulkans Tambora im Jahre 1816 in die Atmosphäre gelangten, führten insbesondere in Teilen Indiens zu Störungen des Monsungeschehens. Dass sich die Cholera so zügig und raumgreifend verbreiten konnte, ist Folge des einsetzenden Kolonialismus und der Intensivierung des Handels. Die Cholera durchquerte nach und nach den asiatischen Kontinent und erreichte zunächst den Nordosten Afrikas. Die erste große Pandemie kam 1824 zum Stehen, die deutschen Staaten blieben vorerst verschont. Keine 3 Jahre später flammte die Cholera erneut auf und bewegte sich von Russland kommend in Richtung Europa, wo sie erstmals 1830 nachgewiesen wurde.²⁰⁷⁵ Im Jahr darauf war der norddeutsche Raum, darunter Hamburg, betroffen.²⁰⁷⁶ Der ersten Pandemie folgten weitere. Unter den Seuchenzügen, von denen auch deutsche Staaten heimgesucht worden sind, erwiesen sich die der Jahre 1836/37, 1848/49, 1854/55 und 1866 als besonders verheerend.²⁰⁷⁷

Die teilweise sehr hohen Todesraten in Europa sind im Kontext des Verstädterungsprozesses zu sehen, der sich im Rahmen der Industrialisierung vollzog. Die Cholera war in Westeuropa eine Krankheit der „verdichtet bewohnten Zentren“²⁰⁷⁸, letztlich der Städte. Problematische hygienische Verhältnisse und das Zusammenleben vieler Menschen auf engem Raum begünstigen per se die Ausbreitung von Infektionskrankheiten.²⁰⁷⁹ Im Fall der Cholera waren es indes weniger die sozialen Kontakte als vielmehr die Kontamination des Wassers. Vorrang hatte die Schaffung von Wohnraum für die anwachsende Industriearbeiterschaft. Ein Bewusstsein für hygienische Standards hatte sich noch nicht herausgebildet.²⁰⁸⁰ Zugleich verschärfte die allgemeine Landflucht die Situation in den städtischen Quartieren. Die Cholera war nicht ausschließlich, aber weitgehend ein Armutproblem, weil die Angehörigen der mittellosen

²⁰⁷⁴ Vgl. SCHNURRER (1825), S. 551 f.; HILGER (1991), S. 159; DETTKE (1995), S. 15 u. 19 f.

²⁰⁷⁵ Vgl. WINKLE (2005), S. 165-174.

²⁰⁷⁶ Vgl. EVANS (1990), S. 316-319; HILGER (1991), S. 160; VASOLD (1999), S. 237.

²⁰⁷⁷ Vgl. DETTKE (1995), S. 212-215; HAVERKAMP (1995), S. 158; MÜHLAUER (1996), S. 11 f.; VASOLD (1999), S. 230-232.

²⁰⁷⁸ HILGER (1991), S. 157; vgl. auch HELM (1979), S. 26; RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 74 f.; DETTKE (1995), S. 209-212; ZWINGELBERG (2013), S. 170.

²⁰⁷⁹ Daraus ergab sich als potentielle Infektionsquelle für die ländlichen Regionen der aus den Großstädten importierte „Kotdung“, der auf dem Land zur Düngung der Felder verwendet wurde; vgl. LARSEN (1983), S. 59; EVANS (1990), S. 178 f.

²⁰⁸⁰ Vgl. auch POZKA (2017), S. 223 f.

Schichten nur eingeschränkt Zugriff auf sauberes Wasser hatten.²⁰⁸¹ Die Vermehrung von *Vibrio cholerae* in Siedlungen steht in Abhängigkeit zu Einwohnerdichte und Infrastruktur sowie geographischer Lage²⁰⁸². Daher unterschieden sich die europäischen Großstädte in Hinblick auf die Intensität, mit der die Krankheit auftrat.²⁰⁸³ In Berlin beispielsweise erkrankten während der ersten Pandemie in den Jahren 1831 und 1832 2.271 Menschen, von denen 1.426 starben.²⁰⁸⁴ Bezogen auf die gesamte Stadtbevölkerung fiel ein halbes Prozent der Einwohnerschaft der Cholera zum Opfer. Berlin zählte damit nicht zu den am stärksten betroffenen Städten. Im norddeutschen Osnabrück, einer Mittelstadt, starb 1859 ein ganzes Prozent der Bevölkerung aufgrund einer Cholerainfektion.²⁰⁸⁵ In Hamburg kostete die Choleraepidemie von 1892 nach der amtlichen Zählung 13,4 % der Bevölkerung das Leben.²⁰⁸⁶

War die Krankheit ausgebrochen, standen die zeitgenössischen Ärzte ihr letztlich hilflos gegenüber. Jede zweite Infektion soll letal verlaufen sein.²⁰⁸⁷ Therapeutisch bekämpfte man die Krankheit mit den üblichen Mitteln.²⁰⁸⁸ Im Vordergrund standen die Gabe von Kalomel²⁰⁸⁹ und die Blutentziehung mittels Aderlass und anderer Methoden. Darüber hinaus verordnete man Klistiere sowie abführende Mittel auf pflanzlicher Basis. Opium wurde zur Schmerzlinderung eingesetzt. Dampfbäder, ätherische Öle und säurehaltige Substanzen sollten den Kreislauf anregen. Das therapeutische Spektrum war auch im Rahmen der Choleraerapie äußerst vielfältig, aber: „Es erstaunt, wie gering der therapeutische Fortschritt vom ersten bis zum letzten Einbruch der Cholera in Europa, also von 1831 bis 1892, war. Im ganzen Jahrhundert ist es nicht gelungen, ein spezifisches Heilmittel gegen Cholera ausfindig zu machen.“²⁰⁹⁰ Dennoch war es nicht unmöglich, die Zahl an Infektionen zu minimieren. 1831 fiel in allen preußischen Landesteilen auf, dass die jüdischen Gemeinden trotz Armut und einer ungünstigen

²⁰⁸¹ Vgl. HELM (1979), S. 23 f.; FREVERT (1984), S. 132 f.; DETTKE (1995), S. 252 f. u. 256-259; HAVERKAMP (1995), S. 145; MÜHLAUER (1996), S. 34-36; VASOLD (1999), S. 241 f.; BIRKNER (2003), S. 31-33; HESS (2003), S. 166 f.

²⁰⁸² Die Strömungsgeschwindigkeit von Wasserläufen ist bei der Verbreitung von *Vibrio cholerae* maßgeblich; vgl. RODENWALDT (1967), S. 205 f.; hierzu auch JAHN, ELLEN (1994), S. 10 f.

²⁰⁸³ Vgl. VASOLD (1999), S. 241 f.

²⁰⁸⁴ Vgl. DETTKE (1995), S. 208 f.

²⁰⁸⁵ Vgl. HAVERKAMP (1995), S. 229.

²⁰⁸⁶ Vgl. EVANS (1990), S. 375.

²⁰⁸⁷ Vgl. VASOLD (1999), S. 236.

²⁰⁸⁸ Vgl. JAHN, ELLEN (1994), S. 110-126.

²⁰⁸⁹ Quecksilber(I)-chlorid, ein Mineral, das u. a. als Abführ- und Brechmittel Anwendung fand.

²⁰⁹⁰ JAHN, ELLEN (1994), S. 127.

Wasserversorgung nur äußerst geringfügig von der Cholera betroffen waren.²⁰⁹¹ Dies galt auch für Städte wie Breslau, Königsberg und Danzig. Die von den Gemeindevorstehern verhängten Vorschriften sowie ihre Empfehlungen zur Seuchenprävention wurden befolgt. Darüber hinaus wurde unter den Mitgliedern der jüdischen Gemeinde weniger Branntwein konsumiert. Alkohol kann die Magenschleimhaut, die einen natürlichen Schutzmechanismus gegen Vibrionen darstellt, maßgeblich schädigen.

Die preußische Regierung hatte sich 1831 nach Kräften bemüht, ein Übergreifen der Cholera zu vermeiden. Als sich die Pandemiewelle von Polen kommend auf Preußen zubewegte, reagierte man mit Grenzkordons, Quarantäne sowie der Isolation von Häusern oder ganzen Siedlungen, Maßnahmen also, mit denen man bereits der Pest begegnet war.²⁰⁹² Das militärgestützte Vorgehen Preußens wurde zunächst Vorbild für den süddeutschen Raum.²⁰⁹³ Die Erfolglosigkeit der Kontaktbeschränkungen führte schließlich zu einer erbitterten Auseinandersetzung auf publizistischem Gebiet zwischen Kontagionisten und Anti-Kontagionisten, die die staatlichen Maßnahmen in Frage stellten.²⁰⁹⁴ Zugleich wurde nicht nur die Ärzteschaft, der bisweilen unterstellt wurde, aus Profitgründen die Cholera „gemacht“²⁰⁹⁵ zu haben, Gegenstand öffentlichen Unmuts; insbesondere vor dem Hintergrund der erneut aufkeimenden revolutionären Stimmung in vielen europäischen Ländern gefährdete die Cholera staatliche Autorität schlechthin.²⁰⁹⁶ Angesichts der drohenden Legitimitätskrise wehrten Medizin und Administration den öffentlichen Druck ab, indem sie Teilen der Bevölkerung Disziplinlosigkeit und unverantwortliches Verhalten vorwarfen.²⁰⁹⁷ Darüber hinaus forcierte man die Anstrengungen um eine effektive Bekämpfung der Cholera.

²⁰⁹¹ Vgl. DETTKE (1995), S. 265 f.

²⁰⁹² Vgl. allg. EBD., S. 66-80; POCZKA (2017), S. 225-228 u. 232 f.; siehe auch HELM (1979), S. 12-21; HAVERKAMP (1995), S. 136 f.

²⁰⁹³ Vgl. POCZKA (2017), S. 242 f.

²⁰⁹⁴ Vgl. DETTKE (1995), S. 20-25 u. 301-303; BRIESE (2003), S. 93-95 u. passim; POCZKA (2017), S. 242-250.

²⁰⁹⁵ Vollständiges Zitat bei FREVERT (1984), S. 130.

²⁰⁹⁶ Vgl. EBD., S. 128 f.; HAVERKAMP (1995), S. 138 f.; MÜHLAUER (1996), S. 53-55; BIRKNER (2003), S. 126 f.; HESS (2003), S. 165-167; POCZKA (2017), S. 313-316.

²⁰⁹⁷ Vgl. FREVERT (1984), S. 100-102 u. 134 f., die den Begriff „Selbstschuld-Paradigma“ verwendet.

Hervorzuheben ist zunächst Max von Pettenkofer, der Begründer der wissenschaftlichen Hygiene in Deutschland. Er war überzeugter Anti-Kontagionist, was ihn in Opposition zu Robert Koch, der als Entdecker²⁰⁹⁸ des Choleraerregers gilt, brachte.²⁰⁹⁹ Im Mittelpunkt seiner Betrachtungen standen die Beschaffenheit des Bodens und dessen Einfluss auf die Wasserqualität. Zwar blieben von Pettenkofer die ursächlichen Zusammenhänge zwischen der Verbreitung des Erregers und des Zusammenlebens der Menschen verborgen, doch trugen seine Schriften dazu bei, dass viele Städte in die Verbesserung der öffentlichen Wasserversorgung investierten.²¹⁰⁰ Den eigentlichen Durchbruch in der Choleraforschung erbrachte der Brite John Snow, der während zweier Epidemien 1849 und 1855 empirisch nachweisen konnte, auf welche Weise sich der Erreger verbreitete. Gleichwohl setzten sich seine Erkenntnisse gegen die vorherrschende wissenschaftliche Auffassung, die traditionell in der Atemluft den einzigen Übertragungsweg sah, nur langsam durch.²¹⁰¹ Dennoch erzielte man Erfolge. Vorbildgebend bei der Seuchenbekämpfung war England, wo durch Erlass des Public Health Act von 1848 eine erfolgreiche Eindämmung der Cholera herbeigeführt wurde.²¹⁰² Die Reformen des Gesundheitswesens und die Maßnahmen zur Verbesserung der Wasserversorgung in den meisten Teilen Europas in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erwiesen sich nicht überall als nachhaltig.²¹⁰³ Doch für die deutschen Städte und Kommunen wirkte sich der Zusammenschluss zum Kaiserreich förderlich aus, da bei allzu laxer Handhabung eine direkte Reichsintervention zu befürchten war.

Cholera im Untersuchungsgebiet

Belege für *Cholera* finden sich in den schauburgischen Sterberegistern vergleichsweise selten. Erstmals registriert wurde die Todesursache im August 1825 im Kirchspiel Grove (Rbg), wo ein 1-jähriger Säugling *an Cholera und Zahnen* verstarb. Im Juli 1827 starb ein 41-jähriger Kaufmann aus Bremen, der sich möglicherweise im Kirchspiel Grove (Rbg) bei Verwandten aufhielt, an einer *Leberkrankheit mit Cholera u. Auszehrung*. Und auch der dritte Beleg für die Todesursache *Cholera* stammt aus

²⁰⁹⁸ Eine erste Beschreibung von *Vibrio cholerae*, die 1854 durch den italienischen Mediziner Filippo Pacini veröffentlicht wurde, blieb weitgehend unbeachtet.

²⁰⁹⁹ Vgl. JAHN, ELLEN (1994), passim; HESS (2003), S. 169-177 u. 185-188. Eine Gegenüberstellung der beiden Lehrsätze bei JAHN, ELLEN (1994), S. 52 f.

²¹⁰⁰ Vgl. BIRKNER (2003), S. 98-116; HESS (2003), S. 181-184.

²¹⁰¹ Vgl. BRIESE (2003), S. 157 f.; POCZKA (2017), S. 299-301 u. 353-357.

²¹⁰² Vgl. PAGEL (1992), S. 87.

²¹⁰³ Vgl. HILGER (1991), S. 169 f.; hierzu auch HELM (1979), S. 52-54; HAVERKAMP (1995), S. 195 u. 204-206.

diesem Kirchspiel. Im Februar 1830 verstarb die 10-jährige Tochter eines Schneidemeisters aus der Vorstadt Rodenberger Tor. Da die Cholera im Frühjahr 1831 erstmals im deutschsprachigen Raum auftrat, wurden die Grover Todesfälle nicht durch eine Infektion mit *Vibrio cholerae* hervorgerufen. Vermutlich litten die Betroffenen an Erkrankungen, die sich symptomatisch durch Erbrechen und vor allem Diarrhoe äußerten. Dass der Begriff Cholera ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt in einem schauburgischen Kirchenbuch erscheint, lässt sich auf die Berichte über die Pandemie, die sich von Indien kommend auf Europa zubewegte, zurückführen.

Als die Cholera tatsächlich im norddeutschen Raum registriert wurde, traf die kurhessische Regierung für die Grafschaft Schaumburg entsprechende Vorbereitungen.²¹⁰⁴ Befürchtet wurde ein Übergreifen im Zuge des Handelsverkehrs bzw. durch Importware, die mit *Ansteckungsstoff* behaftet sein könnte. Alarmierende Nachrichten über das Auftreten in den norddeutschen Hansestädten sowie Hinweise, dass zwei Drittel der Erkrankten der Cholera erlagen, taten ein Übriges. In Form von gedruckten Anweisungen wurden gegenüber der schauburgischen Bevölkerung Verhaltensempfehlungen ausgesprochen. Demnach sollte auf eine *regelmäßige Lebensweise* geachtet werden, um einer Schwächung des Körpers vorzubeugen. Weiche Speisen sollten bevorzugt, auf säuerliche Speisen sowie Alkohol verzichtet werden. Auch die Miasmentheorie findet in den Empfehlungen ihren Niederschlag, da auf regelmäßiges Lüften der Räume geachtet werden sollte. Erfolgversprechender waren die Bestimmungen zur Quarantäne sowie allgemeine Hygieneregeln, etwa zum Umgang mit den Exkrementen der Erkrankten. Hier besteht durchaus eine Analogie zur Ruhrprävention. Auch sollte Körperkontakt nach Möglichkeit vermieden und das von Erkrankten benutzte Geschirr mehrmals gereinigt werden. Zur Desinfektion der Hände wurde eine Waschung durch mit Wasser versetzten Chlorkalk empfohlen.

Hinweise auf ein Übergreifen der Cholera auf die Grafschaft Schaumburg finden sich weder in den Sterberegistern noch in den Unterlagen der Regierungs-Deputation Rinteln. Als die Krankheit 1834 erneut im norddeutschen Raum grassierte, infizierte sich ein *Schiffer* aus der Stadt Rinteln tödlich.²¹⁰⁵ Allerdings hielt er sich zu dem Zeitpunkt in Bremen auf, die Grafschaft Schaumburg blieb erneut verschont. Der erste belegte

²¹⁰⁴ Das Folgende nach STAB H 2, Nr. 521.

²¹⁰⁵ Vgl. EBD.

Todesfall im Untersuchungsgebiet fällt in den Oktober 1848. Ein 52-jähriger *Schuster u. Colon* wurde mit der Todesursache Cholera im Sterberegister des Kirchspiels Großenwieden verzeichnet. Nach einem Bericht des Kreisphysikus Wilhelmi hatte er sich ebenfalls in Bremen infiziert.²¹⁰⁶ Zunächst blieb es bei diesem einen Todesfall.²¹⁰⁷ Im August 1849 berichtete das Nachbarterritorium Schaumburg-Lippe der Regierungs-Deputation Rinteln, dass die Cholera grassiert.²¹⁰⁸ *In dem Dorfe Reinsen im Amte Stadthagen ist seit einigen Tagen eine so heftige und bösertige Brechrühr ausgebrochen, dass die behandelnden Ärzte dieselbe für asiatische Cholera erklärt (...) haben.* Der Rodenberger Amtsphysicus Dr. Galland zog daraufhin Erkundigungen beim Reinsener Bürgermeister ein. Demnach war ein *Hollandgänger* kurz nach seiner Rückkehr nach Aussage der Angehörigen am *Schlagfluss* gestorben. Nach 14 Tagen litten auf der Hofstelle zwei Personen an *Erbrechen* und *Diarrhoe*, 12 Stunden später starben sie. Innerhalb von 3 Tagen traten die Symptome bei drei weiteren Personen auf, von denen eine der Krankheit erlag. Galland wurde jedoch mitgeteilt, dass es sich nicht um die Cholera gehandelt habe. Aber er erhielt die Zusicherung, sofort benachrichtigt zu werden, wenn weitere Fälle auftreten. Dies geschah kurz darauf. In Reinsen, wo weitere sechs Personen verstorben waren, traf Galland einen Arzt aus dem schaumburg-lippischen Bückeberg, der sich während der Choleraepidemie 1832 in Hamburg aufgehalten und Erfahrungen mit der Krankheit hatte. Die beiden diagnostizierten *asiatische Cholera*.

In seinem Bericht klagte Galland über den Leichtsinn der Bevölkerung im Umgang mit der Krankheit. So sei die verordnete Medizin nicht eingenommen worden. Verhängnisvoller dürfte sich aber ausgewirkt haben, dass die schaumburg-lippische Regierung nicht rechtzeitig benachrichtigt worden ist. Rückblickend erscheint das Verhalten der Reinsener Einwohnerschaft äußerst leichtsinnig. Zugutehalten muss man ihnen jedoch, dass in Anbetracht des wiederkehrenden Auftretens der Shigellenruhr in den Sommermonaten der Verdacht nicht zwangsläufig auf die Cholera fallen musste. Die Infektion griff schließlich von Reinsen, das im Bereich des nordwestlichen Hangs des Bückebergs liegt und durch eine Straße unmittelbar mit Dörfern der Kirchspiele

²¹⁰⁶ Vgl. STAB H 2, Nr. 521.

²¹⁰⁷ Ein weiterer schaumburgischer Schiffer war 1848 auf der Heimreise erkrankt, hatte die Infektion aber überlebt; vgl. EBD.

²¹⁰⁸ Das Folgende nach STAB H 2, Nr. 523 u. 524.

Apelern und Grove (Rbg) verbunden ist, auf Siedlungen in der hessischen Exklave über. Dort reagierte man, indem man die Erkrankten isolierte und die Bevölkerung mit schriftlichen Anweisungen u. a. zur Beachtung von Hygieneregeln anhielt. Die Zahl der Infektionen war gering, Sterbefälle wurden nicht registriert.

Im Spätherbst 1850 brach die Krankheit erneut und erstmals unmittelbar in der Grafschaft Schaumburg aus. Registriert wurde die Todesursache (*asiatische*) *Cholera* sowohl in den wesernahen Kirchspielen Rumbeck und Welsede als auch in Nordschaumburg. Die erste tödlich infizierte Person ist ein 64-jähriger Zimmermann aus Rumbeck, der am 2. November 1850 bestattet wurde. Kurz darauf griff die Krankheit auf das Kirchspiel Apelern über. Berichtet wurde, *daß ein Colon Lampe, welcher Salz nach Rinteln gefahren, dortselbst einen Schiffer an der Cholera leiden gesehen, und nach seiner Rückkehr Durchfall bekommen hat, 8 Tage nachher erkrankt seine Frau u. stirbt nach 18 Stunden, worauf sich die Krankheit in dem Orte verbreitet.*²¹⁰⁹ Die Altersspanne der Verstorbenen, die mit der Todesursache *Cholera* in den Sterberegistern verzeichnet worden sind,²¹¹⁰ umfasst 6–77 Jahre, das Geschlechterverhältnis ist relativ ausgeglichen. Die längste Krankheitsdauer umfasst 6 Tage. Häufiger jedoch wurde angegeben, dass die Infizierten nach weniger als 24 Stunden starben. Im Fall einer 48-jährigen Frau aus Welsede soll der Tod bereits 6 Stunden nach Auftreten der Symptome eingetreten sein. Die Berichte der Mediziner enthalten darüber hinaus Angaben zur Zahl der Genesenen.²¹¹¹ Demnach lag die Bandbreite letaler Verläufe zwischen einem Fünftel und zwei Dritteln der Cholerainfektionen.

Bereits 3 Jahre später kam es erneut zu einem Ausbruch der *Cholera* in der Grafschaft Schaumburg. Im Rintelner Sterberegister finden sich zwischen Mitte September und Mitte Oktober 1853 zwölf Belege für die Todesursache (*asiatische*) *Cholera*. Die Seuche scheint sich über den Schiffsverkehr auf der Weser verbreitet,²¹¹² aber auf das Rintelner Stadtgebiet beschränkt zu haben. Anhaltspunkte für ein Übergreifen auf weitere Siedlungen in Schaumburg liegen nicht vor. In den kommenden Jahren gibt es nur

²¹⁰⁹ STAB H 2, Nr. 523.

²¹¹⁰ Erfasst wurden im November/Dezember 1850 nur zehn Fälle. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Todesursachen im Laufe des 19. Jahrhunderts in einem Teil der schaumburgischen Kirchspiele nicht mehr aufgeführt wurden. Den behördlichen Unterlagen ist zu entnehmen, dass es weitere Sterbefälle in Hessisch Oldendorf sowie Rohden gegeben hat.

²¹¹¹ Vgl. STAB H 2, Nr. 523 u. 524.

²¹¹² Vgl. STAB H 2, Nr. 524.

wenige vereinzelte Belege in den schaumburgischen Kirchenbüchern sowie den behördlichen Unterlagen.²¹¹³ Die Grafschaft Schaumburg blieb von den Choleraepidemien, die den europäischen Raum im 19. Jahrhundert durchzogen, weitgehend verschont.

Bewertung

Die Cholera umgab schnell so etwas wie ein Mythos, der durch ihr plötzliches und aufgrund der hohen Todeszahlen spektakuläres Auftreten genährt wurde. Viele Infizierte starben innerhalb kürzester Zeit.²¹¹⁴ Denn unmittelbar, nachdem sich die Symptomatik erstmals manifestiert, setzt ein erheblicher Flüssigkeitsverlust ein, der in weniger als 24 Stunden zum Tod führen kann. Die Beschleunigung des Informationsflusses durch den raschen Ausbau des Nachrichtenwesens tat ihr übriges. Zudem fand die Cholera Eingang in die Literatur.²¹¹⁵ Die Quellen zum Auftreten der Cholera in der Grafschaft Schaumburg bilden das grundsätzlich hohe Bedrohungspotential dieser Krankheit ab. Dokumentiert sind auch die äußerst schnellen letalen Verläufe. Die schaumburgischen Quellen belegen gleichzeitig, dass man Infektionskrankheiten mittlerweile nicht mehr gänzlich wehrlos gegenüberstand. Entscheidend für den Erfolg der Seuchenbekämpfung war eine rasche Isolation der Infizierten. 1849 war das Bewusstsein für die Gefahr zumindest in der Bevölkerung noch nicht sonderlich ausgeprägt. Das Übergreifen der Infektion vom schaumburg-lippischen Reinsen auf die Dörfer der hessischen Exklave hätte verhindert werden können, wenn der Ernst der Lage rechtzeitig erkannt worden wäre. Als die Cholera ein Jahr später nahezu zeitgleich im Süden und im Norden der Grafschaft ausbrach, scheint man dagegen schnell entsprechende Vorkehrungen getroffen zu haben. Im südschaumburgischen Welsede erlagen im Jahr 1850 sechs Personen der Krankheit. Von diesen lebten vier Personen – ein Ehepaar mit ihrem Kind sowie eine junge Frau – in einem Haus[halt]. In Anbetracht der signifikant hohen Letalität wäre mit mehr Choleraopfern zu rechnen, wenn sich ein größerer Teil der Dorfbevölkerung infiziert hätte. Anzunehmen ist daher, dass recht zügig Quarantänemaßnahmen ergriffen worden sind. Obwohl 1850 mehrere schaumburgische Kirchspiele betroffen waren, blieb die Zahl der Sterbefälle sehr gering. Nach weniger

²¹¹³ Darunter fällt nur noch das Jahr 1857 auf, als einige Cholerafälle in der schaumburgischen Stadt Obernkirchen registriert worden sind; vgl. STAB H 2, Nr. 524.

²¹¹⁴ Vgl. HILGER (1991), S. 159.

²¹¹⁵ Vgl. RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 70 u. 73.

als 6 Wochen war die Gefahr überstanden. In den kommenden Jahren gelang es, die Cholera frühzeitig einzudämmen.

Die Prognose im Fall einer Infektion durch *Vibrio cholerae* war im 19. Jahrhundert äußerst ungünstig. Das Potential, das Wachstum der Bevölkerung in Europa nachhaltig zu beeinflussen, hatte die Cholera nicht. Wenngleich ihr Tausende zum Opfer fielen, war sie vorrangig ein Problem der Groß- und Mittelstädte. Das Land, wo mit Abstand die meisten Menschen wohnten, blieb weitgehend verschont. Dennoch ist der Cholera ein Effekt auf die Bevölkerungsentwicklung nicht abzusprechen. Die Befürchtung, dass sie jederzeit erneut auftreten könnte, führte dazu, dass man sich eingehend mit dieser Krankheit beschäftigte. Dadurch, dass sie sich vorrangig im städtischen Raum manifestierte, bot sie einen vergleichbaren Rahmen für empirische Untersuchungen. Die Cholerapandemien des 19. Jahrhunderts trugen wesentlich zur Dynamisierung auf dem Gebiet von Hygiene und Seuchenprävention bei.

3.6 Influenza, respiratorische Krankheiten und Tuberkulose

3.6.1 Influenza und akute Atemwegserkrankungen

Die Atemwege setzen sich aus einem oberen und einem unteren Teil zusammen. Die oberen Atemwege umfassen Nasenhöhle, Nasennebenhöhle, Mundhöhle und Rachen, die unteren Kehlkopf, Luftröhre und Lunge. Die Lunge ist ein sehr komplexes Gebilde, das sich in zwei Lungenflügel, die sich an je einer Seite der Brusthöhle befinden, teilt. Die beiden Lungenflügel sind zwar ähnlich aufgebaut, aber nicht identisch. Aufgrund des Raumbedarfs des Herzens besteht der linke Lungenflügel nur aus zwei Lungenlappen, einem weniger als der rechte Lungenflügel. Sie enthalten das weitverzweigte luftleitende Bronchialsystem (Arbor bronchialis), in dessen Verästelungen sich der eigentliche Gasaustausch vollzieht. Die oberen und unteren Atemwege bilden das respiratorische System. Es gibt eine Vielzahl an Krankheiten, die die Funktion der zugehörigen Organe vorübergehend oder dauerhaft schädigen und schließlich auch den Tod des betroffenen Individuums herbeiführen können. Letzteres gilt insbesondere für Karzinomkrankungen (siehe Kap. 3.8). Weitaus zahlreicher sind Krankheiten, die sich auf die eigentliche Lungenfunktion auswirken. Die meisten davon heilen schnell und folgenlos ab. Einige dieser Krankheiten können jedoch unter bestimmten Umständen chronifizieren, also eine lebenslange gesundheitliche Beeinträchtigung nach sich ziehen. Das Gefahrenpotential akuter Atemwegserkrankungen steigt, wenn der befallene Organismus eine Vorschädigung aufweist oder ein bereits vorhandener Infekt viral oder bakteriell überlagert wird. Atemwegserkrankungen hatten in der Vergangenheit einen beträchtlichen Anteil an der Gesamtsterblichkeit (siehe Kap. 4.3). Durch die Entdeckung des Penicillins und die Weiterentwicklung antibiotischer Therapien konnte vor allem die Sterblichkeit aufgrund von respiratorischen Infekten erheblich gesenkt werden. Dennoch zählen Atemwegserkrankungen weiterhin zu den häufigsten Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland. Zu unterscheiden ist zwischen den akuten²¹¹⁶ Atemwegserkrankungen wie Grippaler Infekt, Sinusitis, Angina und Influenza auf der einen und den Infektionen des Lungensystems auf der anderen Seite. Zwischen diesen beiden Gruppen besteht oft ein Kausalzusammenhang. So ist beispielsweise die Pneumonie eine typische Komplikation einer Primärerkrankung.

²¹¹⁶ Zu den chronischen Atemwegserkrankungen vgl. Kap. 3.6.2.

Grippaler Infekt und Influenza

Der Grippale Infekt verläuft auch unbehandelt zumeist harmlos. Weil er überwiegend in der kalten Jahreszeit auftritt, wird er volkstümlich als Erkältung bezeichnet. „Grip-pal“ hat den gleichen Ursprung wie „Grippe“ und ist dem Französischen (frz. agripper; dt. angreifen bzw. frz. gripper; dt. erwischen) entlehnt.²¹¹⁷ Der Grippale Infekt kann durch eine Vielzahl an Erregern hervorgerufen werden. Eine saisonale Bindung besteht nicht, die Viren sind ganzjährig vorhanden. Im nördlichen Europa wird die Infektion in der Phase zwischen Spätsommer und Frühlingsanfang begünstigt, weil die Schleimhäute der Nase sowie des Mund- und Rachenraums aufgrund von Heizungsluft oft nicht optimal durchfeuchtet sind. Die der Schleimhaut aufsitzenden Flimmerhärchen bieten in diesem Fall nur unzureichenden Schutz, was den Erkältungsviren das Eindringen erleichtert und zur subklinischen Infektion führt. Die mangelnde Durchblutung des Körpers – im Winter gefördert durch Auskühlung insbesondere der unteren Extremitäten – schwächt das Immunsystem, so dass sich der Erreger im Organismus ausbreiten kann, wo er deutlich wahrnehmbare Krankheitszustände hervorruft. Die üblichen Symptome sind Antriebslosigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, Schnupfen, Halsbeschwerden, leichter Husten sowie eine Erhöhung der Körpertemperatur.

Vom Grippalen Infekt zu unterscheiden ist die „echte“ Virusgrippe, die Influenza. Der Name wurde im italienischen Raum geprägt.²¹¹⁸ Er leitet sich vom lateinischen „influentia“ (dt. Einfluss) ab und nimmt Bezug auf die Vorstellung, dass der Ausbruch dieser Krankheit atmosphärischen Einflüssen unterliegt. Die Infektionsbedingungen und Symptome ähneln zwar denen des Grippalen Infekts, sind bei der Influenza in der Regel aber ungleich stärker ausgeprägt bis hin zur mehrwöchigen Bettlägerigkeit. Die Todeszahlen schwanken erheblich, können in der Bundesrepublik Deutschland aber fünfstellige Werte erreichen. Die Inkubationszeit beträgt nur 1–2 Tage, die Symptome treten schließlich abrupt auf. Häufige Komplikationen sind Pneumonie, Myokarditis oder Enzephalitis. Begünstigt werden zudem bakterielle Infektionen durch Pneumo- oder Staphylokokken. Ein hohes Alter sowie Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz und Atemwegserkrankungen bilden in diesem Zusammenhang die größten Risikofaktoren. Zudem erhöht die Influenza das Risiko für Myokardinfarkt

²¹¹⁷ Vgl. BAUER (2016), S. 19.

²¹¹⁸ Vgl. EBD.

und Apoplex, weil der Erreger zur Entzündung des Gefäßsystems führt. Plaques aus Cholesterin und Kalk können sich infolge der Entzündung lösen und u. a. die Herzkranzgefäße verschließen. Darüber hinaus werden bei einer Influenzainfektion Stresshormone ausgeschüttet und damit das Herz-Kreislaufsystem zusätzlich belastet. Die Virulenz der Influenzaerreger kann stark variieren. Die Erreger der Spanischen Grippe von 1918 und der „Schweinegrippe“ von 2009 gehören demselben Virentyp an, weisen aber wesentliche Unterschiede in der Gensequenz auf. An der Spanischen Grippe starben daher nicht nur vergleichsweise viele Infizierte, die Verstorbenen waren auch durchschnittlich jünger und in besserer körperlicher Verfassung als dies bei Influenzaepidemien üblich ist.²¹¹⁹ Vermutet wird eine Überreaktion des bei jungen Menschen ohnehin aktiveren Immunsystems.²¹²⁰

Sowohl der Grippale Infekt als auch die Influenza werden von Viren hervorgerufen. Für den Grippalen Infekt kommen mehr als 200 Erreger aus unterschiedlichen Virusfamilien in Betracht. Die Influenzainfektionen gehen auf drei Virustypen zurück, die als Influenza A, B und C bezeichnet werden. Typ A verursacht Pandemien mit potentiell hohen Mortalitätsraten. Typ B ruft einen mittleren Krankheitsverlauf hervor, Typ C einen leichten. Die Hülle der Influenzaviren enthält die Oberflächenproteine Hämagglutinin (H) und Neuraminidase (N), auf die die körpereigenen Abwehrzellen im Fall einer Infektion reagieren. Allerdings wird die Hüllenstruktur immer wieder verändert, so dass nach überstandener Erkrankung keine dauerhafte Immunität eintritt. Typ A unterscheidet sich von B und C auch dadurch, dass die Oberflächenproteine eine Reihe von Subtypen²¹²¹ bilden. Der als „Vogelgrippe“ bekannte Subtypus H5N1 beispielsweise ist eine Kombination zweier Subtypen, von denen der eine vornehmlich Menschen, der andere Tiere befällt, wodurch sich das Gefahrenpotential erhöht. Als Präventivmaßnahme gegen die Influenza bietet sich die Schutzimpfung an. Aufgrund der Veränderungen der Hüllenstruktur der Viren ist es notwendig, das Impferserum regelmäßig anzupassen. Geimpft wird nur gegen die jeweils verbreitetsten Stämme, ein Schutz gegen alle möglichen Erreger ist nicht zu erreichen. Somit können auch ge-

²¹¹⁹ Vgl. WITTE (2008), S. 12; BAUER (2016), S. 12 u. 29-31.

²¹²⁰ Vgl. Lungenärzte im Netz: <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/den-spiess-umgedreht/> – letzter Zugriff: 2023-11-12.

²¹²¹ Vom Hämogglutinin sind 16, von der Neuraminidase 8 Subtypen bekannt.

impfte Personen an Influenza erkranken, wenn die Infektion durch einen Erreger erfolgt, den das verabreichte Impferserum nicht abdeckt. Gegen den Grippalen Infekt wird wegen der Vielzahl an möglichen Erregern nicht geimpft.

In Anbetracht ihres erhöhten Letalitätsrisikos hat die Influenza in der Vergangenheit nicht zuletzt in den medizinischen Fachkreisen zu wenig Aufmerksamkeit erhalten.²¹²² Zwar wird ab 1833 vorübergehend vermehrt zu dieser Krankheit publiziert, nachdem die Influenza 2-mal innerhalb von 3 Jahren Europa durchzog.²¹²³ Während einer Pandemie, die Europa um 1890 erreichte, rückte die Influenza noch einmal in den Fokus;²¹²⁴ eine nachhaltige Sensibilisierung für die Gefahren der Influenza erfolgte indes erst durch die Spanische Grippe. Ihre schnelle und weltweite Verbreitung wurde durch den bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts intensivierten Reise- und Handelsverkehr erheblich begünstigt. Ihr Ursprung ist unklar, in Europa wurde die Spanische Grippe erstmals 1918 registriert.²¹²⁵ In einem Zeitraum von rund 3 Jahren forderte diese Pandemie weitaus mehr Menschenleben als der Erste Weltkrieg.²¹²⁶

Die Entstehung des Influenzavirus könnte ebenso wie eine Reihe anderer Infektionskrankheiten eine Folge der Domestikation von Wildtieren in der Jungsteinzeit sein.²¹²⁷ Ob die Influenza bereits in der Antike als eigenständige Krankheit wahrgenommen und von Hippokrates beschrieben wurde, ist unsicher, „denn oft sah man einen weiter verbreiteten Catarrh für Influenza an.“²¹²⁸ Die ersten Beschreibungen über das Auftreten von Influenzaepidemien datieren wohl in das Spätmittelalter. Weil sie sich aus dem Osten in den europäischen Raum verbreiteten, nannte man sie auch „russischer Catarrh“. Die Erkenntnislage über Frequenz und Ausmaß früherer Influenzaepidemien in

²¹²² Vgl. auch VISZANIK (1833), S. 33; GLUGE (1837), S. 9-14 u. 16.

²¹²³ Die Schriften entstanden zum Teil als Reaktion auf eine „Preisfrage über die Geschichte und Natur der Influenza“, die von der medizinischen Fakultät in Berlin gestellt wurde; vgl. GLUGE (1837), Vorwort. Den Impuls für die Aufforderung zur Beschäftigung mit der pandemisch auftretenden Influenza könnte die Cholera gegeben haben, die kurz zuvor in Europa aufgetreten war; hierzu HIMLY (1833), Vorwort.

²¹²⁴ Vgl. allg. HONIGSBAUM (2014).

²¹²⁵ Diagnoseunsicherheiten wurden durch zeitgleich grassierende Fleckfieberepidemien erhöht. Einige Ärzte erkannten darin „Grippe mit Exanthem“; vgl. PEIPER (1921), S. 14-17.

²¹²⁶ Die Schätzungen gehen weit auseinander, doch dürften mindestens 3-mal so viele Menschen an der Spanischen Grippe gestorben sein; vgl. WITTE (2008), S. 20; BAUER (2016), S. 1.

²¹²⁷ Vgl. EBD., S. 19.

²¹²⁸ HÜBENER (1852), S. 239; hierzu auch ROLFFS (1833), S. 18-30; VISZANIK (1833), S. 40; SCHWEICH (1836), S. 53 f.; GLUGE (1837), S. 40 f.; WINKLE (2005), S. 1005 f.; WITTE (2008), S. 25 f.; BAUER (2016), S. 20.

Europa ist relativ schlecht. Vermutet wird eine zahlenmäßige Zunahme im 18. Jahrhundert.²¹²⁹ Im schwedischen Raum könnte in der Mitte des 18. Jahrhunderts mehr als ein Zehntel der Bevölkerung an der Influenza verstorben sein. Damit wäre sie die fünfthäufigste Todesursache gewesen. Im rheinhessischen Essenheim rangierte sie mit 73,5 % an erster Stelle.²¹³⁰ Eine in den frühen 1780er Jahren nahezu europaweit dokumentierte Influenzaepidemie erreichte auch die deutschen Territorien: „Im Jahre 1782 erschien jene merkwürdige Epidemie, die wir mit dem Namen Influenza oder Grippe belegten. Sie kam aus Norden, und nahm, ganz einer Pest gleich, ihre Richtung von Nordost nach Südwesten fast über ganz Europa hinweg.“²¹³¹ Darüber hinaus scheint auch die Influenza zu den Krankheiten zu gehören, die sich in den 1790er Jahren infolge der Truppenbewegungen in Mitteleuropa epidemisch verbreitet haben. Der Vergleich mit der Pest kommt nicht von ungefähr. Ebenso wie man den Pestepidemien jahrhundertlang machtlos gegenüberstand, verfügte man auch im Fall einer pandemisch auftretenden schweren Form der Influenza über keine wirksamen therapeutischen Mittel. Durch Aderlässe und die Gabe von abführenden und schweißtreibenden Mitteln etc. glaubte man, die Körpersäfte ins Gleichgewicht zu bringen.²¹³² Als stärkend empfundene Lebensmittel sollten zur Besserung des Allgemeinzustands beitragen, gegen die Beeinträchtigung der Atmungsorgane verordnete man die üblichen Hausmittel bis hin zu toxischen Substanzen. Während der Spanischen Grippe therapierte man u. a. mit Aspirin, dem Fiebersenker Chinin und dem Nervengift Strichnin.²¹³³ In Ermangelung wirksamer Medikamente griff man selbst auf Aderlässe zurück.

Solange die tatsächlichen Ursachen der Influenza nicht bekannt waren, stützte man sich auf Miasmentheorie und Säftelehre. Man verstand die Influenza als „eine eigene Krankheitsform (...), welche durch eine spezifische veränderte Beschaffenheit des all-gemeinsten Mediums alles organischen Lebens, der Luft, und deren eigenthümliche Einwirkung auf die Nerven und Säfte durch die Einathmung derselben hervorgerufen

²¹²⁹ Vgl. IMHOF/LINDSKOG (1978), S. 113-115; VASOLD (1999), S. 206; WINKLE (2005), S. 1031-1035.

²¹³⁰ Vgl. IMHOF/LINDSKOG (1978), S. 113.

²¹³¹ HUFELAND (1814), S. 31. Vermutlich verbreitete sie sich pandemisch; vgl. SCHWEICH (1836), S. 114-116; HANDBUCH (1844), S. 1214 f.; WINKLE (2005), S. 1034-1036.

²¹³² Vgl. HANDBUCH (1844), S. 1224-1231; HÜBENER (1852), S. 242 f.

²¹³³ Vgl. WITTE (2008), S. 18; BAUER (2016), S. 26 f. u. 104-108.

wird. Sie gehört also dem allgemeinsten Sinne und Ausdruck nach, zu den sogenannten catarrhalischen.“²¹³⁴ Bevor der Aufschwung der Bakteriologie im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts zu einem Perspektivwechsel führte, wurde die Influenza als Erkältungskrankheit aufgefasst.²¹³⁵ Zu Beginn der 1890er Jahre verkündete der Berliner Bakteriologe Richard Pfeiffer die mutmaßliche Entdeckung des Erregers, den er als *bacillus influenzae* bezeichnete. Tatsächlich entdeckt wurde das Virus erst 1933 durch britische Wissenschaftler. Über die näheren Umstände der Verbreitung gab es daher lange keine gesicherten Erkenntnisse, doch hatte man beobachtet, dass „(...) oft ¼ bis zur Hälfte der ganzen Bevölkerung“²¹³⁶ erkranken. Gleichwohl ist die Influenza in den zeitgenössischen Quellen, insbesondere den Sterberegistern, kaum präsent. Dafür kommen vorrangig zwei Gründe in Betracht: Zum einen galt die Influenza selbst als eher harmlose Krankheit.²¹³⁷ Aber man sah in ihr, „wenn auch der Tod nicht unmittelbar dadurch herbeigeführt wird, eine Neigung, in andere ernsthafte und selbst organische, pathologische Formen überzugehen“.²¹³⁸ Die übliche Komplikation ist eine Entzündung der Lunge, was bedeutet, dass sich hinter diagnostizierten Todesursachen wie Pneumonie oder auch Lungenlähmung die Influenza vermutet werden kann. Zum anderen ist die Symptomatik der Influenza eher unspezifisch und weist große Ähnlichkeit mit dem Grippalen Infekt auf. Die Unterscheidung zwischen Influenza und dem in der kalten Jahreszeit stets präsenten Grippalen Infekt war den Zeitgenossen nur möglich, wenn innerhalb eines begrenzten Zeitraums eine hohe Zahl an Erkrankungen mit schwerer Symptomatik bis hin zum Exitus auftrat. Das war 1782 – und wohl auch 1833²¹³⁹ – der Fall. Im Allgemeinen waren die Unterschiede jedoch fließend, zumal wenn die Erkrankung durch den Virustyp B oder C hervorgerufen wurde. Der Hinweis, dass die „(nordische) Influenza (...) in der Regel kein bösesartiges Uebel zu nennen“²¹⁴⁰ sei, spricht dafür. Denn: „In den bei weiten mehrsten Fällen tritt eine baldige und beruhigende Genesung, nach oft kaum ein- und mehrtägigen, selten über die eine oder andere Woche sich erstreckenden, Leiden ein“.²¹⁴¹ Es kommt nicht zur Ausbildung eines Exanthems, die Betroffenen leiden nicht zwangsläufig an Diarrhoe, Geschwüren

²¹³⁴ HANDBUCH (1844), S. 1213; vgl. auch ROLFFS (1833), S. 4-10; VISZANIK (1833), S. 41; HÜBENER (1852), S. 241.

²¹³⁵ Vgl. WITTE (2014), S. 188 f.; BAUER (2016), S. 22-24.

²¹³⁶ HANDBUCH (1844), S. 1216; vgl. auch GLUGE (1837), passim.

²¹³⁷ Vgl. HIMLY (1833), S. 5; ROLFFS (1833), S. 3.

²¹³⁸ HANDBUCH (1844), S. 1221.

²¹³⁹ Vgl. HIMLY (1833), Vorwort.

²¹⁴⁰ HANDBUCH (1844), S. 1221; vgl. auch HÜBENER (1852), S. 241 f.

²¹⁴¹ HANDBUCH (1844), S. 1221

o. ä. Daneben grassierten in städtischen Siedlungen ab einer bestimmten Größe in der Regel mehrere epidemische Krankheiten parallel, was den diagnostischen Blick der Ärzte beeinträchtigt haben dürfte. Ein auffälliges Symptom der Influenza sind ein starker Anstieg der Körpertemperatur, Fieberschübe und Schüttelfrost. Wahrscheinlich ist, dass sich auch hinter den besonders im 18. Jahrhundert gern diagnostizierten diversen Fieberkrankheiten nicht selten die Influenza verbirgt. Bei einigen der gelegentlich auftretenden Hautveränderungen, von denen in diesem Zusammenhang berichtet wird, könnte es sich um Zyanosen handeln. Im Fall der Spanischen Grippe ist dokumentiert, dass infolge des Sauerstoffmangels die Haut vieler Erkrankter kurz vor ihrem Tod eine sehr dunkle Färbung angenommen hat.²¹⁴² Bis weit in die Neuzeit hinein erscheint die Influenza in den Sterberegistern daher nur selten als „Grippe“ oder unter ihrem eigentlichen Namen, sondern nosologisch in Form einer Umschreibung ihrer symptomatischen Äußerungen.

Die Influenza erscheint als Todesursache *Grippe* erstmals 1837 in den schauburgischen Sterberegistern. Anzahl – 15 von insgesamt 27 Belegen fallen in dieses Jahr – und Verteilung auf unterschiedliche Kirchspiele sowohl im Süden als auch im Norden indizieren eine Epidemie, die im gesamten Untersuchungsgebiet verbreitet war. In den nachfolgenden Jahrzehnten kommt es lediglich 1857 und 1864 vor, dass jeweils 2 Belege in ein Jahr fallen. Darüber hinaus gibt es einige wenige Jahre, in denen *Grippe* je 1-mal registriert worden ist. Möglicherweise ist die Epidemie, die im Februar 1837 in Schaumburg die ersten Todesopfer forderte, identisch mit der Epidemie von 1833: „Auch 1834, schon ein bis 2 Jahr früher, hatte bekanntlich die Influenza im nördlichen Deutschland auch ganz in unserer Nähe geherrscht, kam aber doch erst im Frühjahr des genannten Jahres nach Lüneburg; im Februar, und 1837 im Januar, setzte sich, nach sehr abwechselndem, aber überwiegend lauem Wetter, 8–10 Tage etwa vor dem Ausbruche der Epidemie der Wind plötzlich und standfest in Ost um.“²¹⁴³ Von 15 Todesfällen in Schaumburg ereigneten sich 12 im Februar und März 1837. Auch darin stimmt die Influenzaepidemie mit der Beobachtung aus Lüneburg überein: „Die Dauer ihrer Epidemie auf einer gewissen Stelle scheint zwischen 1–3 Monaten zu liegen (die

²¹⁴² Vgl. WITTE (2008), S. 11 u. 39 f.

²¹⁴³ HANDBUCH (1844), S. 1215.

letzte von 1837 schien, trotz ihrer grossen Intension und Extension, einen besonders raschen Gang, selbst in den grössten Städten einzuhalten.“²¹⁴⁴

Eindeutige Hinweise auf Influenzaepidemien vor 1837 sind den schauenburgischen Sterberegistern nicht zu entnehmen. Dies mag zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass die Symptomatik der Influenza keine unverwechselbaren Merkmale aufweist. Auch in der Gegenwart ist die Frage, ob die Ursache für eine Erkrankung des Respirationstrakts auf Influenza oder Grippalen Infekt zurückgeht, nur labordiagnostisch sicher zu klären. Die meistverzeichnete Todesursache in Schaumburg, die diesem Bereich zuzuordnen ist, trägt denn auch die wenig präzise Bezeichnung *Brustkrankheit*. Außerhalb der Ärzteschaft war eine Unterscheidung kaum von Interesse. Trotz der Heftigkeit, die die durch den Virustypen A hervorgerufene Influenza vom Grippalen Infekt unterscheidet, ist davon auszugehen, dass man die Verstorbenen – von Ausnahmen abgesehen – unter Todesursachen wie *Brustkrankheit* registrierte.²¹⁴⁵

Seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert nimmt die Zahl der überlieferten Influenzaepidemien im deutschsprachigen Raum deutlich zu.²¹⁴⁶ Zumindest ein Teil dieser Epidemien soll „sehr allgemein“ geherrscht haben.²¹⁴⁷ Im Kirchspiel Grove (Rbg) wurde bereits im Januar 1666, also kurz nach Einführung der Kirchenbücher, erstmals die Todesursache *Brustseuche* registriert. Für *Brustseuche* gibt es in diesem Kirchspiel insgesamt 109 Belege, der letzte Eintrag datiert in das Jahr 1702. Die Häufungen jeweils innerhalb eines kurzen Zeitraums deuten auf einen epidemischen Charakter hin. Bestätigt wird dies durch eine Notiz aus dem März 1670 im Zusammenhang mit dem Tod des Ehepaares Lampe aus Grove, *so beyde an der Brustseuche, welche eben noch diese Zeit viel Leute in Grove hinweggenommen, begraben*. Ab 1682 erscheint *Brustseuche* zwar in jedem Jahr, so dass man vermuten könnte, diese Todesursache stehe seitdem synonym für unterschiedliche tödliche Erkrankungen des Respirationstrakts.

²¹⁴⁴ HANDBUCH (1844), S. 1216.

²¹⁴⁵ Daran hat sich nicht viel geändert: „Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen wird Influenza auf dem Totenschein häufig nicht als Todesursache eingetragen, selbst wenn im Krankheitsverlauf eine Influenza labordiagnostisch bestätigt wurde und wesentlich zum Tod beigetragen hat (...). Es ist die Erfahrung vieler Länder, dass sich Todesfälle, die der Influenza zuzuschreiben sind, in anderen Todesursachen, wie z. B. Diabetes mellitus, Pneumonie oder ‚Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems‘ verbergen können. Daher ist es international üblich, die der Influenza zugeschriebene Sterblichkeit mittels statistischer Verfahren zu schätzen“; RKI (2019b), S. 46.

²¹⁴⁶ Vgl. GLUGE (1837), S. 18-20, 27 u. 67-69; BAUER (2016), S. 22; zu einzelnen Epidemien allg. SCHWEICH (1836), S. 56-124.

²¹⁴⁷ ROLFFS (1833), Vorwort.

Doch neben *Brustseuche* wurde in Grove (Rbg) bis 1702 rund 200-mal *Brustkrankheit* verzeichnet. Die beiden Todesursachen erscheinen nicht örtlich oder zeitlich getrennt, die Eintragungen wurden nicht von unterschiedlichen Personen vorgenommen. Der jeweilige Begriff dürfte also bewusst gewählt worden sein. Zwischen 1704 und 1714²¹⁴⁸ erscheint *Brustkrankheit* allein. In einem Fall wird jedoch *nach drey tägiger außgestandener Brustkrankheit* vermerkt, in einem weiteren das Attribut *hitzig* hinzugefügt.

Hitzig erscheint kirchspielübergreifend in den späteren Registern bis zum Ende des gesamten Untersuchungszeitraums recht häufig, insbesondere zusammen mit der Todesursache *Brustfieber*. Ein typisches Begleitsymptom der Influenza ist die stark ansteigende Körpertemperatur. Immer wieder sind zwei oder mehr Personen aus demselben Kirchspiel innerhalb eines Zeitraums von wenigen Tagen oder Wochen verzeichnet, was einen epidemischen Charakter impliziert. So starben im Februar 1782 zwei Personen im Kirchspiel Großenndorf an *hitzigem Brustfieber*. Im April 1782 trat erstmals in Hannover und Braunschweig eine Influenzaepidemie auf, die Wochen andauerte.²¹⁴⁹ Die Sterblichkeit soll zwar gering, der Erreger aber hochinfektiös gewesen sein. Sicherlich grassierte der Erreger auch in Schaumburg. Auffallend viele Todesfälle aufgrund von (*hitzigem*) *Brustfieber* gab es hier in den Jahren 1775/76 und 1830/31. Diese Phasen decken sich mit Berichten über Influenzaepidemien im deutschsprachigen Raum.²¹⁵⁰ Ein weiteres Indiz ist die Krankheitsdauer. Bei *Brustfieber* umfasste sie zumeist wenige Tage, 2 oder 3 Wochen sind die Ausnahme.²¹⁵¹ Ein weiteres Merkmal der Influenza ist, dass der Tod in zeitlicher Nähe zur Infektion eintritt.²¹⁵²

²¹⁴⁸ Ab diesem Zeitpunkt sind die Kirchenbücher von Grove (Rbg) für rund 15 Jahre sehr lückenhaft.

²¹⁴⁹ Die Sterblichkeit soll zwar gering, der Erreger aber hochinfektiös gewesen sein; vgl. HIMLY (1833), Vorwort u. S. 5.

²¹⁵⁰ Vgl. GLUGE (1837), S. 18-20.

²¹⁵¹ Angaben zur Krankheitsdauer sind allerdings selten. Der Grund könnte sein, dass die Erkrankten, falls sie nicht genesen, relativ schnell dem *Brustfieber* erlagen.

²¹⁵² Eine US-amerikanische Studie zur Sterblichkeit von Kindern infolge einer Influenzainfektion hat eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 5 Tagen ergeben; vgl. SHANG et. al. (2018), S. 3 f. Während der Grippesaison 2018/19 in der Bundesrepublik Deutschland waren es durchschnittlich 6 Tage; vgl. RKI (2019b), S. 36.

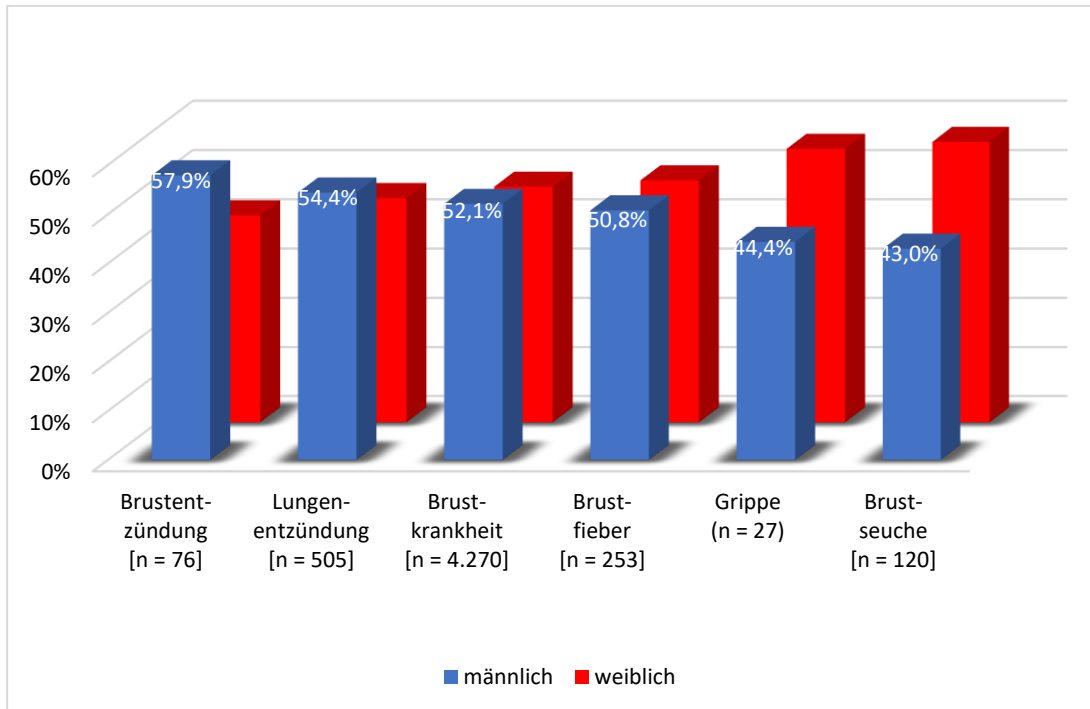


Abb. 122: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – geschlechtsspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1665/1750–1869)²¹⁵³ in Prozent

Beim Vergleich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit von *Brustseuche* und *Brustfieber* mit weiteren Todesursachen, die in einem Zusammenhang mit der Erkrankung des Respirationstrakts stehen, ergibt sich eine Tendenz (**Abb. 122**) und (**Tab. 38**): Die Anzahl der verstorbenen männlichen Individuen bei der Todesursache *Grippe* liegt mit 44,4 % [80 : 100; n = 44] deutlich unter der weiblichen. Noch geringer ist der Wert mit 43,0 % [75,4 : 100; n = 114] bei *Brustseuche*. Dagegen sind die Werte der männlichen Individuen bei den Todesursachen *Brustentzündung* (hierzu siehe unten) mit 57,9 % [137,5 : 100; n = 76] und *Lungenentzündung* mit 54,4 % [119,3 : 100; n = 500] überdurchschnittlich hoch.²¹⁵⁴

²¹⁵³ Die Datengrundlage für die Todesursache *Brustseuche* wurde um 109 Belege ergänzt, die zwischen 1665 und 1702 in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) verzeichnet worden sind.

²¹⁵⁴ Der Wert von *Brustkrankheit* entspricht fast genau dem für Berlin-Friedrichswerder ermittelten, wo in den Jahren 1720–99 diese Todesursache bei 53 % männlichen Individuen erscheint; vgl. BIELKE (1986), S. 179.

Tabelle 38

Influenza, respiratorische Erkrankungen und Tuberkulose – Sexualproportionen und Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1665 bzw. 1750–1869) in Prozent

	m	w		m	w
Asthma			Grippe		
[n = 57]	96,6	100	[n = 27]	80,0	100
in %	49,1	50,9	in %	44,4	55,6
Blutsturz			Husten		
[n = 195]	163,5	100	[n = 254]	81,4	100
in %	62,1	37,9	in %	44,9	55,1
Brustbeschwerden			Lungenentzündung		
[n = 93]	97,9	100	[n = 500]	119,3	100
in %	49,5	50,5	in %	54,4	45,6
Brustentzündung			Lungenlähmung		
[n = 76]	137,5	100	[n = 102]	108,2	100
in %	57,9	42,1	in %	52,0	48,0
Brustfieber			Lungenschwindsucht		
[n = 252]	103,2	100	[n = 366]	116,6	100
in %	50,8	49,2	in %	53,8	46,2
Brustkrankheit			Schwindsucht		
[n = 4.270]	108,7	100	[n = 1.530]	120,5	100
in %	52,1	47,9	in %	54,6	45,4
Brustseuche			Scrophulose		
[n = 114]	75,4	100	[n = 55]	103,7	100
in %	43,0	57,0	in %	50,9	49,1
Brustübel			Stickfluss		
[n = 166]	86,5	100	[n = 54]	134,8	100
in %	46,4	53,6	in %	57,4	42,6
Dumpf			Tuberkulose		
[n = 290]	105,7	100	[n = 68]	151,9	100
in %	51,4	48,6	in %	60,3	39,7
Engbrüstigkeit					
[n = 313]	117,4	100			
in %	54,0	46,0			

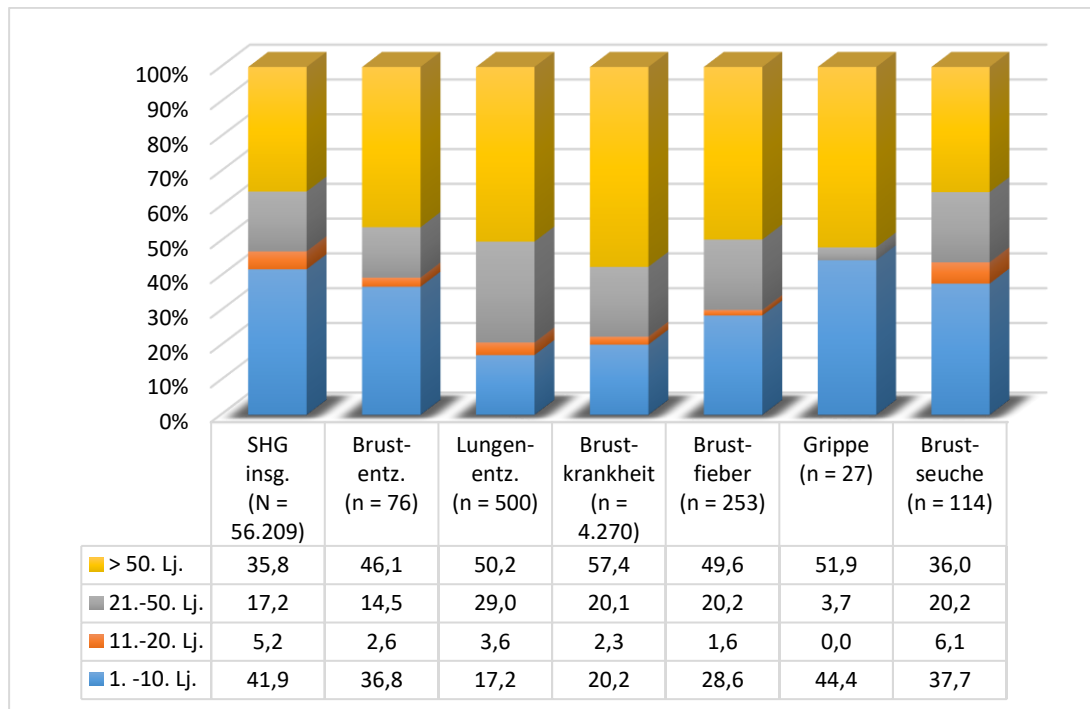


Abb. 123: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1665/1750–1869) in Prozent

Für den Vergleich der saisonalen Sterblichkeit wurden in einem ersten Schritt die beiden Todesursachen *Lungenentzündung* und *Brustseuche* ausgewählt, da bei diesen hinsichtlich der geschlechts- und altersspezifischen Sterblichkeit die größten Abweichungen voneinander festgestellt worden sind. Zusätzlich berücksichtigt wurden die Todesursachen *Husten* und *Lungenschwindsucht*. *Husten* bzw. Keuchhusten (vgl. Kap. 3.4.3) wurde vornehmlich bei verstorbenen Kindern registriert, der Anteil Jugendlicher und Erwachsener ist verschwindend gering. Im Fall *Lungenschwindsucht* bzw. Tuberkulose (vgl. Kap. 3.6.4) bilden die Erwachsenen im 21.–50. Lebensjahr die größte Gruppe: Auffallend ist, dass die Mortalitätskurven der beiden Todesursachen *Husten* und *Lungenschwindsucht* kein saisonales Muster abbilden (**Abb. 124**). Gerade in den Sommermonaten liegen deren Werte teilweise sehr hoch über denen der Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg. Die Todesursachen *Lungenentzündung* und *Brustseuche* folgen dem herkömmlichen Trend mit erhöhter Sterblichkeit in der kalten und herabgesetzter Sterblichkeit in der warmen Jahreszeit. Eine Besonderheit der Todesursache *Brustseuche* ist indes, dass sie zu Beginn des Frühjahrs sehr deutlich über, im Hochsommer unter den Werten von *Lungenentzündung* liegt.

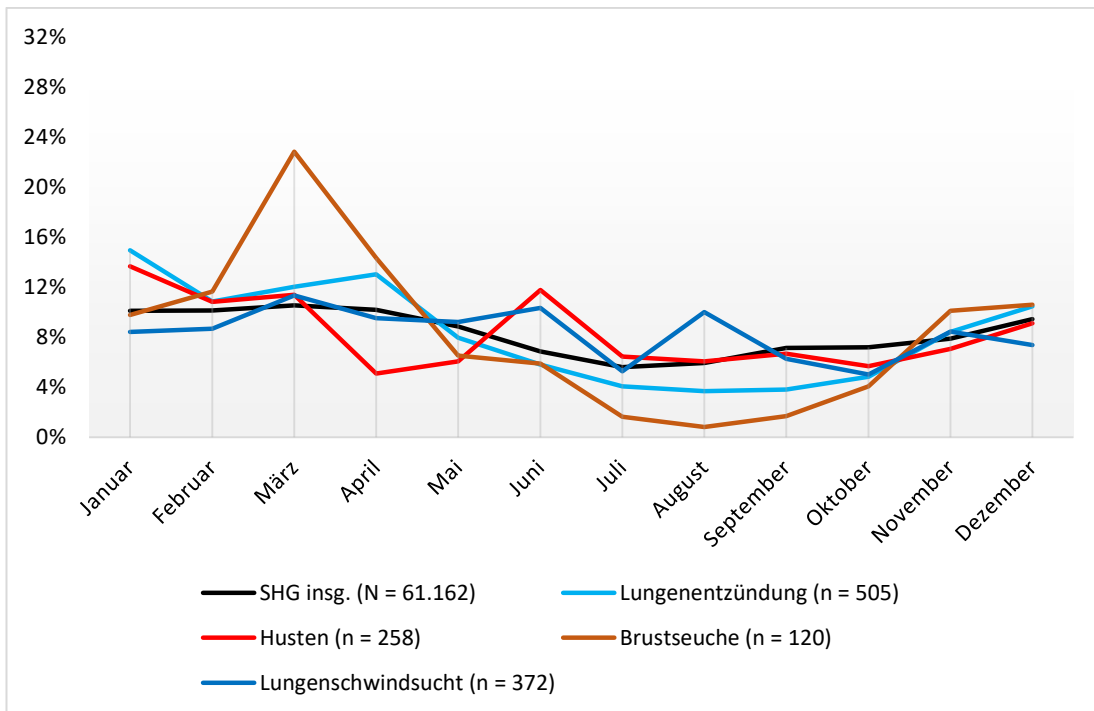


Abb. 124: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – saisonaler Sterblichkeit im Vergleich 1 (Gft. SHG; 1665/1750–1869) in Prozent

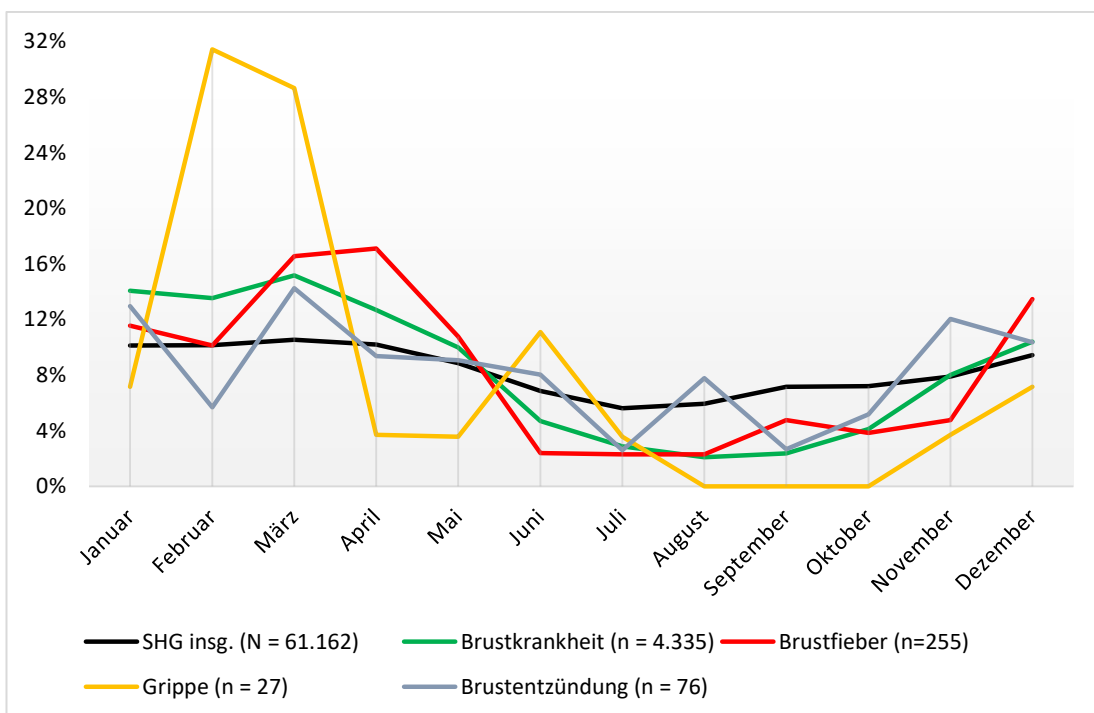


Abb. 125: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – saisonale Sterblichkeit im Vergleich 2 – (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Der Peak im Frühjahr lässt sich auch bei den Todesursachen *Brustfieber* und *Grippe* beobachten (**Abb. 125**). Heftige statistische Ausschläge sind bei einer geringen Daten-

grundlage nicht untypisch. Dennoch bildet die saisonale Sterblichkeit der Todesursache *Grippe* ein für die Influenza charakteristisches Muster ab.²¹⁵⁵ Nach einem moderaten Anstieg im Herbst und eher unauffälligen Werten in den Wintermonaten stieg die Mortalität im Übergang von der kalten zur warmen Jahreszeit sprunghaft an, sank schließlich zügig und blieb während der Sommermonate weit unter der durchschnittlichen Gesamtsterblichkeit.

Zwischen den Todesursachen *Brustseuche* und *Grippe* aus den schauburgischen Sterberegistern bestehen mehrere Gemeinsamkeiten. Zugleich weichen sie von *Lungenentzündung* und *Brustkrankheit* ab. Die Auffälligkeiten verweisen auf die Influenza. Dies macht es wahrscheinlich, dass die Verstorbenen mit der Todesursache *Brustseuche* und *Grippe* an einer Influenzainfektion litten. Bemerkenswert ist, dass man *Brustseuche* überwiegend im Kirchspiel Grove (Rbg) im ausgehenden 17. Jahrhundert verzeichnete. Der epidemische Charakter dieser Krankheit wurde offenbar erkannt. Andernfalls hätten die kirchenbuchführenden Personen diesen nicht hervorgehoben. Da die Gesamtzahl der entsprechenden Belege die Bedeutung der Influenza nicht annähernd abdeckt, muss davon ausgegangen werden, dass diese Krankheit in der Grafschaft Schaumburg zumeist unter einer anderen Todesursache registriert worden ist. Aufgrund des häufigen Pneumokokkenbefalls in den infektionsbedingt angegriffenen Atemwegen dürfte es sich vornehmlich um Todesursachen handeln, in deren Namen die Begriffe *Brust* oder *Lunge* vorkommen. Erscheinen diese Todesursachen innerhalb eines kurzen Zeitraums vermehrt, indiziert dies eine epidemische Verbreitung der Influenza. Im Allgemeinen ist es jedoch auf der Grundlage von Sterberegistern nicht möglich, influenzabedingte Todesfälle vom verschleppten Grippalen Infekt oder weiteren akuten Atemwegserkrankungen mit letalem Verlauf abzugrenzen.

Bronchitis und Pneumonie (Lungenentzündung)

Eine entzündliche Erkrankung der an den Innenwänden der Bronchien befindlichen Bronchialschleimhaut wird als Bronchitis bezeichnet. Die Bronchien sind röhrenförmige Strukturen innerhalb der Lunge. Durch sie wird die Atemluft in die Alveolen (Lungenbläschen), wo der Gasaustausch mit dem Blut stattfindet, transportiert. Die

²¹⁵⁵ Vgl. auch WITTE (2008), S. 79; BAUER (2016), S. 10; RKI (2019a), S. 33.

akute Bronchitis wird zumeist über Tröpfchen- oder Schmierinfektion viral hervorgerufen. Auslöser sind oftmals Influenzaviren. Bakterielle Infektionen sind selten. In diesen Fällen lag oftmals bereits ein Virusinfekt vor, der zu einer Superinfektion geführt hat. Die Bakterien waren dann durch die vorgeschädigte Schleimhaut in den Organismus gelangt. Symptomatisch äußert sich die Bronchitis zunächst in einem unproduktiven Husten. Im Verlauf der Erkrankung entsteht Sputum, dessen Aussehen und Konsistenz sich im weiteren Verlauf ändern. Die Bronchitis wird von leichtem Fieber begleitet. Rezidive können auf Dauer die Bronchialschleimhaut nachhaltig schädigen. Die Folge ist eine Chronifizierung. Breitet sich die Infektion aus, droht als weitere Komplikation der akuten Bronchitis die Pneumonie.

Eine Entzündung der Bronchiolen wird als akute²¹⁵⁶ Bronchiolitis bezeichnet. Bronchiolen sind kleine Verästelungen innerhalb des Bronchialsystems. Betroffen sind aufgrund ihrer erhöhten Anfälligkeit für Atemwegserkrankungen vorwiegend Säuglinge und Kleinkinder. Haupterreger ist das Respiratory Syncytial Virus (RSV), das sich epidemisch verbreiten kann. Weitere Erreger sind Adeno- und Influenzaviren. Hauptsymptome der Bronchiolitis sind ebenfalls Fieber und Husten. Darüber hinaus können u. a. Dyspnoe, Erbrechen, Tachykardie und – aufgrund der Minderdurchblutung – Zyanoose auftreten. Die Bronchiolitis heilt in der Regel nach rund einer Woche ab, schwere Verläufe sind Folge einer Superinfektion. Akute Bronchialerkrankungen werden durch die Gabe von schleimlösenden und hustenstillenden, im Fall einer Atemwegsobstruktion auch erweiternden Medikamenten therapiert. Die Indikation für eine antibiotische Therapie kann bei einer bakteriellen Infektion gegeben sein. Wird die Infektion „verschleppt“, besteht die Gefahr einer Pneumonie.

Bei einer Pneumonie oder Lungenentzündung ist der Gasaustausch, der sich in den Hohlräumen des Lungengewebes vollzieht, gestört. Hervorgerufen wird diese Störung durch Flüssigkeitsansammlungen, die zu einer Verdichtung des Gewebes führen. Zu unterscheiden ist die alveoläre von der interstitiellen Form. Allerdings können beide Formen gleichzeitig auftreten. Bei der interstitiellen Pneumonie ist das Lungengewebe betroffen, bei der alveolären sind es die Alveolen bzw. Lungenbläschen. Die eigentliche Ursache der Pneumonie, die sowohl akut als auch chronisch verlaufen kann, ist

²¹⁵⁶ Weitere, allerdings seltene Krankheitsbilder sind die persistierende Bronchiolitis und die diffuse Panbronchiolitis.

eine Entzündung. Ausgelöst wird diese zumeist von Bakterien, selten durch Viren, Pilze oder Parasiten. Auslösende Reize können auch eingeatmete Staubpartikel oder Gase sein. Nahrung oder Magensäure, die über die Luftröhre in die Lunge gelangen, können eine Aspirationspneumonie hervorrufen. Eine beeinträchtigte Immunabwehr begünstigt die Infektion. Dies gilt zum einen für Säuglinge, da deren Immunsystem noch nicht vollständig ausgebildet ist. Weitere Risikogruppen bilden ältere Menschen sowie Personen mit einer vorübergehenden oder dauerhaften Immunschwäche. Pneumonien im Säuglingsalter werden am häufigsten durch Staphylokokkus aureus, bei Kleinkindern durch Haemophilus influenza Typ B und bei Erwachsenen durch Pneumokokken ausgelöst. Der Erreger kann in Form der Tröpfcheninfektion von einer bereits erkrankten Person durch Husten o. ä. aufgenommen werden. Nicht selten erfolgt die Infektion über Erreger, die sich bereits im Nasen-Rachen-Raum befinden.

Die diagnostische Abgrenzung zum Grippalen Infekt oder zu einer Bronchitis ist zumindest im Anfangsstadium schwierig. Unterstützend bieten sich Blutbildanalyse oder auch Sonographie an. Je nach Symptomatik ist zu unterscheiden zwischen der typischen und der atypischen Pneumonie. Bei der ersten Variante, der zumeist eine bakterielle Infektion zugrunde liegt, steigt die Körpertemperatur schnell an und kann hohe Werte erreichen. Weil die Atmung erschwert ist, stellt sich Sauerstoffmangel ein. Der Pulsschlag beschleunigt sich, die Atemfrequenz ist erhöht und es können Zyanosen auftreten. Begleitet wird die typische Pneumonie durch Husten und Auswurf. Nach ca. einer Woche tritt die sogenannte Krise ein. Körpertemperatur und Pulsschlag verlangsamen sich. Verläuft diese Phase, in der das Herz-Kreislaufsystem stark belastet wird, günstig, beginnt ein Genesungsprozess, der in der Regel nach 2 Wochen seinen Abschluss findet. Die atypische Pneumonie wird durch Viren oder andere Erreger hervorgerufen. Die Krankheitssymptomatik setzt langsamer ein und die Körpertemperatur erhöht sich nur mäßig. Charakteristisch ist zudem ein trockener Husten. Komplikationen der Pneumonie sind besonders Pleuritis, Pleuraerguss und Lungenabszess. Verbreitet sich der Erreger im Körper, drohen Sepsis und weitere Organschädigungen. Die Therapie richtet sich nach der Ursache. Die bakterielle Infektion wird mit Antibiotika bekämpft, Pilze und Parasiten mit entsprechenden geeigneten Medikamenten. Liegt der Pneumonie eine unzureichende Belüftung einzelner Lungensegmente aufgrund von Verstopfungen durch Tumoren oder einen verschluckten Gegenstand zugrunde, kann ein operativer Eingriff erforderlich sein. Als präventive Maßnahme wird

eine gesundheitsfördernde Lebensführung zur Stärkung des Immunsystems empfohlen. Bettlägerige Personen sollen Atemgymnastik betreiben. Zur Senkung des Risikos im Alter bietet sich die Gripeschutzimpfung an. Auch die Infektion durch Pneumokokken sowie das für Kinder bedrohliche Bakterium *Haemophilus influenzae* Typ B kann durch Impfung vermieden werden.

Der Einfluss antiker Schriften auf die europäische Medizin hielt über die gesamte Frühe Neuzeit an. Mit der Bedeutungszunahme der Empirie beschleunigte sich die Loslösung von den alten Vorstellungen. Bei vielen der neu entstandenen Theorien über die Ursachen von Krankheiten sowie Ansätzen zu ihrer Heilung handelt es sich um reine Kopfgebirten, die der Praxis nicht standhielten und bisweilen schnell wieder verworfen wurden. Grundlegende Kenntnisse über die Körperprozesse fehlten. Man konzentrierte sich daher auf die Beschaffenheit von Organen oder Körperflüssigkeiten und deren gut sichtbare Veränderungen im Krankheitsfall. Im 17. und 18. Jahrhundert war zudem die Bereitschaft, Krankheiten aus einem veränderten Blickwinkel zu betrachten und gegebenenfalls neue Schlüsse aus dem Beobachteten zu ziehen, erheblich gestiegen. Besondere Aufmerksamkeit erfuhren Krankheiten, von denen viele Menschen heimgesucht worden sind. Dies gilt insbesondere für die Erkrankungen der Atemwege. Die Mediziner wähten sich auf diesem Gebiet sicher, weil „unter allen Eingeweiden des Körpers (...) die in der Brusthöhle befindlichen diejenigen [sind], welche, sowohl im gesunden als im krankhaften Zustande, die Beobachtung physikalischer Zeichen am besten gestatten.“²¹⁵⁷ Nach den im Rahmen der Obduktionen identifizierten örtlichen Entzündungsherden benannte man mehrere Varianten, wobei auch Kombinationen unterschiedlicher Krankheiten wie „typhöse Pleuresie“ entstanden.²¹⁵⁸ Neben den Ergebnissen der Obduktionen sowie den Grundsätzen der Säftelehre spielten auch medizinische Konzepte wie der Brownianismus in die Klassifizierung hinein. Die zeittypische Neigung zur Bildung von Krankheitsvarietäten fußte auf der Entdeckung neuer pathogener Zeichen: „Die Beschaffenheit des Pulses findet man vielleicht bei keiner Krankheit so ausserordentlich verschieden wie bei der Pneumonie.“²¹⁵⁹ Das zu Beginn des 19. Jahrhunderts durch Laënnec entwickelte Auskultationsverfahren,

²¹⁵⁷ STOKES (1844), S. 1.

²¹⁵⁸ Vgl. HORN (1802), S. 36 f.; ROTTECK (1839), S. 47 f.

²¹⁵⁹ HORN (1802), S. 99.

das sich schnell verbreitete, erhöhte die Diagnosesicherheit bei Atemwegserkrankungen.²¹⁶⁰ Zudem gewährte die „physicalische Diagnostik“ auf akustischem Wege einen Einblick in den lebenden Organismus, ein großer Schritt hin zur modernen Medizin.

Unter dem Begriff „Pneumonie“ wurden zunächst verschiedene Beeinträchtigungen des Respirationstrakts wie „hitzige Brustkrankheit, Seitenstechen, Lungenentzündung“²¹⁶¹ subsummiert. Weil diese Erkrankungen mit einer Erhöhung der Körpertemperatur einhergehen, sah man eine enge Verwandtschaft zu den vielfältigen Fieberkrankheiten: „Was zeigen die von Ärzten fast allgemein angenommenen Benennungen: inflammatorische, katarrhalische, rheumatische, wurmigte, gallige, schleimigte, nervöse, fauligte, bösartige Brustkrankheiten anders, als die Möglichkeit der Verbindung mit allen nur denkbaren Fiebervarietäten?“²¹⁶² Als begünstigend für diese Krankheiten galten sowohl ein hohes als auch ein geringes Lebensalter, die auslösenden Faktoren sah man in Witterungsbedingungen, „Überreizungen durch Essen und Trinken“, „Gefühlsaffekte[n]“ oder „Schwäche“.²¹⁶³ Da nachlassende Körperkraft eine typische Begleiterin im fortgeschrittenen Lebensalter ist, galt sie ohnehin als Erklärung für den Ausbruch unterschiedlicher Krankheiten.

Der „acute Lungencatarrh“ unterschied sich in seiner Symptomatik von der Pneumonie durch einen sanfteren Verlauf und eine günstige Prognose, die sich bei Chronifizierung jedoch verschlechterte.²¹⁶⁴ Hinter den entsprechenden Diagnosen dürfte sich damit sehr häufig die Bronchitis verbergen. Einer Klassifizierung des Lungenkatarrhs „in die primäre, secundäre und complicirte Form“ liegt die Unterscheidung nach mutmaßlichen Ursachen zugrunde.²¹⁶⁵ Die „secundäre“ und die „complicirte“ Form werden eigentlich durch Schädigungen anderer Organe hervorgerufen. So galt bei exanthematischen Krankheiten wie den Masern oder dem Scharlach die sich in einem „Reizungszustand“ befindliche Haut als das eigentlich betroffene Organ. Ebenso wie für die Pneumonie hatte man ein ganzes Bündel an möglichen Ursachen für die Entstehung eines Lungenkatarrhs bzw. einer Bronchitis parat. So glaubte man, dass sie „die

²¹⁶⁰ Vgl. COLLIN (1828), Vorrede u. passim; ROTTECK (1839), Vorwort u. passim; BUSCH (1842), S. 285.

²¹⁶¹ HORN (1802), Vorrede.

²¹⁶² EBD., S. 32 f.; vgl. auch EBD., S. 63-72.

²¹⁶³ Vgl. EBD., S. 80 f., 87 u. 91.

²¹⁶⁴ Vgl. PHILIPP (1838), S. 237; BUSCH (1842), S. 687 f.

²¹⁶⁵ Vgl. PHILIPP (1838), S. 197-199.

Folge einer Störung eines ganzen Organismus“ infolge der Dentition oder schon angeboren sein könnte.²¹⁶⁶ Ein Unsicherheitsfaktor, der sich sowohl bei der Bestimmung der Ursachen als auch diagnostisch²¹⁶⁷ auswirkte, war der Umstand, dass viele Atemwegserkrankungen als Komplikationen anderer Krankheiten auftreten. Auf die Effektivität der Therapie hatte dies allerdings keinen Einfluss. Verordnet wurden u. a. warme Wickel, einheimische und exotische Kräuter und Wurzelextrakte, Aderlässe, Laxier- und Brechmittel, quecksilberhaltige Präparate, Opium. Auch Operationen mit dem Ziel, Flüssigkeitsansammlungen zu entfernen, wurden durchgeführt. Allerdings: „Meistens entschließt man sich zur Operation erst, wenn alle anderen Mittel fruchtlos gewesen, also erst sehr spät, wenn der Gesamtzustand schon ein sehr schlimmer ist (...).“²¹⁶⁸

Sowohl die Bronchitis als auch die Lungenentzündung äußern sich in ihrer Symptomatik insbesondere durch Hustenreiz und Atembeschwerden. Aufgrund der Lebensumstände der Menschen im Untersuchungsgebiet ist davon auszugehen, dass diese Symptome in ihrem sozialen Umfeld stets gegenwärtig waren. Hinter vielen Todesursachen aus den schauburgischen Kirchenbüchern verbergen sich akute oder chronische Erkrankungen der Atemwege. Bei einem Teil davon verweist schon der Name auf eine bestimmte Krankheit. Andere sind so unspezifisch bezeichnet, dass bestenfalls die grobe Zuordnung in den Komplex der Atemwegserkrankungen möglich ist. Dies gilt vor allem für Todesursachen mit Bezug zu *Brust* oder *Lunge*.

Die meistverzeichnete und zugleich älteste Todesursache mit Bezug zu einer Atemwegserkrankung aus den schauburgischen Kirchenbüchern ist *Brustkrankheit*. Die ersten Belege datieren in das Jahr 1665, als die Sterberegister im Kirchspiel Grove (Rbg) eingeführt wurden. Im 19. Jahrhundert erscheint *Brustkrankheit* gelegentlich mit Zusätzen wie *gallicht*, *hectisch*, *hitzig*, *rheumatisch* oder *nervös*. Darüber hinaus ist sie immer wieder in Kombination mit *Masern*, *Frieseln*, *Geschwulst*, *Nervenschlag* oder anderen Todesursachen dokumentiert. Angaben zur Krankheitsdauer sind seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert vergleichsweise zahlreich. Sie umfassen wenige Tage bis mehrere Wochen.

²¹⁶⁶ Vgl. STOKES (1844), S. 14 f. u. 17.

²¹⁶⁷ Vgl. HORN (1802), S. 16 f. u. 27-29; BUSCH (1842), S. 686 f.

²¹⁶⁸ ROTTECK (1839), S. 57.

Weitere Todesursachen, die den Begriff *Brust* im Namen tragen,²¹⁶⁹ sind u. a. *Brustbeschwerden*, *Brustbeschwerung*, *Brustentzündung*, *Brustgeschwür*, *Brustkrampf*, *Brustleiden*, *Brustübel* oder *Brustfieber*²¹⁷⁰. Die meisten Belege gibt es für *Brustübel* [n = 166]. Diese Todesursache wurde zwar in unterschiedlichen Kirchspielen registriert; doch die mehr als 100 Belege aus dem 18. Jahrhundert stammen mit einer einzigen Ausnahme aus den Sterberegistern des Kirchspiels Exten. Im Jahre 1797 verschwindet *Brustübel* gänzlich aus diesem Kirchspiel. Erst im Jahre 1813 wird diese Todesursache – diesmal im Kirchspiel Sachsenhagen – erneut registriert. In den kommenden Jahren erscheint *Brustübel* zumeist im Kirchspiel Fischbeck, in den 1830er Jahren fast einzig im Kirchspiel Grove (Rbg). Letztmals dokumentiert ist die Todesursache *Brustübel* 1856. Die Krankheitsdauer wurde nur 3-mal angegeben. Sie betrug 8 bzw. 13 Tage. In Exten wurde *Brustübel* des Öfteren in Verbindung mit Kinderkrämpfen registriert. Im 19. Jahrhundert sind Kombinationen, in der Regel mit [*Alters*]schwäche, deutlich seltener. *Brustübel* scheint epidemisch aufgetreten zu sein. Zumindest liegen die Todesfälle in den einzelnen Kirchspielen oft zeitlich eng beieinander.

Die recht unspezifische Todesursache *Brustbeschwerden* [n = 93] erscheint zwischen 1765 und 1856. Registriert wurde sie überwiegend in den Kirchspielen südlich der Weser sowie in Hessisch Oldendorf. Wenn *Brustbeschwerden* in Kombination mit einer anderen Todesursachen vorkommt, dann fast nur mit *Scheuerchen* o. ä. und [*Alters*]schwäche. Hinter *Brustbeschwerden* könnte sich ein eher langwieriges Leiden verbergen, eindeutige Anzeichen für ein epidemisches Auftreten gibt es nicht. Doch zumindest gelegentlich scheint *Brustbeschwerden* kurzfristig aufgetreten zu sein (z. B. *seit einiger Zeit schwach, bekam einige Tage vor seinem Ende Brustbeschwerden*).

²¹⁶⁹ Die Todesursache *Brustwassersucht* wird zusammen mit Herzleiden analysiert; vgl. Kap. 3.8.

²¹⁷⁰ Zu *Brustfieber* vgl. Kap. 3.5.1.

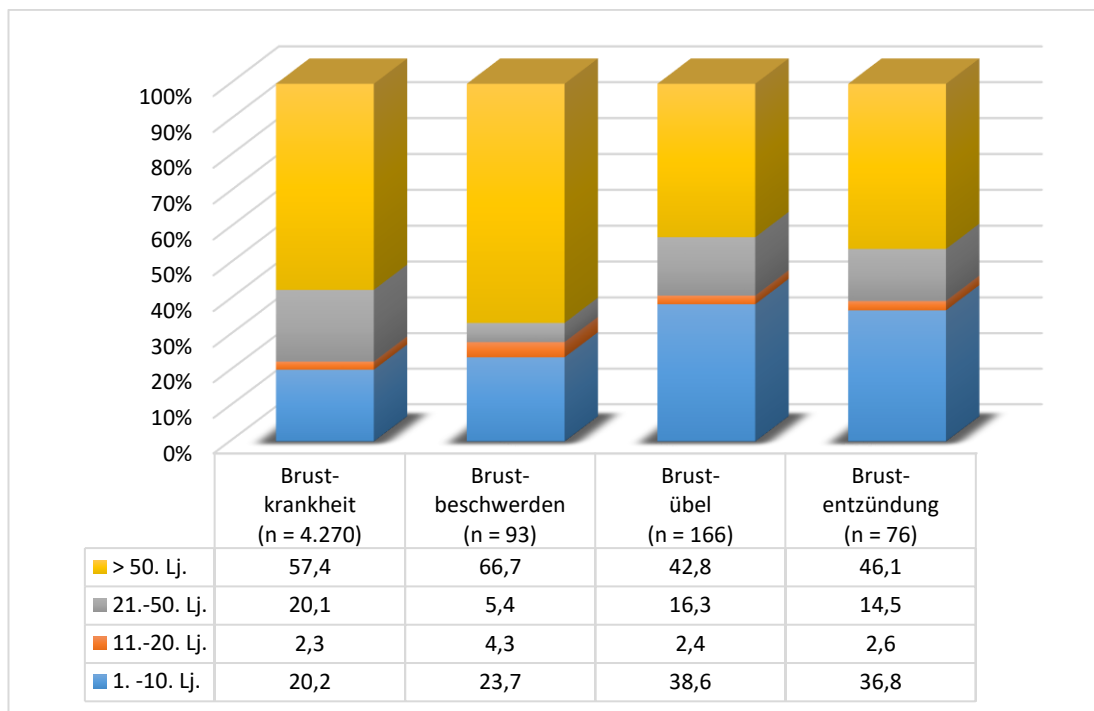


Abb. 126: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Brust“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Brustentzündung [n = 76] erscheint schon 1788, die meisten Belege stammen aber aus den letzten 3 Jahrzehnten des Untersuchungszeitraums. *Brustentzündung* ist sowohl im Norden als auch im Süden des Untersuchungsgebiets in unterschiedlichen, insbesondere städtischen Kirchspielen zu finden. Im 18. Jahrhundert finden sich einige Male *galligte Brustentzündung*, ansonsten sind Kombinationen mit anderen Todesursachen oder Krankheiten die Ausnahme. Hinweise auf ein epidemisches Auftreten gibt es nicht.

Vergleicht man die geschlechtsspezifische Sterblichkeit von *Brustkrankheit*, *Brustübel*, *Brustbeschwerden* und *Brustentzündung* miteinander, fallen Unterschiede auf (siehe oben Tab. 38). Während die Geschlechterproportionen bei *Brustkrankheit* und *Brustbeschwerden* relativ ausgeglichen sind, gab es eine Übersterblichkeit der Männer bei *Brustentzündung* und eine Übersterblichkeit der Frauen bei *Brustübel*. Betrachtet man die altersspezifische Sterblichkeit, so findet man gerade bei *Brustübel* und *Brustentzündung* deutliche Übereinstimmungen (Abb. 126). Die beiden Todesursachen unterscheiden sich von *Brustkrankheit* und *Brustbeschwerden* durch eine höhere Mortalität in den jüngsten und eine geringere Mortalität in den ältesten Altersgruppen. Wiederum eine Abweichung ergibt der Vergleich der saisonalen Sterblichkeit: Rein vom

Verlauf her fallen recht starke Parallelen zwischen *Brustbeschwerden* und *Brustentzündung* auf (Abb. 127).

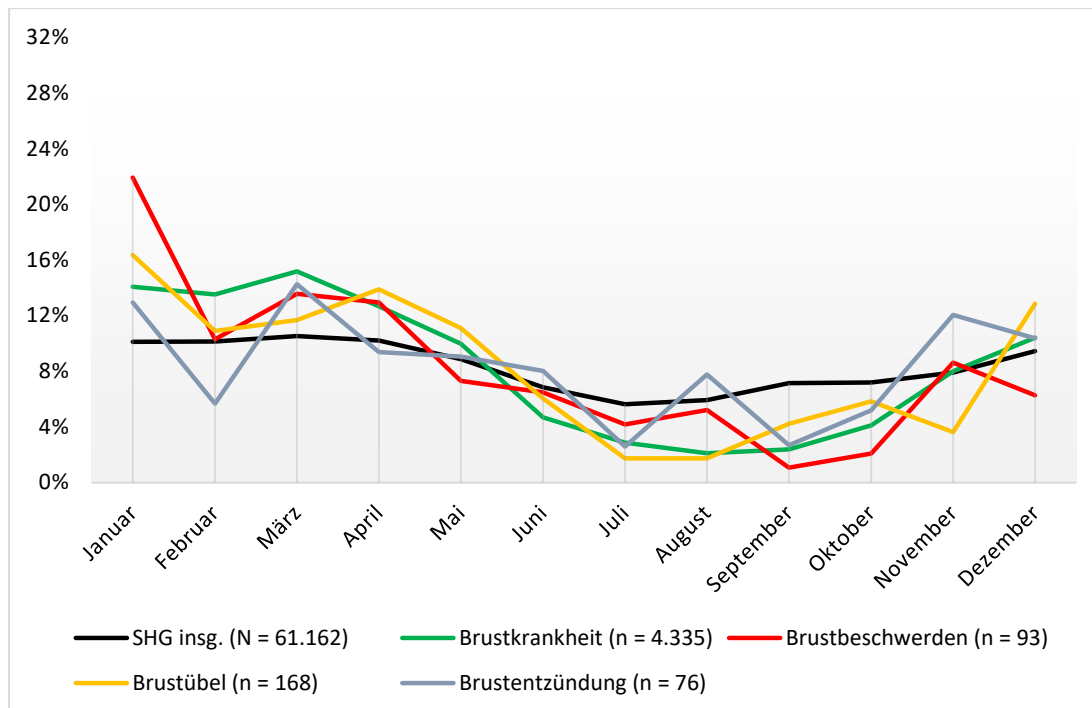


Abb. 127: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Brust“ – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Allerdings unterscheiden sich die jeweiligen monatlichen Anteile dieser beiden Todesursachen zum Teil deutlich voneinander. Außer der Todesursache *Brustkrankheit*, für die eine solide Datenbasis vorliegt, ist die statistische Aussagekraft gering. Immerhin gibt es eine weitgehend übereinstimmende Tendenz, nach der die Sterblichkeit im Winter und Frühjahr überdurchschnittlich hoch war. In den Monaten des Hochsommers sowie im Frühherbst liegen die Werte unter dem Durchschnitt für das gesamte Untersuchungsgebiet.

Nicht nur *Brust*, sondern auch *Lunge* ist Namensbestandteil unterschiedlicher Todesursachen in Schaumburg wie *Lungenblutsturz*, *Lungenentzündung*, *Lungenkatarrh*, *Lungenlähmung*, *Lungenschlag* oder *Lungenvereiterung*. Hinzu kommt noch *Lungenschwindsucht* bzw. Lungentuberkulose (vgl. Kap. 3.6.4). Die meisten Registrierungen aus dieser Gruppe entfallen auf *Lungenentzündung* [n = 500]. Im 18. Jahrhundert ist dieser Begriff noch unüblich. Er ist lediglich 2-mal belegt, und zwar 1787 und 1799. Erst 1807 erscheint *Lungenentzündung* wieder. In der Folge wird diese Todesursache häufiger registriert, die Belege datieren jedoch überwiegend in die 1850er und 1860er

Jahre. Man findet *Lungenentzündung* zwar in allen Kirchspielen, zumeist aber in den nordschaumburgischen Kirchspielen Grove (Rbg), Hohnhorst und Großnenndorf sowie in Rinteln. Die Krankheitsdauer ist relativ oft vermerkt. Sie reicht von 4 Tagen bis zu 6 Monaten. Ein mehrwöchiges Krankenlager ist jedoch nicht die Regel. Sehr oft verstarben die Erkrankten laut den Sterberegistern nach 8 Tagen. Kombinationen mit anderen Krankheiten sind die Ausnahme, gelegentlich enthalten die Eintragungen den Zusatz *galligt*. Bisweilen finden sich mehrere zeitlich eng beieinander liegende Eintragungen in den Sterberegistern einzelner Kirchspiele. Die der Todesursache *Lungenentzündung* zugrundeliegende Erkrankung könnte sich epidemisch verbreitet haben. In Frage kommt insbesondere die Influenza.

Vergleichsweise oft wurde aus dieser Gruppe noch die Todesursache *Lungenlähmung*²¹⁷¹ registriert [n = 102]. Diese Todesursache erscheint erstmals 1826 in einem schaumburgischen Kirchenbuch. In den folgenden Jahrzehnten wurde *Lungenlähmung* in fast jedem Jahr registriert. Auffallend ist, dass diese Belege zumeist aus Sterberegistern der Stadt Rinteln sowie der nördlichen Kirchspiele Grove (Rbg), Großnenndorf und Hohnhorst stammen. Darüber hinaus wurde *Lungenlähmung* nur in Beckedorf (1) und Sachsenhagen (2) und damit im Einzugsbereich der Amtsstadt Rodenberg sowie in Exten (1), also in unmittelbarer Nachbarschaft zu Rinteln, registriert. Insofern dürfte es sich bei *Lungenlähmung* um eine Todesursache handeln, die unter Ärzten gebräuchlich war. Sollte sich dahinter eine bestimmte Krankheit verbergen, ist sie in den übrigen schaumburgischen Kirchspielen unter einem anderen Namen registriert worden. Die Krankheitsdauer ist nur 5-mal (2, 3, 8 und 14 Tage sowie 8 Wochen) vermerkt. Gelegentlich wird eine weitere Ursache, zumeist *Altersschwäche* oder *Brustkrankheit*, angegeben. Eine epidemische Verbreitung wäre denkbar, da *Lungenlähmung* gelegentlich innerhalb eines kurzen Zeitraums 2- oder 3-mal erscheint.

Die Todesursachen *Lungenentzündung* und *Lungenlähmung* sowie *Lungenschwindsucht* bzw. Lungentuberkulose unterscheiden sich in ihrer geschlechtsspezifischen Sterblichkeit nur geringfügig voneinander (siehe oben **Tab. 38**). Bei *Lungenentzündung* ist diese mit 54,4 % (119,3 : 100; n = 500) verstorbenen männlichen Individuen erhöht, während der Männeranteil von *Lungenlähmung* mit 52,2 % (108,2 : 100; n =

²¹⁷¹ Hierbei könnte es sich auch um die Poliomyelitis handeln (vgl. Kap. 4.1).

102) etwas darunter liegt.²¹⁷² An *Lungenschwindsucht* sind mit 53,8 % (116,6 : 100; n = 366) ebenfalls mehr Männer als Frauen verstorben. In dem leicht erhöhten Männeranteil stimmen diese drei Todesursachen mit der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit von *Brustkrankheit* überein.

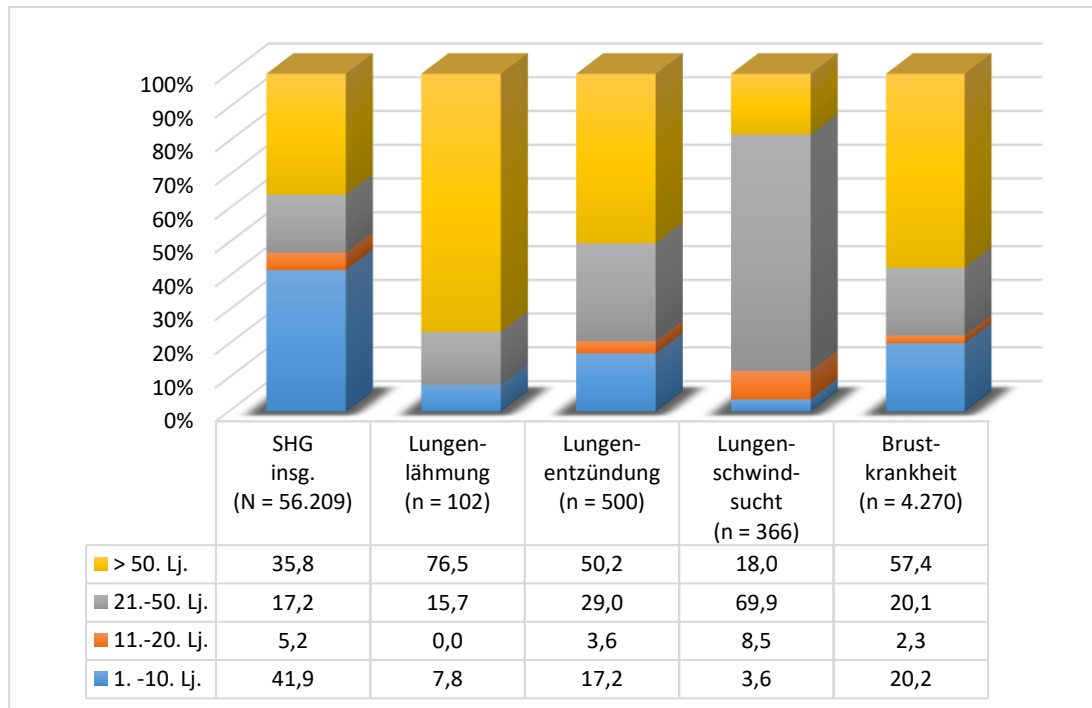


Abb. 128: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Lunge“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Mit der altersspezifischen Sterblichkeit verhält es sich anders (**Abb. 128**): *Lungenlähmung* wurde fast ausnahmslos bei Erwachsenen, insbesondere im vorangeschrittenen Alter, diagnostiziert. Bei *Lungenschwindsucht* ist der mittlere Lebensabschnitt am stärksten betroffen. Die Verteilung der Altersgruppen von *Lungenentzündung* weist keinerlei Übereinstimmung mit einer dieser beiden Todesursachen auf, sondern entspricht der der Todesursache *Brustkrankheit*.²¹⁷³ Ähnliches ergibt auch der Vergleich der saisonalen Sterblichkeit (**Abb. 129**): Die Kurven von *Lungenentzündung* und *Brustkrankheit* klaffen lediglich im Februar und März etwas auseinander, verlaufen in den übrigen Monaten aber gleichförmig. Die hohen Werte in der kalten Jahreszeit und die niedrigen in den Sommermonaten verweisen auf eine starke saisonale Bindung.²¹⁷⁴

²¹⁷² Vgl. auch BUSCH (1842), S. 696 f.; HORN (1802), S. 27.

²¹⁷³ Vgl. auch BUSCH (1842), S. 685 u. 696.

²¹⁷⁴ Vgl. auch HORN (1802), S. 52 f.

Lungenschwindsucht hebt sich deutlich davon ab, da die Tuberkulosesterblichkeit un-abhängiger von der Jahreszeit verläuft. Bei der Todesursache *Lungenlähmung* sind trotz des unruhigen saisonalen Verlaufs infolge der geringen Datenbasis einige Paral-lelen zu *Lungenentzündung* und *Brustkrankheit* zu erkennen.

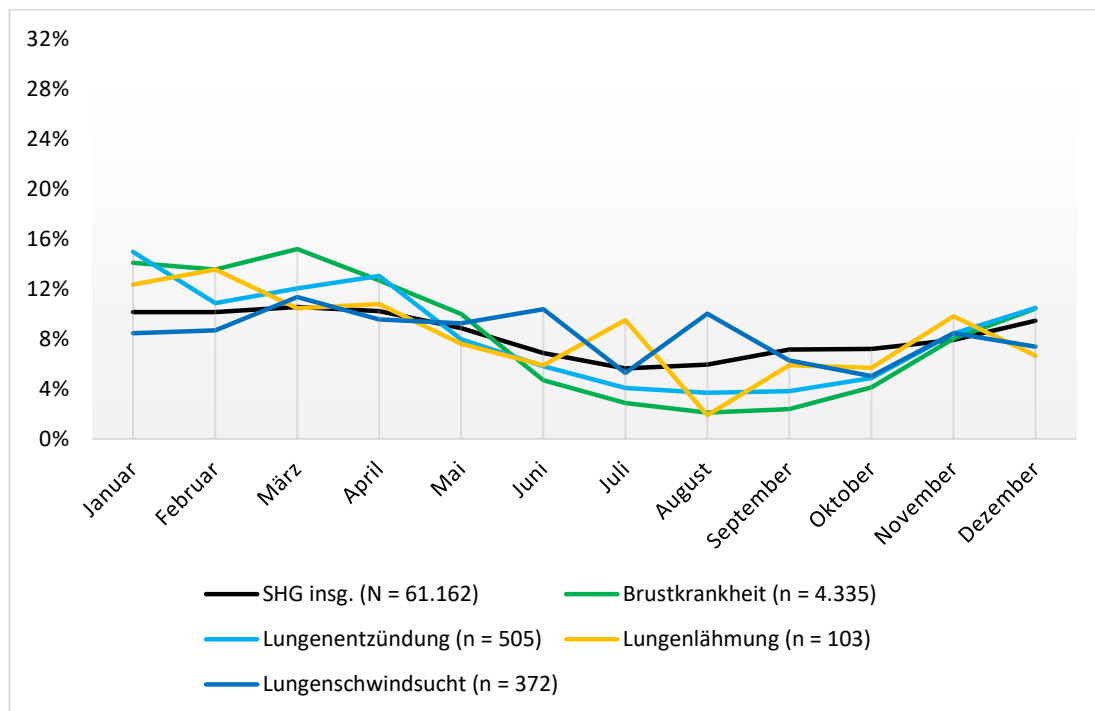


Abb. 129: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Lunge“ – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die Anzahl der Belege für *Brustkrankheit* übersteigt die aller anderen Todesursachen, die sich dem Bereich der akuten Atemwegserkrankungen zuordnen lassen, bei Wei-tem. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich eine bestimmte Krankheit hinter diesem Begriff verbirgt. In Frage kommen vornehmlich Krankheiten, die sich infektiös ver-breiten. Im Kirchenbuch von Grove (Rbg) wurde 1687 vermerkt, dass die 52-Jährige *am 8. Tage nach Ihrer Mutter Margreten Tatken Absterben auch gestorben(e)* Maria Wilhelms bestattet worden ist. Weil die Todesursache in beiden Fällen *Brustkrankheit* lautet, könnten sich beide mit derselben Krankheit infiziert haben. Ohnehin gibt es in allen schauburgischen Kirchspielen zahlreiche Belege für *Brustkrankheit*. Für eine eher endemische Verbreitung spricht, dass eine Konzentration der Belege innerhalb kleinerer Zeiträume nicht die Regel ist. Begünstigend können sich dabei klimatische Bedingungen ausgewirkt haben. Ebenfalls im Kirchspiel Grove (Rbg) wurden zwi-schen Februar 1693 und April 1695 überdurchschnittlich viele Fälle mit der Todesur-sache *Brustkrankheit* registriert. Für die Jahre 1693 und 1694 sind außergewöhnliche

Wetteranomalien überliefert. Die Niederschläge haben extreme Werte erreicht, die Temperaturen waren überdurchschnittlich kühl, es gab schwere Stürme (vgl. Kap. 4.1). In Anbetracht der frühneuzeitlichen Wohn- und Arbeitsbedingungen ist davon auszugehen, dass langanhaltende Kälte und Feuchtigkeit einen starken Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung hatte.²¹⁷⁵

Der Begriff *Brustkrankheit* verweist symptomatisch auf eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion. Seit den 1850er Jahren beginnt die Todesursache *Lungenentzündung* schließlich *Brustkrankheit* in den schauburgischen Kirchenbüchern zu verdrängen. Weiterhin gibt es sehr große Übereinstimmungen bei der geschlechts-, alters- und seasonspezifischen Sterblichkeit. Diese Indizien sprechen dafür, dass die beiden Todesursachen identisch sind, *Brustkrankheit* also in aller Regel eine Pneumonie bezeichnet. Wodurch die Pneumonien hervorgerufen worden sind, ist ungewiss. Die Atemwege können sowohl durch Bakterien²¹⁷⁶ als auch Viren befallen worden sein. Der Umstand, dass *Brustkrankheit* durchgehend in den einzelnen Kirchspielen registriert wurde, belegt die endemische Verbreitung. Erreger des Grippalen Infekts sind vorrangig Viren mit ganzjähriger Verbreitung. Während der Influenza innerhalb eines kurzen Zeitraums eine relativ große Zahl an Menschen zum Opfer fiel, wirkte der Grippale Infekt langwieriger, aber nicht weniger massiv. Im Vergleich zur Gegenwart bestand in der Vergangenheit ein überaus hohes Risiko, an einer verschleppten Erkältung zu sterben.²¹⁷⁷

²¹⁷⁵ Vgl. auch HORN (1802), S. 29 u. 80 f.; VASOLD (1999), S. 31.

²¹⁷⁶ Bei bis zu 50 % der Menschen einer modernen Population kann die Flora der oberen Atemwege durch Pneumokokken oder Meningokokken besiedelt sein. Diese können infolge einer infektbedingten Schwächung des Immunsystems eine ernsthafte Erkrankung der Atemwege hervorrufen; vgl. KLISCHIES (2008), S. 16-18.

²¹⁷⁷ Vgl. auch PETER (1978), S. 315.

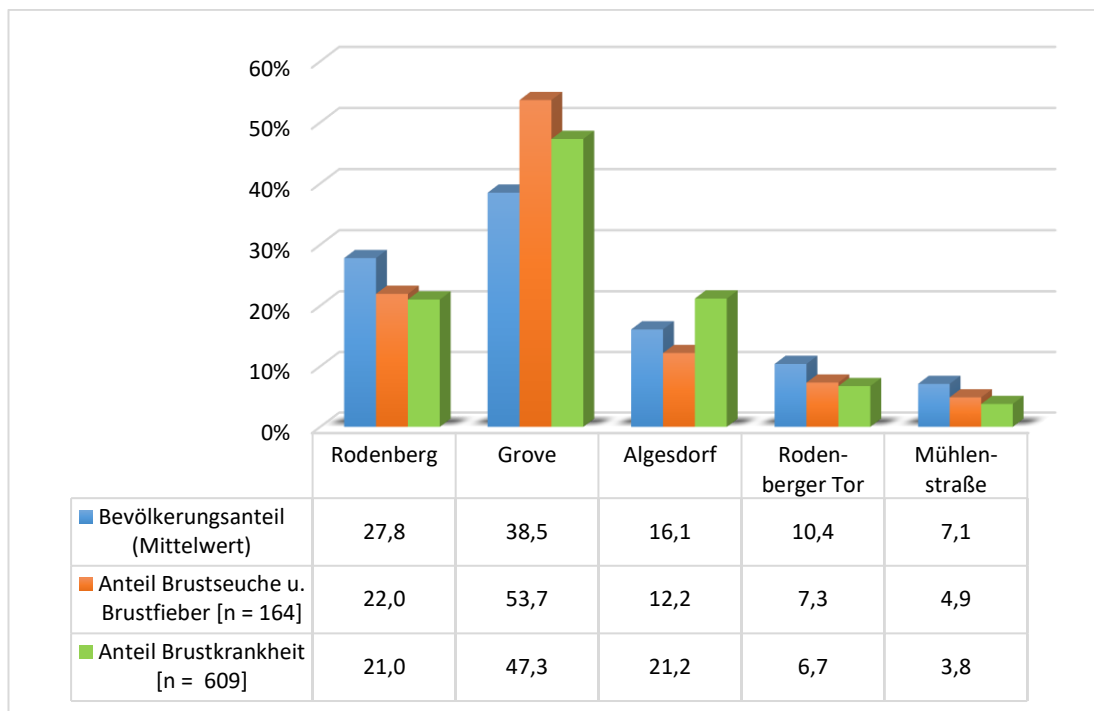


Abb. 130: Bevölkerungsanteile und Atemwegserkrankungen im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent

Für das Kirchspiel Grove (Rbg) wurden die prozentualen Anteile der Sterblichkeit sowohl aufgrund der Todesursachen *Brustseuche* und *Brustfieber* als auch der Todesursache *Brustkrankheit* pro Mitgliedsgemeinde ermittelt und miteinander verglichen (Abb. 130). Wurde *Brustkrankheit* eher bei Todesfällen infolge einer akuten Atemwegserkrankung registriert, verweisen *Brustseuche* und *Brustfieber* auf Influenza. In der Stadt Rodenberg sowie den beiden vorstädtischen Siedlungen Rodenberger Tor und Mühlenstraße wurden die Todesursachen gemessen am jeweiligen Bevölkerungsanteil unterdurchschnittlich oft registriert. Im Kirchspielort Grove verhält es sich genau umgekehrt. Im Dorf Algesdorf, das sich rund einen Kilometer vom Zentrum des Kirchspiels entfernt befindet, ist der Anteil der Todesursachen *Brustseuche* und *Brustfieber* geringer, der von *Brustkrankheit* höher. Die mehr als 100 Belege für die Todesursache *Brustseuche* erscheinen im Kirchspiel Grove (Rbg) fast ausnahmslos im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts. Aufgrund der Bevölkerungsverluste infolge des Dreißigjährigen Krieges lag die Einwohnerdichte zu diesem Zeitpunkt noch unter der des ausgehenden 18. Jahrhunderts, was sich auf die Intensität der sozialen Kontakte zwischen den Bevölkerungen der einzelnen Siedlungen auswirkte. Im Zusammenhang mit den Pocken wurde herausgearbeitet, dass nicht stets alle Siedlungen innerhalb einer Epidemie gleichermaßen von Sterbefällen betroffen waren (vgl. Kap. 2.3.5). Dieser

Effekt könnte auch die Verbreitung der Influenza gehemmt haben, was die im Vergleich zum Kirchspielort Grove geringeren Anteile der Todesursache *Brustseuche* in den vier Mitgliedsgemeinden erklären würde. Dass die vom 17. bis zum 19. Jahrhundert dicht belegte Todesursache *Brustkrankheit* überdurchschnittlich oft in den Dörfern Grove und Algesdorf registriert wurde, lässt sich auf die Anforderungen der agrarischen Arbeitsweise zurückführen. Die starke saisonale Bindung erforderte phasenweise die Arbeitskraft möglichst aller Angehörigen des bäuerlichen Haushalts. Sofern die körperliche Mobilität nicht beeinträchtigt war, konnte auf gesundheitliche Probleme keine Rücksicht genommen werden. Doch selbst ein grippaler Infekt geht mit einer Schwächung der Immunabwehr einher und sollte auskuriert werden, um das Risiko von Komplikationen zu minimieren.

In der agrarisch ausgerichteten schauburgischen Gesellschaft bestand stets die Gefahr, selbst eine an sich harmlose Erkältung zu verschleppen, da sich insbesondere in intensiven Arbeitsphasen auch ein erkranktes Individuum kaum schonen konnte: „Wie oft arbeiten nicht die Bauren, dass sie über den ganzen Leib schwitzen, da sie unterdessen mit bloßen Füßen in einem Sumpfe stehen, der mit Schnee und Eis vermischt ist? Gleichwol wissen sie von keinem Schnupfen, von keinem Catarrhe etwas.“²¹⁷⁸ Der zweite Teil dieser Aussage lässt vermuten, dass die Tätigkeit in der Landwirtschaft die Infektanfälligkeit aufgrund von Temperaturschwankungen gesenkt hat. Tatsächlich ist der Anteil verstorbener Erwachsener bis 50 Jahre sowohl bei *Brustkrankheit* als auch *Lungenentzündung* relativ gering. War aber eine Person erkrankt, begünstigte die starke körperliche Belastung bei erhöhter Körpertemperatur die Entstehung einer bakteriellen Superinfektion. Die am stärksten betroffene Altersgruppe bilden die älteren Erwachsenen, obwohl sie nicht mehr in einem vergleichbaren Maße körperlich arbeiteten. Bei vielen dieser Verstorbenen ist anzunehmen, dass ihre Immunabwehr aufgrund anderer Faktoren bereits herabgesetzt war. Auch die zeitgenössischen Ärzte gingen davon aus, dass es nicht das Alter allein war, sondern auslösende Faktoren wie „Schwäche“ oder das Leiden an einer „phthisischen Architektur“ vorhanden waren.²¹⁷⁹

Bakterielle Superinfektionen können sich auf unterschiedliche Weise äußern. Hinter den Todesursachen, die den Namensbestandteil *Brust* oder *Lunge* enthalten, verbergen

²¹⁷⁸ NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1755, S. 1347.

²¹⁷⁹ Vgl. HORN (1802), S. 87.

sich daher unterschiedliche Erkrankungen. Eine weitere Komplikation eines unzureichend kurierten grippalen Infekts ist beispielsweise die Myokarditis, also eine Beeinträchtigung der Herzfunktion. Hier eine Differenzierung zu treffen, war in der Vergangenheit kaum möglich: „Je nach der Oertlichkeit ihres Sitzes ist eine Verwechslung der Lungen-Entzündung mit der Leber, der Milz, des Zwerchfells möglich (...). Am schwierigsten ist die Unterscheidung der Pneumonia duplex und der Carditis.“²¹⁸⁰ Ließ sich die Herzerkrankung nicht diagnostizieren, wurde die begleitende Atemwegserkrankung als Hauptsymptom und eigentliche Todesursache angesehen.

Ähnlich verhält es sich mit der Pleuritis, die meist Folge einer Pneumonie ist. Zwar wurde sie registriert als *Pleuresie*, *Brust-* bzw. *Rippenfellentzündung* sowie *Lungen- und Rippenfellentzündung*, in den schauburgischen Kirchenbüchern ist die Pleuritis jedoch unterrepräsentiert. Die Todesursache *Pleuresie* erscheint lediglich im Zeitraum von 1761 bis 1802. Von 24 Belegen finden sich 22 in den nördlichen Kirchspielen Grove (Rbg), Großenndorf und Beckedorf. Damit dürften die Diagnosen überwiegend oder ausnahmslos von demselben Arzt gestellt worden sein. *Rippenfellentzündung* wird erst seit den 1850er Jahren gebräuchlich, allerdings kommen diese Eintragungen vorwiegend in den Rintelner Sterberegistern vor. Darüber hinaus gibt es noch vier Belege für die Todesursache *Seitenstechen*. Dieser Begriff ist dem griechischen Ausdruck für die Pleuritis, die bereits in der Antike bekannt war, nachempfunden. Die Zahl der Belege, die zudem überwiegend örtlich und zeitlich begrenzt in den schauburgischen Sterberegistern erscheinen, ist also zu gering, als dass sie die tatsächliche Zahl an Todesfällen, die auf eine Pleuritis zurückgehen, wiedergäben. Als Grund für die weitgehende Absenz dieser Todesursache in den schauburgischen Kirchenbüchern vor den 1850er Jahren kommt die Uneinigkeit der zeitgenössischen Mediziner in der Frage nach der Einordnung der Pleuraentzündung in Frage.²¹⁸¹ Denn bis weit ins 19. Jahrhundert hinein sah man in ihr tendenziell eine Art Pneumonie.

Auch über das Lungenemphysem bestand in den medizinischen Kreisen lange keine Klarheit. Bei dieser Erkrankung werden Alveolen (Lungenbläschen) infolge von Bron-

²¹⁸⁰ BUSCH (1842), S. 686 f.

²¹⁸¹ Vgl. LEUNE (1791), S. 223-227; ROTTECK (1839), S. 8-10; BUSCH (1842), S. 631-640.

chitis, Asthma bronchiale oder auch Pneumonie abgebaut. Diskutiert wurde diese Erscheinung in den Kreisen europäischer Mediziner schon seit dem 17. Jahrhundert.²¹⁸² In Schaumburg erscheint die Todesursache *Lungenemphysem* nur 4-mal und erst zum Ende des Untersuchungszeitraums. Eine Person starb im Rintelner Krankenhaus, die anderen drei lebten in den Kirchspielen Rinteln bzw. Grove (Rbg). *Lungenemphysem* dürfte von Ärzten diagnostiziert worden sein, die entweder ihre akademische Lehrzeit erst kurz zuvor abgeschlossen hatten oder auf eine andere Art an den medizinischen Wissenschaftsbetrieb angebunden waren. Denn Städte wie Rinteln oder das nahe eines sich etablierenden Kurbetriebs liegende Rodenberg versprachen eine zahlungskräftigere Kundschaft und waren für junge bzw. höherqualifizierte Ärzte nicht unattraktiv.

Die Pneumonie ist Begleiterin ganz unterschiedlicher Krankheiten und muss nicht immer Folge einer Influenzainfektion oder eines grippalen Infekts sein. Darunter gibt es Krankheiten, die in den schaumburgischen Kirchenbüchern nicht vorkommen oder sich identifizieren lassen wie beispielsweise der Milzbrand. Weil dessen Erreger, *Bacillus anthracis*, insbesondere durch Rinder auf den Menschen übertragen werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich in Schaumburg während des Untersuchungszeitraums Menschen infiziert haben und gestorben sind. Dass diese Gefahr besteht, war den zeitgenössischen Ärzten durchaus bekannt.²¹⁸³ Allerdings äußert sich der Milzbrand in unterschiedlichen Krankheitsbildern. Rund 90 % aller Infektionen betreffen in der Gegenwart den durch Verletzungen übertragenen Hautmilzbrand.²¹⁸⁴ In der Vergangenheit wurde diese Erscheinungsform als Karbunkelkrankheit bezeichnet. Darmmilzbrand entsteht, wenn der Erreger verschluckt wird, Lungenmilzbrand wird durch das Einatmen von Staubpartikeln aus dem Fell des Tieres verursacht. Die letztgenannten Krankheitsbilder sind seltener, ziehen aber unbehandelt oftmals den Tod der infizierten Person nach sich. Symptomatisch äußert sich der Darmmilzbrand durch eine Enteritis, der Lungenmilzbrand durch eine Pneumonie. Die auch für Laien gut erkennbaren nekrotischen Hautdefekte, die das erste Krankheitsbild begleiten, treten nicht auf. Ein Zusammenhang mit einer Milzbranderkrankung war daher selbst für Ärzte kaum herzustellen. In den Vordergrund rückte einmal mehr das jeweilige Symptom.

²¹⁸² Vgl. ROTTECK (1839), S. 94-96.

²¹⁸³ Vgl. ERNEUERTE BELEHRUNG (1803), passim; WAGNER (1853), S. 19-30.

²¹⁸⁴ Vgl. KLISCHIES (2008), S. 23.

Der Medikalisierungsschub im Übergang zur Neuzeit erbrachte neue Erkenntnisse, die über den akademischen Nachwuchs der medizinischen Fakultäten auch in Schaumburg Verbreitung fanden. In Form neuer Todesursachen hielten die modernen Diagnosen Einzug in die schauburgischen Sterberegister. Der unspezifische Begriff *Brust* wurde durch *Lunge* abgelöst, *Brustbeschwerden* oder *Brustübel* verschwanden. Am Ende des Untersuchungszeitraums erscheinen heute noch gebräuchliche Begriffe wie *Lungenemphysem*, *Pneumonie*²¹⁸⁵ oder *Rippenfellentzündung*. Sehr viele Krankheiten werden von Beeinträchtigungen der Lungenfunktion begleitet. In der Vergangenheit ließ sich jedoch nur ein Teil der verursachenden Krankheiten aufgrund symptomatischer Auffälligkeiten identifizieren. War dies nicht möglich, behalf man sich mit verallgemeinernden Diagnosen, zumeist *Brustkrankheit*. Aufgrund der großen Zahl an Belegen, der hauptsächlich betroffenen Altersgruppen und des saisonalen Mortalitätsverlaufs ist davon auszugehen, dass viele an *Brustkrankheit* verstorbene Personen vor ihrem Tod am Grippalen Infekt litten. Insbesondere in Mitteleuropa ist der Grippale Infekt die häufigste Akuterkrankung. Die Infektion bleibt auch für die Angehörigen der Risikogruppen, also Säuglinge und alte Menschen, in der Regel ohne Folgen. Kommt es zu einem schweren Verlauf, ist eine weiterführende medizinische Behandlung notwendig. In der Vergangenheit waren die therapeutischen Möglichkeiten derart begrenzt, dass bereits eine einfache Erkältung einen tragischen Verlauf nehmen konnte.

²¹⁸⁵ Die Todesursache *Pneumonie* wird erstmals 1857 in Rinteln registriert.

3.6 2 Asthma und COPD

Die Lungenerkrankungen bilden eine Untergruppe der Atemwegserkrankungen. Im Unterschied zu den akuten Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis) lassen sich die chronischen Lungenerkrankungen oftmals nur symptomatisch therapieren und sind zu meist irreversibel. Hierzu zählen beispielsweise die Lungenfibrose sowie die eher seltene DIPNECH (diffuse idiopathische pulmonale neuroendokrine Zellhyperplasie), bei denen es aufgrund einer abnormen Vermehrung des Bindegewebes zu einer Gewebsverhärtung der Lunge kommt. Auch das Lungenemphysem, häufig Folge einer Asthma- oder COPD-Erkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), zählt dazu. Die beschränkten therapeutischen Möglichkeiten in der Vergangenheit standen einer adäquaten Behandlung dieser Krankheiten entgegen. Da bereits die Diagnosestellung problematisch war, liegen kaum Kenntnisse über das Ausmaß der chronischen Atemwegserkrankungen vor dem ausgehenden 19. Jahrhundert vor.²¹⁸⁶ In Anbetracht der oftmals äußerst problematischen Lebensbedingungen liegt es auf der Hand, dass viele Menschen daran gelitten haben. Dies gilt insbesondere für Asthma bronchiale und COPD, die in der Gegenwart am stärksten verbreiteten chronischen Atemwegserkrankungen.

Asthma bronchiale

Die Bezeichnung Asthma kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Beklemmung, auch Atemnot. Der Zusatz bronchiale bezieht sich auf die begleitende Verengung der Atemwege infolge von Verkrampfung oder Verschleimung. Asthma bronchiale ist eine Erkrankung der unteren Atemwege, die sich in Husten- und Erstickungsanfällen äußert. Hervorgerufen werden diese Anfälle durch eine Verengung der Bronchien sowie eine erhöhte Schleimproduktion infolge einer entzündlich geschwollenen Bronchialschleimhaut. Asthma bronchiale ist die Kombination zwischen chronischer Entzündung und ständiger Abwehrbereitschaft des Körpers gegenüber bestimmten Auslösern. Grundsätzlich zu unterscheiden sind das allergische (extrinsische) und das nicht-allergische (intrinsische) Asthma bronchiale. Allerdings leiden neun von zehn Betroffenen unter einer Mischform. Beim allergischen Asthma bronchiale kommt es zu Abwehrreaktionen des Körpers beispielsweise gegen Blütenpollen (saisonales

²¹⁸⁶ Eine Ausnahme bildet die Silikose, die als Berufskrankheit der Steinhauer nur innerhalb eines festen Personenkreises vorkam; vgl. Kap. 3.6.3.

Asthma bronchiale). Auslöser können auch Speichel von Tieren²¹⁸⁷, Pilzsporen, Kot von Hausstaubmilben, Chemikalien oder Nahrungsmittel sein. Vorgegangen ist eine Verlagerung der allergischen Reaktionen von den oberen auf die unteren Atemwege (Etagenwechsel). Nicht selten tritt diese Komplikation als Folge einer Blütenpollenallergie auf. Die Beschwerden beschränken sich dann auf die Pollensaison. Bei anderen Allergenen bleiben die Beschwerden so lange, wie der Kontakt besteht. Das allergische Asthma bronchiale unterliegt einer genetischen Disposition und tritt gehäuft in Familienverbänden auf. Das nicht-allergische Asthma bronchiale ist ebenfalls die Folge einer körperlichen Abwehrreaktion, Auslöser sind jedoch bakterielle oder Virusinfekte. Darüber hinaus gibt es auch unspezifische Reize, die ein bestehendes Asthma bronchiale verstärken können. Hierzu zählen körperliche Anstrengungen, Tabakrauch, Nebel und kalte Luft oder Atemwegsinfektionen.

Beim asthmatischen Anfall kommt es zu einer krampfartigen Verengung der Bronchien. Dabei schwellen die Bronchialschleimhäute an und bilden gleichzeitig eine große Menge an Schleim, der sich nur schwer abhusten lässt. Die Störung des Abflusses von Schleim sowie die Vermehrung von Schleimzellen rufen eine Veränderung der Bronchialschleimhaut und schließlich die Bildung von Ödemen im Lungengewebe hervor. Asthma bronchiale kann die Ausbildung eines (chronischen) Lungenemphysems, also eine dauerhafte Vergrößerung der Lunge aufgrund der Erweiterung der Lungenbläschen, nach sich ziehen. Aufgrund des erhöhten Kraftaufwands, mit dem das Blut in die verengten Gefäße gepumpt werden muss, kann es auch zur Schwächung des rechten Herzens (Cor pulmonale) kommen. Symptomatisch äußert sich Asthma bronchiale infolge der Obstruktion durch ein Gefühl von Brustenge, Atemnot, anhaltenden Husten, Auswurf sowie einen Stridor in Form von charakteristischen Pfeifgeräuschen (Giemen) beim Ausatmen. Eine weitere Komplikation ist das akute Lungenemphysem. Weil immer etwas Restluft in den unteren Atemwegen verbleibt, bläht sich die Lunge auf. Das Einatmen ist erschwert, die Luftnot nimmt zu.

Asthma bronchiale kommt in unterschiedlichen Ausprägungen vor. Allerdings kann auch die leichteste Form, die sich in zunächst gelegentlichen und weniger schweren

²¹⁸⁷ Zu den Allergenen tierischen Ursprungs zählen weitere proteinhaltige Bestandteile wie Schweiß und Urin. Verbreitet werden sie vornehmlich durch Haare und Federn, weshalb sie im Allgemeinen als Tierhaarallergien bezeichnet werden.

Anfällen äußert, im Laufe der Zeit – unbehandelt – letal enden. In seiner Symptomatik ähnelt das Asthma bronchiale dem Asthma cardiale, einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz, doch liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde. Das Asthma cardiale ist zu meist die Folge eines Herzklappenfehlers oder einer Herzmuskelschwäche. Weil aufgrund der ungenügenden Pumpleistung zuviel Blut im linken Herzvorhof verbleibt, erhöht sich der Druck in der Lunge. Die Folgen des Blutstaus sind Lungenödeme, die asthmaähnliche Beschwerden hervorrufen.

Asthma bronchiale zählt zu den Krankheiten, die nicht selten bereits in der Kindheitsphase auftreten. In der Bundesrepublik Deutschland erkranken mittlerweile 10–15 % der Kinder, die Zahl der Neuerkrankungen unter Erwachsenen liegt bei 5–7 %. 2018 wurden 4,2 % der bundesdeutschen Bevölkerung aufgrund eine Asthmaerkrankung medikamentös behandelt.²¹⁸⁸ Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts wurde eine weltweite Zunahme der Asthmaerkrankungen beobachtet. Über die Ursachen gibt es Vermutungen, ein wissenschaftlicher Beweis steht weiterhin aus. Weil eine Asthmaerkrankung Folge eines multikausalen Prozesses ist, kommen unterschiedliche Faktoren für ihre Entstehung in Frage. Als Voraussetzung gilt eine genetische Disposition, ausgelöst wird die Erkrankung jedoch durch exogene Faktoren.²¹⁸⁹ Im Allgemeinen geht die Forschung von einer Veränderung der Lebensverhältnisse in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die zu einer Unterforderung des Immunsystems geführt hat, aus. Eine Tatsache ist, dass die Bevölkerung in den modernen Industriestaaten seltener mit Keimen konfrontiert wird. Tatsächlich liegt die Asthma-Prävalenz der hochentwickelten Länder über dem weltweiten Durchschnitt.²¹⁹⁰ Doch entgegen früheren Annahmen scheint die zunehmende Hygiene im unmittelbaren Wohnumfeld keinen Einfluss zu haben.²¹⁹¹ Möglicherweise spielt das Sinken der durchschnittlichen Personenzahl pro Haushalt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Ähnliches gilt für Kontakte zwischen Mensch und Tier, die deutlich zurückgegangen sind. Und schließlich wird im Allgemeinen keine Nahrung mehr verzehrt, die mit Bakterien und Pilzen belastet ist. Der

²¹⁸⁸ Vgl. WIDO (2020), S. 33.

²¹⁸⁹ Vgl. MUTIUS/NOWAK (2000), S. 44-55; PETERMANN/WARSCHBURGER (2000), S. 11 f.

²¹⁹⁰ 2017 wurde die globale Prävalenz auf 3,1–3,6 % der Weltbevölkerung geschätzt. In Island, Portugal oder dem Vereinigten Königreich überstieg sie 8 %. In der BRD lag die Asthma-Prävalenz in diesem Jahr bei 4,5 %; vgl. WIDÖ (2020), S. 16.

²¹⁹¹ Die Erkenntnislage ist nicht eindeutig. Zur Diskussion um den „Bauernhofeffekt“ und ähnliche Fragestellungen vgl. BIRRECK (2017), S. 63-86.

Kontakt mit den eigentlich harmlosen Allergenen wird als Überreaktion des Immunsystems gedeutet. Menschen, die an Asthma bronchiale erkrankt sind, wird deshalb empfohlen, die Allergene zu meiden. Weitere therapeutische Maßnahmen sind neben der Erlernung von Atem- und Entspannungstechniken vorzugsweise Medikamentengaben. Im Allgemeinen setzt eine Chronifizierung ein. Tritt das Asthma bronchiale bereits im Kindesalter auf und wird frühzeitig therapiert, kann bei einem Drittel der Kinder eine Heilung herbeigeführt werden. Doch auch beim chronischen Asthma bronchiale kann die körperliche Leistungsfähigkeit der Erkrankten bei entsprechender Behandlung vollständig erhalten bleiben.

COPD

Hinter der Abkürzung COPD, zu deutsch: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, verbergen sich chronische Erkrankungen, die durch eine Funktionsbeeinträchtigung der Atemwege hervorgerufen worden sind. Obstruktiv (lat. obstruere; dt. verschließen) bezieht sich auf die die Sauerstoffversorgung des Organismus einschränkende Verengung der Bronchien. Ebenso wie beim Asthma bronchiale ist grundsätzlich von einer genetischen Disposition der Erkrankten auszugehen. Als Auslöser von COPD kommen unterschiedliche Faktoren in Betracht. In der Gegenwart steht an erster Stelle vermutlich die Inhalation von Tabakrauch, die auf unterschiedliche Art wirken kann. So ist eine akute Bronchitis an sich nicht problematisch, weil sie in der Regel folgenlos abheilt. Sie kann jedoch auch durch Rauchen hervorgerufen werden und chronifizieren. Aus einer chronischen Bronchitis wiederum kann sich COPD entwickeln. Weitere mögliche Ursachen sind hohe Konzentrationen an Feinstaub oder Stickoxiden infolge von Luftverschmutzung. Personen, die an ihrem Arbeitsplatz entsprechenden Substanzen oder auch toxischen Gasen ausgesetzt sind, unterliegen einem hohen Risiko.

Die Leitsymptomatik ähnelt dem des Asthma bronchiale. Charakteristisch ist zunächst chronischer Husten mit Auswurf, später kommt ein zunehmendes Engegefühl im Brustraum hinzu. Anfälle wie beim Asthma bronchiale treten beim COPD nicht auf. Typisches Symptom des COPD ist eine Dyspnoe, die sich bei Belastung verschlimmern kann. Aus diesem Grunde neigen Betroffene dazu, sich in ihrer Mobilität einzuschränken, was das Auftreten von Folgekrankheiten begünstigt. Komplikationen können darüber hinaus insbesondere durch Atemwegsinfektionen hervorgerufen werden.

Die therapeutischen Maßnahmen reichen von der Meidung des Kontakts mit den auslösenden Substanzen über „Lungensport“ und die Gabe von Medikamenten bis hin zur Lungentransplantation. COPD kann zwar im Kindesalter als Folge chronisch rezidivierender Atemwegsinfektionen auftreten. Die Regel ist jedoch eine Erkrankung in fortgeschrittenen Jahren infolge andauernder Sensibilisierung. In der Bundesrepublik Deutschland sollen Schätzungen zufolge rund 7 Millionen Menschen erkrankt sein.²¹⁹² Für die folgenden Jahre wird eine weitere Zunahme erwartet.

Chronische Atemwegserkrankungen in der Vergangenheit

COPD ist eine moderne fachliche Umschreibung aus dem englischen Sprachraum. Der Begriff Asthma wurde bereits im antiken Griechenland verwendet. Doch verband man damit zunächst nur ein Symptom, keine Krankheit. Noch im 19. Jahrhundert war Asthma ein weitgehend unbestimmter Begriff.²¹⁹³ Atembeschwerden in geringer Ausprägung nannte man Dyspnoea, unter Asthma verstand man die schwereren Formen. Später unterschied man das „spasmatische“ und das „Flussasthma“. Für Krankheiten, die sich eher dem Spektrum der chronischen Lungenerkrankungen zuordnen lassen, war die Bezeichnung „Engbrüstigkeit“ gebräuchlich. In der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts unterschied man eine feuchte und eine trockene Engbrüstigkeit. Eine feuchte (auch verschleimte) Engbrüstigkeit nahm man an, wenn „die Patienten auswerffen. Es ist aber diese ein ängstliches Athem=holen mit unterlaufenden Husten und Auswurf einer wäßrichten und verschleimten Materie (...). Man erkennt eigentlich dieses Ubel an dem ängstlichen Athem=holen. Sie entstehet leicht von der geringsten Bewegung, bevor wenn die Leute aufwärts steigen, wovon sie in Lungen ein Widerhalten (renisum) nebst einem Keuchen und Röcheln empfinden“.²¹⁹⁴ Als charakteristisch für die trockene Form galt „ein schweres Athemholen, ohne Husten und Auswurf einer schleimigten Feuchtigkeit“.²¹⁹⁵ Auch „quallstern und röcheln“ die Erkrankten nicht so wie bei der feuchten Form. Und: „Wenn sich die Engbrüstigkeit ziemlich eingesetzt und eingewurzelt hat: so ist sie gefährlicher, als die feuchte“. Seit dem 18. Jahrhundert galt die Engbrüstigkeit als nervöse Krankheit. Zudem kam als weitere Unterscheidung

²¹⁹² Vgl. LUNGENINFORMATIONSDIENST.DE [<https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/verbreitung/index.html> – letzter Zugriff: 2023-11-12]; LUNGENAERZTE-IM-NETZ.DE [<https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/copd/haeufigkeit/> – letzter Zugriff: 2023-11-12.]

²¹⁹³ Vgl. MILLAR (1769), S. 106 f.; RAMADGE (1841), S. 2-5.

²¹⁹⁴ SCHUSTER (1743), S. 152.

²¹⁹⁵ EBD., S. 157.

eine „krampfige“ oder „krampfhaft“ Engbrüstigkeit, deren Hauptsymptom „periodische Anfälle“ sind, hinzu.²¹⁹⁶ Der Begriff Asthma wird seit dem ersten Drittel des 19. Jahrhunderts geläufiger. Gleichzeitig entwickelte sich die moderne Auffassung vom Asthma bronchiale als einer eigenständigen Krankheit heraus: „Die krampfhaft Engbrüstigkeit (...) oder das Asthma im engeren Sinne unterscheidet sich von anderen Arten der Engbrüstigkeit, die von anderen Ursachen entstehen und Symptome anderer Brustkrankheiten sind oder sich zu Fiebern gesellen, dadurch, daß sie durch einen Krampf der Respirationsorgane verursacht wird und periodisch wiederkehrt. Es werden aber besonders zwei Arten des krampfhaften Asthmas unterschieden, je nachdem dasselbe Erwachsene oder Kinder befällt.“²¹⁹⁷

Als Kennzeichen für das Asthma der Erwachsenen galten plötzlich auftretende nächtliche Anfälle.²¹⁹⁸ Die Klassifizierung der Form, die man bei Kindern zu erkennen glaubte, war durch die mit dem Asthma einhergehenden Erstickungsfälle erschwert. Daher wurde vermutet, dass in älteren Abhandlungen tatsächlich die häutige Bräune, also die Diphtherie, beschrieben wurde.²¹⁹⁹ Man hatte beobachtet: „Beim Asthma können die Kinder durchaus nicht liegen, sondern müssen aufrecht sitzen; bei der Bräune hingegen liegen sie, und biegen vielmehr den Hals zurück. Dieses Zeichen ist eines der sichersten.“²²⁰⁰ Tatsächlich äußert sich Asthma bronchiale durch Symptome, die die Zuordnung erleichtern, wenn man sie als Charakteristikum dieser Krankheit identifiziert hat. Besonders auffällig ist das Giemen, ein pfeifendes Geräusch. Es entsteht beim Anfall, weil aufgrund verbliebener Luft in den unteren Atemwegen das Ausatmen erschwert ist. Hinzu kommt die Neigung, während des Anfalls eine charakteristische Haltung, den „Kutschersitz“ einzunehmen, um die Atemhilfsmuskulatur zu aktivieren. Zur Leitsymptomatik gehören darüber hinaus ein eher unspezifischer Hustenreiz sowie eine überhöhte Herzfrequenz. Auch diese Symptome halfen bei der Einordnung und wurden bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts benannt. Conradi (1833) beschreibt sie in seinem „Handbuch der speciellen Pathologie“ wie folgt:²²⁰¹

²¹⁹⁶ Vgl. TOWNSEND (1796), S. 385-387.

²¹⁹⁷ CONRADI (1833), S. 447; vgl. auch TOWNSEND (1796), S. 387 f.; HECKER (1830), S. 1018.

²¹⁹⁸ Vgl. EBD., S. 1019.

²¹⁹⁹ Vgl. EBD., S. 1023 f.; LAENNEC (1832), S. 159; CONRADI (1833), S. 452-455; MEISSNER (1837), S. 139 f.

²²⁰⁰ HECKER (1830), S. 1027.

²²⁰¹ Hierzu auch EBD., S. 1019: „Wegen dieses Symptoms, daß der Kranke nur aufrecht sitzend einigermaßen athmen kann, nennt man die ganze Krankheitserscheinung auch Orthopnoea“.

„Gewöhnlich erwacht dann der Kranke (...) durch außerordentliche Beklemmung und Zusammenschnürung der Brust, welche das Athmen sehr hindert; er wird dadurch genöthigt sich aufzurichten und zum Fenster oder ins Freie zu eilen, um frische Luft zu schöpfen; er keicht beständig, sperrt den Mund vor Begierde nach Luft weit auf, strengt selbst die Schultern und Arme an, um mehr Luft zu schöpfen (...). Das Herz klopft dabei heftig und unordentlich, der Puls ist aussetzend, krampfhaft und enge; das Antlitz ist oft angeschwollen und dunkelroth, oft aber auch bleich und eingefallen. Es ist indessen kein Schmerz in irgend einer Stelle der Brust zugegen.“ (S. 448)

Für das Auftreten der Engbrüstigkeit bzw. des Asthma gab es viele Erklärungen.²²⁰² Vorstellungen aus der Säftelehre kamen hier ebenso wie Ernährungsgewohnheiten, körperliche Konstitution und Entzündungen oder Veränderungen der Organe zum Tragen. Auch Witterungseinflüsse wurden berücksichtigt. Dass die Angehörigen bestimmter Berufe besonders gefährdet waren, blieb nicht verborgen: „Besondere Arten von Asthma (Asthma fullonum, pulverulentum, montanum) entstehen durch Anfüllen der Luftwege mit fremden, von aussen hinein gekommenen Stoffen. Diesem Asthma sind daher Arbeiter, deren Beschäftigungen viel Staub verbreiten, z. B. Tuchmacher, Friseurs, Müller, Steinhauer, u. a. vorzüglich ausgesetzt.“²²⁰³ Dass die Anfälligkeit für diese Krankheit vererbt wird, wurde spätestens seit dem 18. Jahrhundert vermutet: „So höret man auch, daß engbrüstige Eltern dergleichen Kinder zeugen“.²²⁰⁴ Im 19. Jahrhundert war man sich sicher: „Es muss zwar allerdings schon Anlage im Körper seyn, wenn diese Schädlichkeiten die eigenthümliche Krankheit hervorbringen sollen“.²²⁰⁵ Wegen der plötzlich einsetzenden Beschwerden im Brustraum kam die Vermutung auf, es bestünde eine Verwandtschaft zur Angina pectoris, einer schmerzhaften Durchblutungsstörung des Herzens.²²⁰⁶ Auch andere Erkrankungen der oberen oder unteren Atmungsorgane setzte man mit der Engbrüstigkeit bzw. dem Asthma gleich. Dennoch

²²⁰² Vgl. SCHUSTER (1743), S. 153 f. u. 158 f.; MILLAR (1769), S. 108 f.; HECKER (1830), S. 1017 f.; CONRADI (1833), S. 450 f.; PHILIPP (1838), S. 223; RAMADGE (1841), S. 6 f.

²²⁰³ HECKER (1830), S. 1019.

²²⁰⁴ SCHUSTER (1743), S. 154.

²²⁰⁵ HECKER (1830), S. 1019.

²²⁰⁶ Vgl. EBD.; MEISSNER (1837), S. 141; RAMADGE (1841), S. 8 f.; hierzu auch PETER (1978), S. 291 f.

ist anzunehmen, dass aufgrund der recht spezifischen Symptomatik des Asthma bronchiale – und wohl auch des COPD – meistens eine zutreffende Diagnose gestellt wurde.

Die therapeutischen Empfehlungen spiegeln die individuellen Vorlieben der Mediziner wider. Sie umfassen das Spektrum der zeittypischen Maßnahmen und reichen von Aderlässen, Klistieren, Brechmitteln und Diäten über die Gabe von Kräutern und Gewürzen, denen man eine schleimlösende Wirkung zuschreibt, bis hin zur Verschreibung von Äther und Arsen. Ferner wurde eine geordnete und das Aufkommen von Leidenschaften vermeidende Lebensweise angemahnt. Die Asthmaanfälle behandelte man mit krampfstillenden Mitteln wie feuchten Umschlägen, Fußbädern oder auch größeren Dosen an Äther mit Opium.²²⁰⁷

Bei der durch Erstickungsanfälle charakterisierten Krankheitsform handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um Asthma bronchiale. Die Identifizierung von COPD sowie anderer chronischer Lungenerkrankungen ist um einiges schwieriger. Gleichwohl ist anzunehmen, dass insbesondere COPD in der Frühen Neuzeit weitverbreitet war. Nikotinabusus indes war im mitteleuropäischen Raum von untergeordneter Bedeutung, da er zunächst vornehmlich in den gehobenen gesellschaftlichen Schichten stattfand.²²⁰⁸ Ohnehin wurde im 18. Jahrhundert ein Großteil des importierten Tabaks geschnupft. Geraucht wurde er in der Pfeife, seit dem 19. Jahrhundert zunehmend in Form von Zigarren. Den schnellen Tabakkonsum in Arbeitspausen ermöglichte indes erst die Zigarette, die im 20. Jahrhundert populär wurde. Eine erhebliche alters- und – weitgehend – schichtenübergreifende Belastung stellten die Rußpartikel, die beim Kochen und Heizen in geschlossenen Räumen freigesetzt wurden, dar.²²⁰⁹ Im Zusammenhang mit der „Wesentlichen oder nervösen Engbrüstigkeit“ wird hervorgehoben, dass „man das Uebel bei Gichtischen und Podagrysten“²²¹⁰ am häufigsten trifft. Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen dürften die Erkrankten vergleichsweise viel Zeit in geschlossenen Räumen verbracht haben, so dass sie den Rußpartikeln in hohem

²²⁰⁷ Vgl. TOWNSEND (1796), S. 393; HECKER (1830), S. 1021 u. 1027.

²²⁰⁸ Vgl. SCHIVELBUSCH (1990), S. 122-128 u. 143 f.; VASOLD (2016), S. 348-353 u. 359-362.

²²⁰⁹ Vgl. auch BRÜGELMANN (1982), S. 187.

²²¹⁰ RAMADGE (1841), S. 106. Der Autor unterscheidet die „Wesentliche oder nervöse Engbrüstigkeit“ vom „Asthma in Verwicklung mit Katarrh“, dessen „Haupteigenthümlichkeit“ plötzliche Anfälle sind; vgl. EBD., S. 11-15 u. 100-104.

Maße ausgesetzt waren. Die Information, dass „Personen in vorgerückten Jahren (...) ihr mehr unterworfen [seien] als junge Leute, obschon man sie häufig genug auch in einer frühen Lebensperiode antrifft“,²²¹¹ spricht ebenfalls für COPD. Doch selbst in der Gegenwart erweist sich die Diagnostik der Atemwegserkrankungen nicht selten als schwierig. Zudem wurde vor wenigen Jahren eine Mischform zwischen Asthma bronchiale und COPD entdeckt. Eine Definition für das sogenannte Asthma-COPD-Overlap-Syndrom (ACOS) liegt noch nicht vor. Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens ein Zehntel, vielleicht ein Drittel der an Asthma bronchiale oder COPD Erkrankten an ACOS leiden.

Einen Sonderfall bildet der Stickfluss (auch: Steckfluss). Die zeitgenössischen medizinischen Abhandlungen sind hinsichtlich der Frage, ob es sich um eine Komplikation oder eine eigenständige Krankheit handelt, nicht eindeutig. Im Allgemeinen verstand man unter dem Stickfluss das plötzliche Aussetzen der Lungentätigkeit im Sinne einer Lähmung aufgrund einer Schwächung der Nerven im Brustbereich.²²¹² Im Unterschied dazu sah man in der „spannenden“ Engbrüstigkeit eine Verkrampfung, durch die die Atmung behindert wurde. Engbrüstigkeit und Asthma galten als Krankheiten mit einem weniger progredienten, langjährigen Verlauf, der durch zunehmende Luftnot und Erstickungsanfälle gekennzeichnet ist. In den Erläuterungen zur Lippischen Consistorialverordnung aus dem Jahre 1789 wird der Unterschied deutlich hervorgehoben: „Sowohl Kinder als auch Erwachsene werden zuweilen plötzlich und ohne daß sie vorher dümpficht oder sehr engbrüstig gewesen, mit einem Steckfluß befallen, alsdann hohlen sie mühsam und schnell Athem. Das Athemhohlen ist röchelnd, zischend und pfeifend, der Kranke ist sehr ängstlich, hat wenig Besinnung und der Tod erfolgt zuweilen, zumal bey Erwachsenen, binnen einigen Minuten, zuweilen aber auch, zumal bey Kindern, erst binnen einigen Tagen.“ Zudem sollte darauf geachtet werden, dass „man den Steckfluß nicht mit dem Schlagfluß (...) verwechsele.“ Als kennzeichnend für den Stickfluss galt eine akute und bis zur Lebensbedrohlichkeit gesteigerte Atemnot, die durch eine vermehrte Ansammlung von Flüssigkeit im Brustbereich hervorgerufen werden konnte. Ein Stickfluss konnte auch die Folge eines Katarrhs sein.²²¹³

²²¹¹ RAMADGE (1841), S. 101.

²²¹² Vgl. SCHUSTER (1743), S. 162 f.; FISCHER, ANTON FRIEDRICH (1831b), S. 153; PAULITZKY (1849), S. 263 f.

²²¹³ Vgl. LAENNEC (1832), S. 158 f.

Chronische Atemwegserkrankungen im Untersuchungsgebiet

Unter den Todesursachen in den schauburgischen Kirchenbüchern, die auf Atemwegserkrankungen zurückzuführen sind, lassen sich einige aufgrund von Gemeinsamkeiten als chronische Lungenerkrankungen identifizieren. Mit einiger Sicherheit zählen *Asthma*, *Dumpf* und *Engbrüstigkeit* dazu, mit Einschränkungen wohl auch der bereits 1688 im Kirchspiel Grove (Rbg) erwähnte *Stickfluß*. Die anderen Todesursachen erscheinen seit den 1750er bzw. 1760er Jahren und sind bis zum Ende des Untersuchungszeitraums belegt. Die Diagnose *Asthma* ist vor dem 2. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts allerdings eine Ausnahme. Sowohl *Dumpf* als auch *Engbrüstigkeit* finden sich mehrmals kombiniert mit *Brustkrankheit*, *Brustschaden*, *Lungensucht* und *Husten*. Daneben auch mit *Geschwulst* oder *Wassersucht* sowie relativ häufig in Kombination mit *Auszehrung*, *Entkräftung* oder [Alters]schwäche. Die Todesursache *Asthma* – auch *Schleimasthma* oder *asthmatische Zufälle* – steht zumeist allein. Die Krankheitsdauer ist bei allen diesen Todesursachen nur selten angegeben. Zumeist wird auf eine längere, auch mehrere Jahre andauernde Erkrankung hingewiesen. Im Zusammenhang mit *Stickfluß* ist einige Male vermerkt, dass er *plötzlich* auftrat. Darüber hinaus gibt es Kombinationen, die auf eine Erkrankung der Atemwege verweisen: *infolge eines organischen Lungenleidens*, *Brustkrankheit*, *Stickfluß bei chronischem Asthma* o. ä.

Der Vergleich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit ergibt Abweichungen zwischen den Todesursachen (siehe Kap. 3.6.1, **Tab. 38**). Der Anteil der Verstorbenen männlichen Geschlechts beträgt bei *Asthma* 49,1 % (96,6 : 100; n = 57), bei *Dumpf* 51,4 % (105,7 : 100; n = 290), bei *Engbrüstigkeit* 54,0 % (117,4 : 100; n = 313) und bei *Stickfluß* 57,4 % (134,8 : 100; n = 54]. Das Ergebnis bestätigt die zeitgenössischen Beobachtungen, wonach eher männliche Individuen an chronischen Atemwegserkrankungen litten.²²¹⁴ In der Gegenwart erkranken sogar doppelt so viele Jungen wie Mädchen, wenn Asthma bronchiale bereits im Kindesalter auftritt.²²¹⁵ Im Erwachsenenalter kehrt sich das Verhältnis um. Der Anteil des weiblichen Geschlechts ist angestiegen, weil mehr Frauen rauchen.

²²¹⁴ Vgl. SCHUSTER (1743), S. 159 u. 163; MILLAR (1769), S. 65; HECKER (1830), S. 1018; CONRADI (1833), S. 457; RAMADGE (1841), S. 5.

²²¹⁵ Vgl. MUTIUS/NOWAK (2000), S. 44; hierzu auch WIDO (2020), S. 33-35.

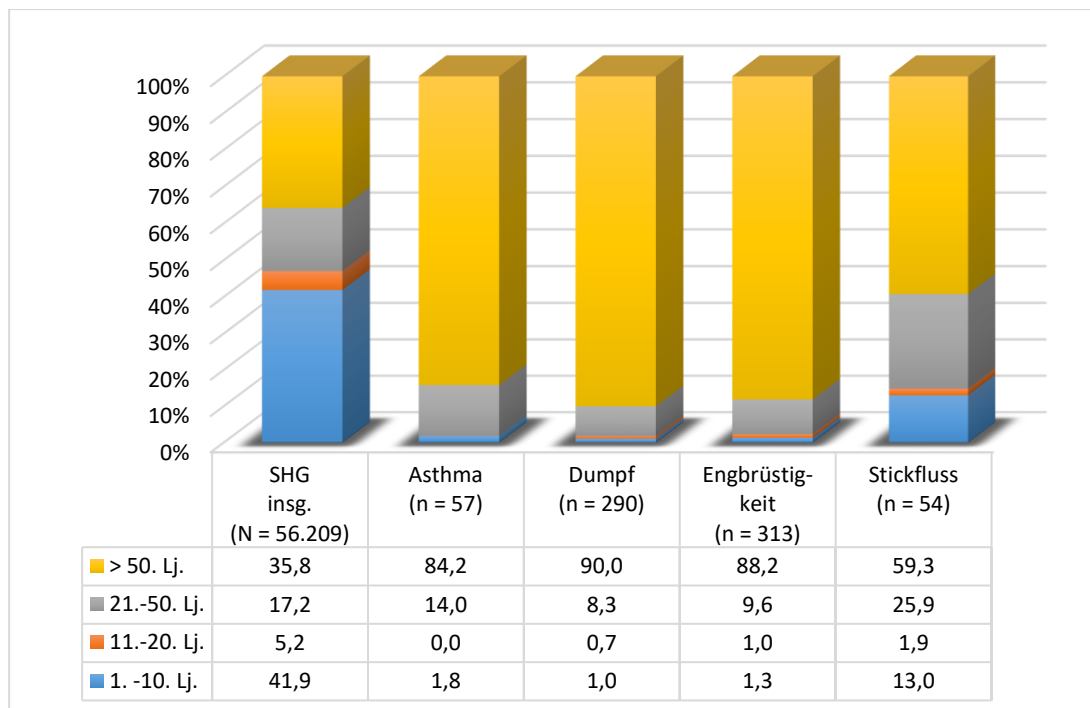


Abb. 131: Asthma und COPD – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Ein Vergleich der altersspezifischen Sterblichkeit fällt eindeutiger aus (**Abb. 131**): Am stärksten ausgeprägt sind die Gemeinsamkeiten zwischen *Asthma*, *Dumpf* und *Engbrüstigkeit*. Die drei Todesursachen weichen zugleich erheblich von den für Schaumburg ermittelten Durchschnittswerten ab. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine dieser Todesursachen diagnostiziert worden ist, ist verschwindend gering. Als ein Grund hierfür kommt die ländliche Prägung des Untersuchungsgebiets in Betracht: „Der Mangel an Leibesbewegung und der freyen Luft machen die Kinder der Engbrüstigkeit überaus sehr unterwürfig; und aus dieser Quelle entspringet viele Ungemach, wodurch die Kinder in großen Städten öfters in große Noth und Elend versetzt werden.“²²¹⁶ Der Anteil der Personen, die in den mittleren Lebensjahren verstorben sind, ist mit 14 % lediglich bei der Todesursache *Asthma* relativ hoch. Im Gegensatz zum COPD tritt Asthma bronchiale vermehrt bereits in frühen Lebensjahren auf,²²¹⁷ wodurch sich letztlich das durchschnittliche Alter der Verstorbenen senkt. Im Falle von *Dumpf* und *Engbrüstigkeit* zählen jedoch neun von zehn Personen zur Altersgruppe der über 50-Jährigen. Das hohe Alter der meisten Verstorbenen entspricht der

²²¹⁶ MILLAR (1769), S. 80.

²²¹⁷ Vgl. auch RAMADGE (1841), S. 5; HECKER (1830), S. 1018 u. 1024; AKMATOV (2019), S. 11.

Beobachtung, dass die Erstickungsfälle bei jüngeren Personen nur selten einen tödlichen Verlauf nahmen.²²¹⁸

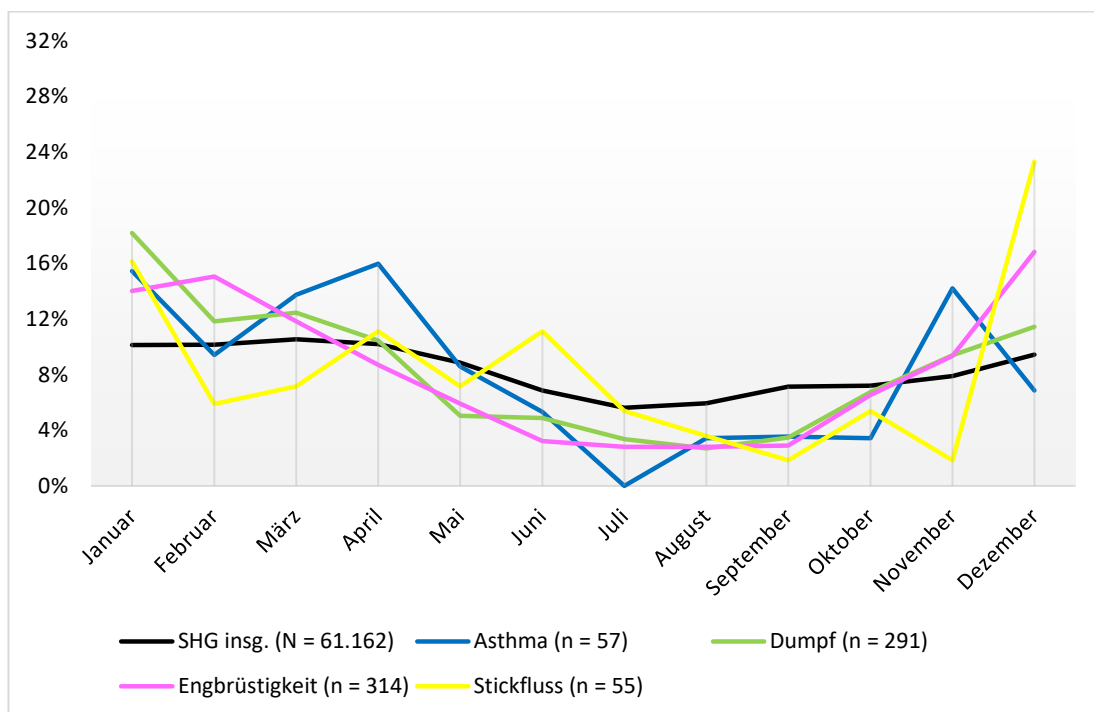


Abb. 132: Asthma und COPD – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Beim Vergleich der saisonalen Sterblichkeit fallen zunächst die relativ großen Sprünge bei den Todesursachen *Asthma* und *Stickfluß* auf (**Abb. 132**). Der Grund ist die jeweils geringe Datenbasis. Doch in ihrer Tendenz stimmen die beiden Todesursachen mit *Dumpf* und *Engbrüstigkeit* überein: Die Werte liegen in den wärmeren Monaten zum Teil beträchtlich unter den für die Gesamtsterblichkeit in Schaumburg ermittelten Werten. Im Herbst steigt die Mortalität an, in den Wintermonaten ist sie am stärksten ausgeprägt. Zum Teil sinken die Werte dann bereits im Februar bzw. März signifikant ab. Die zeitgenössischen Aussagen sind in Bezug auf die Saisonalität nicht eindeutig: Der Feststellung, dass *Engbrüstigkeit* „fast blos im Winter“²²¹⁹ auftrete, stehen Aussagen gegenüber, wonach der „Weinmonat“ bzw. Herbst und Frühling die typischen Jahreszeiten seien.²²²⁰ Übereinstimmend beobachtete man indes, dass klimatische Bedingungen eine begünstigende Wirkung ausüben können. Demnach war *Engbrüstigkeit*

²²¹⁸ Vgl. HECKER (1830), S. 1020 f.; CONRADI (1833), S. 449.

²²¹⁹ HECKER (1830), S. 1024.

²²²⁰ Vgl. TOWNSEND (1796), S. 389; MILLAR (1769), S. 11 u. 54.

„bei naßkalter Witterung, und vorzüglich in feuchten, kalten Wohnungen, deswegen auch am häufigsten bei armen Leuten.“²²²¹ Die Probleme mit den Wohnverhältnissen lassen sich verallgemeinern. Rothe überliefert ein Zitat des Pastors aus dem schaum-burg-lippischen Kirchspiel Frille, der sie 1822 wie folgt beschreibt:

„Was den Gesundheitszustand betrifft, sind die Brustbeschwerden hier sehr häufig. Außerdem, dass der häufige Genuss des Branntweins dieses Übel erzeugt, sind die dumpfen Stuben, worin oft nur ein kleines Fenster geöffnet werden kann, und die ungedielten Kammern, worin im Winter Cartoffeln und anderes Gemüse verwahrt wird, wohl die Hauptursachen derselben.“²²²²

Der saisonale Mortalitätstrend der chronischen Atemwegserkrankungen entspricht zum Teil dem der Erkältungskrankheiten (vgl. Kap. 3.6.1). Bereits vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge einer chronischen Atemwegserkrankung könnten durch eine zusätzliche Akuterkrankung verschlimmert worden sein. Zudem wurde herausgefunden, dass Exazerbationen aufgrund von COPD in den Wintermonaten ansteigen.²²²³ Die Beschwerden führen dazu, dass sich Erkrankte weniger im Freien aufhalten. Unter den frühneuzeitlichen Bedingungen bedeutete dies eine verstärkte Inhalation von Rußpartikeln und damit eine Verringerung des Lungenvolumens. Dass die Werte der Todesursache *Asthma* im Dezember und Februar unter denen der Gesamtsterblichkeit in Schaumburg liegen, lässt sich mit der geringen Datengrundlage erklären. Auffallend ist der Mortalitätspeak von *Asthma* im April, also in einer Phase erhöhter Blütenpollenbelastung. Wenngleich der beträchtliche Anstieg der Fallzahlen erst in jüngerer Vergangenheit einsetzte, war das „Heufieber“, auch „Frühsommer-Katarrh“ oder „Heu-Asthma“, eine bekannte Erscheinung, die u. a. die Lungenfunktion beeinträchtigen konnte.²²²⁴ Der hohe Wert im April lässt sich dahingehend deuten, dass zumindest ein Teil der Betroffenen zusätzlich unter dem sprunghaften Anstieg der Blütenpollen gelitten hat. Das Sinken der Sterblichkeit unter den Asthma-

²²²¹ HECKER (1830), S. 1024.

²²²² Zitat bei ROTHE (1998), S. 137, Anm. 820.

²²²³ Vgl. allg. DONALDSON/GOLDRING/WEDZICHA (2012).

²²²⁴ Vgl. PHOEBUS (1862), S. 25-29.

kranken in den Sommermonaten entspricht zeitgenössischen Beobachtungen. Vermutet wurde, dass der „Nachlass aller Erscheinung (...) wahrscheinlich durch die grössere Thätigkeit der äusseren Haut in dieser Jahreszeit“ bedingt sei.²²²⁵

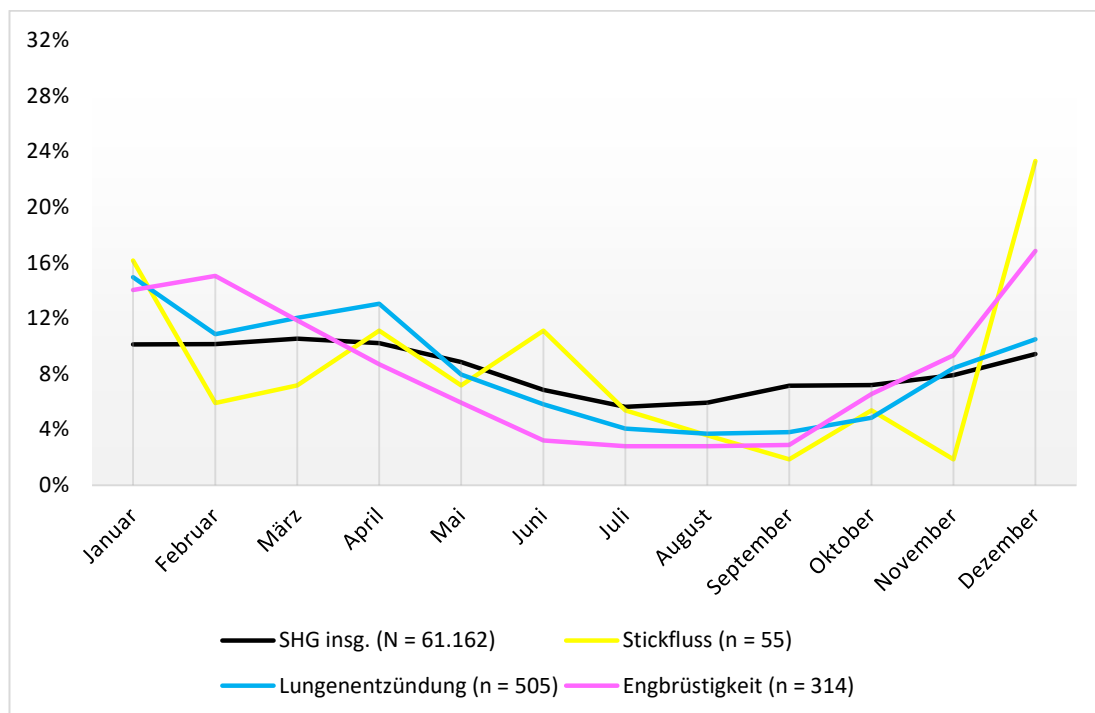


Abb. 133: „Engbrüstigkeit“ – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Vergleicht man die Todesursache *Engbrüstigkeit* stellvertretend für chronische und *Lungenentzündung* für akute Atemwegserkrankungen, fallen trotz eines tendenziell ähnlichen Verlaufs Unterschiede auf (**Abb. 133**). Bei *Engbrüstigkeit* kommt es in den kalten, Exazerbationen begünstigenden Monaten zu einem sehr steilen Anstieg der Sterblichkeit, am Ende des Winters fallen die Werte und bleiben in Frühling und Sommer durchgehend unter denen von *Lungenentzündung*. Die Sterblichkeit von *Lungenentzündung* ist zwar ebenfalls in den Wintermonaten erhöht, erstreckt sich allerdings auf hohem Niveau über den Frühling bis in den Frühsommer. Die Pneumonie ist oftmals Komplikation einer Primärerkrankung und manifestiert sich eher mit zeitlicher Verzögerung. Im Unterschied zu den chronischen Atemwegserkrankungen, deren saisonale Sterblichkeit recht schnell steigt und wieder fällt, scheint der Krankheitsverlauf bei akuten Atemwegserkrankung mit letalem Ausgang länger anzudauern.

²²²⁵ PHILIPP (1838), S. 238.

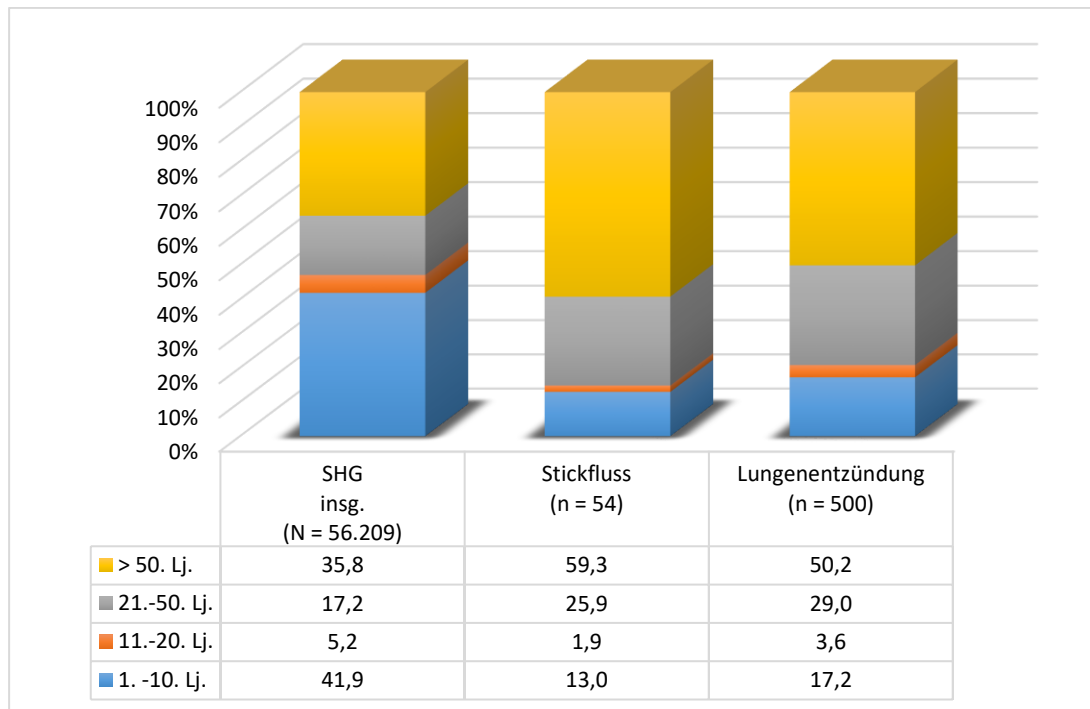


Abb. 134: „Stickfluss“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Stickfluß weicht innerhalb der Gruppe der chronischen Atemwegserkrankungen von den anderen Todesursachen ab, da die Anteile der Altersgruppen unter 50 Lebensjahren vergleichsweise hoch sind. Doch auch von der durchschnittlichen altersspezifischen Gesamtsterblichkeit in Schaumburg unterscheidet sich *Stickfluß*. Übereinstimmungen finden sich dagegen in der Todesursache *Lungenentzündung* (**Abb. 134**). Dies gilt auch für die geschlechtsspezifische Sterblichkeit, die bei den männlichen Individuen 54,4 % (119,3 : 100; n = 500) beträgt und damit relativ nah an den 57,4 % (134,8 : 100; n = 54), die für *Stickfluß* ermittelt worden sind, liegt. Der Verlauf der saisonalen Mortalität von *Stickfluß* ist wegen der geringen Zahl an Belegen durch heftige Sprünge geprägt und somit wenig aussagekräftig (siehe oben **Abb. 133**).

In den zeitgenössischen medizinischen Abhandlungen findet sich auf die Frage, ob der *Stickfluss* eher ein Begleitsymptom oder eine eigenständige Krankheit ist, keine eindeutige Antwort. Die schauburgischen Quellen spiegeln diese Unentschlossenheit wider. Die Todesursache *Stickfluß* stimmt weder mit den chronischen noch den akuten Atemwegserkrankungen vollständig überein, weicht aber auch nicht so weit ab, als dass ein ganz anderes Krankheitsbild zu vermuten wäre. Möglicherweise wurde die

Todesursache *Stickfluß* vorzugsweise diagnostiziert, wenn ein offensichtliches Nachlassen der Lungenfunktion eingetreten ist. Exemplarisch hierfür ist der Fall der 30-jährigen Sophie Eleonore Holste, Ehefrau des Schuhmachers Hans Heinrich Tegtmeyer aus Grove, die im Juni 1763 an *Stickfluß* verstarb.²²²⁶ Aufgrund des Vorwurfs eines medizinischen Kunstfehlers an den behandelnden Chirurgen ist dieser Todesfall aktenkundig geworden.

Seit einer Geburt im Mai 1762 war Sophie Eleonore Holste *ohngeachtet der von verschiedenen Medicastris gebrauchten Arzneymittel, immer schwächlich, kräncklich, und von üblen Aussehen, auch mit der Mutterplage solchergestalt beschweret gewesen, daß sie keine Luft bekommen können, wobey ihr so zunichte gewesen, als wenn sie sich brechen sollen, ohne doch da zu gelangen zu können. Am 2ten Juny des Abends, als sich Patientin über Magenweh und übeln Geruch aus der Nasen beklaget, gab ihr der Chirurg Schäfer ein halbes Quentchen Cremor tartari ein. In den folgenden Stunden hat sie sich dann mehrfach erbrochen, aber nur jeweils eine Menge, die noch mit Blut und Eiter vermendet von sich gegeben, als in ein Thee=Töpfchen ginge. Im Laufe der Nacht verschlechterte sich ihr Zustand. Man hat ihr dann einen Orth Wein, theils warm, theils kalt gegeben, hiernächst über Angst geklagt, endlich mit Zeichen vieler Angst und Unruh, indem ihr das Gesicht und Hände braun und bläulich geworden, zwischen 11 und 12 Uhr vormittags ihren Geist aufgegeben.* Die behandelnden Mediziner haben in der Verschlimmerung des Gesundheitszustands eine Folge der Niederkunft – es war ihr zweites Kind – gesehen. Hinweise auf eine mögliche akute oder chronische Atemwegserkrankung liegen nicht vor, wenngleich zumindest die Engbrüstigkeit als Symptom galt, das Schwangerschaften begleiten konnte.²²²⁷ Die Beeinträchtigung ihrer Lungenfunktion wurde auf die Frauenkrankheit *Mutterplage* zurückgeführt. Nach dem altgriechischen Begriff für Gebärmutter wurde dieses Leiden auch Hysterie genannt.²²²⁸ Die diffuse Symptomatik beinhaltet u. a. Reizbarkeit, Beklemmungszustände, Krampf- und Ohnmachtsanfälle, als Ursache galt eine „widernatürliche gesteigerte Empfindlichkeit der Nerven“. Woran Sophie Eleonore Holste tatsächlich erkrankt war, ist unklar. Doch deutet die Blaufärbung von Gesicht und

²²²⁶ Vgl. STAB H 1, Nr. 242.

²²²⁷ Vgl. HECKER (1830), S. 1018.

²²²⁸ Vgl. BILDER-CONVERSATIONS-LEXIKON (1838), S. 435.

Händen an, dass sie unter erheblichem Sauerstoffmangel gelitten hat, was dann wohl auch zu ihrem Tod führte.

Der Sauerstoffmangel könnte durch ein Lungenemphysem hervorgerufen worden sein, das ebenso wie die chronische Bronchitis unter dem Sammelbegriff COPD vereinigt wird. Bei dieser fortschreitenden Krankheit kommt es zu einer Überblähung der Lunge, durch die die Weitergabe des Sauerstoffs an das Blut verhindert wird. Dennoch bleibt die Zuordnung der Todesursache *Stickfluß* zu einer bestimmten Krankheit rein hypothetisch. Ohnehin dürften Sterbefälle, bei denen ausweislich der Todesursache eine Beeinträchtigung der Atemwege beteiligt war, nicht selten durch die Kombination einer chronischen und einer akuten Atemwegserkrankung hervorgerufen worden sein: „Dieser fast immer tödtliche Zufall tritt vorzugsweise im Winter und bei der Gelegenheit ein, wenn ein akuter Katarrh sich zu einem mucösen chronischen Katarrh oder zu einer Lungenphlegmorrhagie gesellt.“²²²⁹ Im Einzelfall ist es nicht möglich, diese Sterbefälle aus den schauburgischen Kirchenbüchern zweifelsfrei einer bestimmten Atemwegserkrankung zuzuordnen. Doch in ihrer Gesamtheit dokumentieren Todesursachen wie *Dumpf* oder *Engbrüstigkeit*, dass chronische Krankheiten weitverbreitet waren und damit für einen großen Teil der vorindustriellen Bevölkerung im Alter eine erhebliche gesundheitliche Belastung darstellten.

²²²⁹ LAENNEC (1832), S. 158.

3.6.3 Silikose

Mit dem Begriff Silikose (lat. silex, silicis; dt. harter Stein, Kiesel, Feuerstein, Granit) wird die Schädigung des Lungengewebes durch permanentes Einatmen von Staubpartikeln bezeichnet. Die Silikose ist eine Berufskrankheit, von der in der Vergangenheit vornehmlich Bergarbeiter und Steinhauer betroffen waren. Allgemein bekannt war sie als Staublunge. Die volkstümliche Bezeichnung Steinhauerschwindsucht dürfte sich von der Symptomatik ableiten, kann aber auch auf die Tatsache zurückgehen, dass unter den Steinhauern aufgrund eines erhöhten Infektionsrisikos die Tuberkulose stark verbreitet war.

Symptomatik und klinische Beschreibung

Verursacher der Symptomatik sind nicht gebundene Siliciumdioxidpartikel (auch Quarzstaub), seltener Silikate wie Talkum, die in starken Konzentrationen über einen längeren Zeitraum inhaliert werden und sich in der Lunge festsetzen. Man unterscheidet die akute und die chronische Silikose. Die akute Form kann sich bereits innerhalb eines Jahres ausbilden, wenn das Individuum einer hohen und permanenten Staubbelastung ausgesetzt ist. Die Entwicklung zur chronischen Form verläuft über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten. In der Lunge werden die Siliciumdioxidpartikel von Makrophagen (Fresszellen) aufgenommen. Bei diesem Prozess kommt es zur Freisetzung von Enzymen, durch die wiederum die Vernarbung des Lungengewebes gefördert wird. Die vernarbten Bereiche bilden zunächst kleinere Knoten, die sich im Laufe der Zeit zusammenlagern. Die Folge ist eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion, da das Organ an Beweglichkeit einbüsst.

Wegen der Störung des Sauerstoffaustauschs leiden die Betroffenen zunehmend unter Dyspnoe, die sich später auch belastungsunabhängig äußert (Ruhedyspnoe). Im Gegensatz zur chronischen Form, die zu Beginn asymptomatisch bleibt, schreitet die Progression bei der akuten Form sehr rasch voran und wird typischerweise durch Gewichtsverlust begleitet. Ein weiteres Symptom ist Husten, oft produktiv. Die Verschlimmerung der Symptomatik kann sich noch Jahre nach Beendigung der beruflichen Tätigkeit fortsetzen. Die Betroffenen haben ein erhöhtes Risiko, an einem Lungenkarzinom zu erkranken. Zudem ist ihre Resistenz gegenüber Viren und Bakterien herabgesetzt, so dass sie sehr anfällig für Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose

sind. Eine Komplikation ist die Ausbildung eines Cor pulmonale aufgrund einer pulmonalen Hypertonie. Da der Lungenkreislauf einen starken Widerstand bietet, erhöht sich die Druckbelastung des Herzens. Die Folge ist eine Erweiterung der rechten Herzkammer und schließlich die Verminderung der Leistungsfähigkeit.

Angehörige der Hochrisikogruppe für Silikose sind Personen, die berufsbedingt einer permanenten Staubbelastung ausgesetzt sind. Dazu zählen Bergleute, Steinmetze sowie Personen, die beispielsweise im glasverarbeitenden Gewerbe tätig sind, Schmuck herstellen oder sich mit der Fertigung von Keramik beschäftigen. Wenn es nicht möglich ist, die Staubentwicklung, z. B. durch Befeuchten des Werkstoffs, zu vermindern oder den entstehenden Staub abzusaugen, kommt als präventive Maßnahme das Tragen von Schutzkleidung in Frage. Außerdem sollen Personen, die in entsprechenden Arbeitsfeldern tätig sind, engmaschig röntgenologisch auf mögliche gesundheitliche Schädigungen untersucht werden. Aufgrund der erhöhten Infektanfälligkeit werden Schutzimpfungen empfohlen. Die Therapie bleibt symptomatisch, da die Silikose eine unheilbare Krankheit ist. Je früher sie erkannt und gestoppt wird, desto mehr Lebensqualität bleibt erhalten. Unterstützend kann eine bronchoalveoläre Lavage bzw. Lungenwäsche²²³⁰ durchgeführt werden. Schleimentwicklung und Verengung der Atemwege lassen sich medikamentös behandeln. Unter bestimmten Voraussetzungen kommt die Transplantation der Lunge in Betracht.

Silikose im Untersuchungsgebiet

Schaumburg verfügt in dem Obernkirchener Sandstein über ein Exportprodukt von überregionaler Bedeutung. Abgebaut wird er – zunächst durch Hörige des Stifts Obernkirchen – nachweislich seit dem 11. Jahrhundert.²²³¹ Seit dem 16. Jahrhundert wird der Obernkirchener Sandstein von Bremen aus auch über den norddeutschen Raum hinaus exportiert. Die Gründung der Obernkirchener Steinhauzunft erfolgte im letzten Drittel des 16. Jahrhunderts. Nachdem die schauburgischen Steinhauemeister im 18. Jahrhundert in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten waren, ging der Sandsteinabbau vorübergehend sehr stark zurück. Seit den 1820er Jahren begann sich

²²³⁰ Bei diesem Verfahren wird zur Entfernung von Schadstoffen Kochsalzlösung in die Lungen geleitet und dann wieder abgesaugt.

²²³¹ Zur Geschichte der Obernkirchener Sandsteinbrüche vgl. allg. KRUMSIEK (1963); POESTGES (1982/83); NEUSER (2018); zur Zunftgeschichte vgl. HÜNDORF (1887).

das Gewerbe wieder zu erholen. Begünstigt wurde der Prozess durch eine langanhaltende Konjunktur, die den Bedarf an Arbeitskräften in den Obernkirchener Sandsteinbrüchen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts deutlich ansteigen ließ.

Die Arbeit in den Steinbrüchen war nicht nur körperlich anspruchsvoll, sondern barg auch unterschiedliche gesundheitliche Risiken. Der Abbau und Transport des Steins, der durch einen festen Stamm an Arbeitern sowie Tagelöhner erfolgte, war sehr unfallträchtig. Diese Personengruppe lief stets Gefahr, bei der Arbeit abzurutschen oder unter den frisch gebrochenen Stein zu geraten. Die zahlreichen Arbeitsunfälle führten zu Verletzungen in Form von Abschürfungen, Quetschungen, Brüchen o. ä. Von den rund 180 Arbeitskräften, die im Jahre 1868 in den Obernkirchener Sandsteinbrüchen tätig waren, waren 130 mit Abbruch- und Räumarbeiten beschäftigt.²²³² Laut den Unterlagen der Steinhauerkrankenkasse gab es in diesem Jahr 34 Krankmeldungen, 20 davon entfielen auf die Brucharbeiter.²²³³ In einem ursächlichen Zusammenhang zu einem Arbeitsunfall stehen mindestens 17 Meldungen.²²³⁴ Entsprechende Unfälle mit tödlichem Ausgang waren in Schaumburg jedoch relativ selten (vgl. Kap. 3.7.1).

Deutlich gefährlicher war die Bearbeitung des Steins. Im Jahre 1868 entfielen 14 Krankmeldungen auf den Kreis der rund 50 Steinhauergesellen und –lehrlinge. Ein Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall ist nur in einem Fall gesichert. Bei 6 Betroffenen wurden Erkrankungen des Respirationstrakts (*chronische Bronchitis, chronische Lungenkrankheit, Lungenentzündung*) diagnostiziert. Bei den übrigen Steinhauergesellen wurde kein konkreter Grund genannt, sondern lediglich auf die Arbeitsunfähigkeit verwiesen. In einem Fall wurde die Dauer mit 13 Monaten angegeben, in einem anderen darauf hingewiesen, dass es sich um eine *früher bescheinigte Krankheit* handelt. Keine Berücksichtigung fanden in den Aufstellungen der Krankenkasse Steinhauer, die zwar nicht akut arbeitsunfähig waren, aber trotz fortgeschrittener gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufgrund einer Silikose weiterhin ihrem Beruf nachgingen. Gleichwohl muss es viele Betroffene gegeben haben.

²²³² Vgl. STAB Dep. 29, Nr. 4161.

²²³³ Vgl. STAB Dep. 29, Nr. 4165.

²²³⁴ Eine erkrankte Person wurde wegen einer Lungenentzündung behandelt, in zwei Fällen wurde der Grund für die Arbeitsunfähigkeit nicht genannt,

Bereits im Jahre 1851 wurde ein Bericht über den Stand der Gesundheit u. a. in den Obernkirchener Sandsteinbrüchen verfasst.²²³⁵ Man kam zu dem Ergebnis, dass die meisten Steinhauergesellen vor Erreichen ihres 38. Lebensjahres an der *Steinhauerschwindsucht* verstarben. Dieses Ergebnis deckt sich mit der allgemein verbreiteten *Ueberzeugung, dass ein Sandsteinarbeiter nicht älter als 40 Jahre werden kann.*²²³⁶ Eine Auswertung der Sterberegister von Gildehaus (Bad Bentheim) bestätigt diese Aussage:²²³⁷ Um 1860 waren 230–250 Arbeiter in den dortigen Steinbrüchen beschäftigt. Die Untersuchung hatte ergeben, dass „von 145 in den Jahren 1842 bis 1874 verstorbenen Steinhauern und Steingrubenarbeitern 43 starben, bevor sie das 30. Lebensjahr erreichten, also nahezu jeder Dritte; nicht einmal die Hälfte von allen Steinhauern wurde 36 Jahre alt“. Häufigste Todesursache war die Schwindsucht, an der 83% der erfassten Steinhauer verstorben sind.²²³⁸ Zusätzlich wurden die in demselben Zeitraum ebenfalls an der Schwindsucht verstorbenen weiblichen Personen über 16 Jahre ermittelt. Deren Wert liegt lediglich bei 31%, also weit unter dem der Steinhauer. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Steinhauergesellen in Gildehaus betrug nur 37 Jahre.

Auch im Kirchspiel Grove (Rbg) lebten im 19. Jahrhundert etliche Personen, die als Steinhauer tätig waren.²²³⁹ Allerdings war die Entfernung zu den Abbaugebieten auf dem Bückeberg für damalige Verhältnisse recht groß.²²⁴⁰ Insofern ist anzunehmen, dass sie im angrenzenden Deister tätig waren.²²⁴¹ Die Analyse der Lebenserwartung der im Kirchspiel Grove (Rbg) verstorbenen Steinhauer hat einen Wert ergeben, der nahezu identisch mit dem aus Gildehaus ist. Denn die 41 Steinhauer, die im Kirchspiel Grove (Rbg) in den Jahren 1835 bis 1875 verstarben, wurden durchschnittlich nicht älter als 37,3 Jahre. Damit unterschieden sich die Steinhauer in ihrer Lebenserwartung

²²³⁵ Vgl. STAB H 2 III 14 B, Nr. 11.

²²³⁶ STAB H 7, Fach 61, Nr. 2.

²²³⁷ Das Folgende nach VOORT (1980).

²²³⁸ Darunter fallen auch Symptome wie Bluthusten oder Lungenlähmung, die auf eine Silikoseerkrankung verweisen.

²²³⁹ Im Allgemeinen sind die Berufe in den schauburgischen Sterberegistern nicht angegeben. Im Rahmen der Familienrekonstitutionen wurden jedoch alle erhaltenen registerförmigen Quellen zum Kirchspiel Grove (Rbg) ausgewertet, so dass so gut wie allen Verstorbenen auch die ausgeübten Berufe zugeordnet werden konnten.

²²⁴⁰ Die Wegstrecke beträgt 11 Kilometer, ein Drittel davon stark ansteigend.

²²⁴¹ Die Unternehmer Bernhard und Israel Bonwitt aus der jüdischen Gemeinde betrieben u. a. einen Sandsteinbruch im *Grover Thalgrund*; vgl. STAB H 2 VII 1, Nr. 17.

signifikant von den Angehörigen anderer Berufsgruppen:²²⁴² Das Durchschnittsalter von Handwerkern beispielsweise betrug in Gildehaus 51 Jahre, in Grove (Rbg) 53,7 Jahre. Die höchste statistische Lebenserwartung bestand unter den Vollerwerbslandwirten mit 64 bzw. 62,3 Jahren.

Eine etwas günstigere Prognose hatten die Steinhauermeister. Bei einer Durchsicht der Obernkirchener Sterberegister aus den Jahren 1828 bis 1870 konnten insgesamt elf Steinhauermeister ermittelt werden. Ihre durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 50,2 Jahre. Allerdings haben lediglich drei von ihnen ein hohes Alter (67, 72 und 85 Jahre) erreicht. Die anderen Steinhauermeister waren zum Zeitpunkt ihres Todes zwischen 30 und 48 Jahre alt. War bei letzteren die Todesursache angegeben, dann handelte es sich um eine Atemwegserkrankung (*knotrig-eitrige Lungenschwindsucht, Lungenlähmung*). Die Steinhauermeister führten eher anspruchsvolle Arbeiten am Stein aus.²²⁴³ Allerdings arbeiteten sie nicht in den Sandsteinbrüchen, sondern ließen sich den Stein zu ihren Privathäusern bringen. Vermutlich waren sie dem schädlichen Staub nicht durchgehend ausgesetzt, weil sie auch andere Tätigkeiten wie Kontrolle der Arbeiten, geschäftliche Verhandlungen etc. ausübten. Zudem verfügten sie am ehesten über die materiellen Voraussetzungen, um sich aus dem Beruf zurückzuziehen, wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zunahmen.

Die physiologischen Prozesse, die der permanent eingeatmete Staub auslöste, waren den zeitgenössischen Ärzten unbekannt.²²⁴⁴ Aber sie waren sich darüber im Klaren, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen besteht. Dabei kamen für sie unterschiedliche Faktoren in Betracht:²²⁴⁵ Angenommen wurde, dass die Steinhauer den *Keim der Krankheit* in sich trügen. Auch die ungünstigen Arbeitsbedingungen²²⁴⁶, denen insbesondere

²²⁴² Übereinstimmungen finden sich allgemein unter Beschäftigten in der Montanindustrie. So betrug beispielsweise das durchschnittliche Lebensalter der Oberharzer Silberhüttenarbeiter rund 42 Jahre. Neben der Silikose zählte hier auch die Bleijntoxikation als Berufskrankheit; vgl. LAUFER (2001), S. 218.

²²⁴³ Vgl. STAB Dep. 29, Nr. 2749.

²²⁴⁴ Vgl. RITTER/TENFELDE (1992), S. 380 f.

²²⁴⁵ Vgl. STAB H 2 III 14 B, Nr. 11.

²²⁴⁶ Der Aufstieg zum Arbeitsplatz galt als sehr beschwerlich. Zudem waren die Beschäftigten Wind und Wetter ausgesetzt und arbeiteten in den *kellerartigen* Sandsteinbrüchen häufig in feuchter oder durchnässter Kleidung.

die Obernkirchener Steinhauer und Brucharbeiter ausgesetzt waren, galten als gesundheitsschädlich. Verschlimmernd wirkte sich eine mangelhafte Ernährung bei einem sehr hohen Alkoholkonsum aus. Doch die Hauptursache wurde in der Inhalation des feinen Staubes, der bei der Bearbeitung des Sandsteins anfiel, gesehen. Gestützt wurde diese Annahme durch die Beobachtung, dass sich der Gesundheitszustand verbesserte, wenn der erkrankte Steinhauer seine berufliche Tätigkeit für einen längeren Zeitraum nicht ausübte.

Berufsverbote zum Schutz der Beschäftigten, wie man sie in späterer Zeit verhängt hätte, waren unüblich. Zudem wären sie auch auf Seiten der Betroffenen nicht auf Akzeptanz gestoßen. Die schauburgischen Steinhauer verfügten über eine vergleichsweise hohe berufliche Qualifikation.²²⁴⁷ Unter ihnen bestand noch ein starkes Bewusstsein für die eigene handwerkliche Tradition und damit eine sehr enge Bindung an die Gruppe bzw. die Zunft. Ein beruflicher Wechsel wäre in jedem Fall einem sozialen Abstieg gleichgekommen. Zudem sicherte die Konjunktur aufgrund der gestiegenen Nachfrage nach dem qualitativ hochwertigen Sandstein aus Schaumburg nicht nur die Arbeitsplätze, sondern sorgte auch für überdurchschnittlich hohe Löhne. In welchem Maße unter den Steinhauern die Angst vor einem frühen Tod ausgeprägt war, sei dahingestellt. Zumindest auf Außenstehende wirkte ihre Haltung gegenüber den gesundheitlichen Gefährdungen wie *Theilsnahmslosigkeit*. Allerdings waren die Steinhauer für ihren hohen Alkoholkonsum berüchtigt, was immer wieder Anlass zu Beschwerden gab.²²⁴⁸ Naheliegend ist die Vermutung, dass sie ihre begründeten Ängste auf diesem Wege verdrängten. Zu den begünstigenden Faktoren für einen Alkoholabusus zählt das narkotische Trinken im Sinne einer Selbstbetäubung.

Das in Kassel ansässige Obermedizinalkollegium war durchaus bestrebt, die gesundheitlichen Probleme unter den Steinhauern zu beseitigen.²²⁴⁹ Naheliegend erschien eine Änderung der Zunftordnung, was bei den Steinhauermeistern jedoch weitgehend auf Ablehnung stieß. Lediglich einige Bestimmungen zum Schutze der Lehrlinge wurden übernommen. Der Vorschlag, erkrankten Personen frühzeitig den Berufswechsel

²²⁴⁷ Vgl. MÜNCH (1998), S. 242 f., sowie allg. HÜNDORF (1887) und THAMER (1987).

²²⁴⁸ Vgl. StAB H 2 III 7, Nr. 148; H 2 V 6, Nr. 35; H 2 V 9, Nr. 5 / Kathrinshagen; H 2 V 6, Nr. 35; H 2 VII 10, Nr. 37; Dep. 29, Nr. 4157.

²²⁴⁹ Vgl. StAB H 2 V 6 Nr. 35.

nahezulegen, fand schon allein wegen des ohnehin bestehenden Mangels an Arbeitskräften bei günstiger konjunktureller Lage keinen Zuspruch. Darüber hinaus gaben die Mediziner eine Reihe praktischer Empfehlungen, wie den zu bearbeitenden Stein öfters mit Wasser zu bespritzen. Die Steinhauer sollten sich einen Schnurrbart wachsen lassen, einen feuchten Badeschwamm vor dem Mund tragen und sich bei der Arbeit mit dem Rücken zum Wind aufstellen. Dass die Empfehlungen befolgt wurden, ist unwahrscheinlich, da sie bei der Arbeit behinderten.

Bis zur Umsetzung verbindlicher Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Obernkirchener Steinhauer vergingen rund 50 Jahre. In der Zwischenzeit hatte es einige Veränderungen gegeben. Nach der Annexion Hessen-Kassels im Jahre 1866 war der Steinbruchbetrieb in eine Aktiengesellschaft umgewandelt, 1883 die Steinhauerzunft aufgelöst worden.²²⁵⁰ Nach einer Untersuchung der gesundheitlichen Zustände in Steinbruchbetrieben kurz vor der Wende zum 20. Jahrhundert hatte das reichsdeutsche Ministerium für Handel und Gewerbe zunächst Empfehlungen zur Erhöhung des Arbeitsschutzes ausgesprochen.²²⁵¹ 1909 erfolgte eine Änderung der Gewerbeordnung, durch die u. a. eine Verkürzung der Arbeitszeit verbindlich geregelt wurde.²²⁵² Doch einen effektiven Schutz vor dem gesundheitsschädlichen Staub brachte erst eine Entstaubungsanlage, die zu Beginn der 1950er Jahre im Obernkirchener Steinbruchbetrieb installiert wurde.

²²⁵⁰ Vgl. STAB Dep. 29, Nr. 4154.

²²⁵¹ Vgl. STAB H 7 Fach 61, Nr. 2.

²²⁵² Vgl. STAB H 7 Fach 61, Nr. 1.

3.6.4 Tuberkulose

Der medizinische Fachterminus Tuberkulose leitet sich vom lateinischen tuberculum (dt. kleiner Knoten) ab. Geprägt wurde dieser Begriff von dem Pathologen Johann Lukas Schönlein, der 1837 damit erstmals krankhafte Veränderungen der Lunge bezeichnete.²²⁵³ In der Vergangenheit wurde die Tuberkulose mit dem körperlichen Verfall assoziiert. Der symptomatische Gewichtsverlust, dem die Infizierten unterworfen sind, kommt in dem älteren Phthisis (grch. phthió; dt. schwinden) zum Ausdruck. Die volkstümliche Bezeichnung im deutschsprachigen Raum lautete entsprechend Schwindsucht.²²⁵⁴ Auch Bluthusten und Motten beziehen sich auf Symptome. Denn die Zersetzung der Lunge durch den Erreger geht mit blutigem Auswurf einher, die Struktur des Organs erinnert im fortgeschrittenen Stadium an Mottenfraß.

Klinische Beschreibung

Die Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit und zählt zu den Zoonosen.²²⁵⁵ Hervorgerufen wird sie durch einen Erreger der Gattung Mycobacterium aus der Familie Mycobacteriaceae. Die Zellwand der stäbchenförmigen, langsam wachsenden Mykobakterien setzt sich aus einem hohen Anteil an Lipiden und Wachsen zusammen und bildet dadurch einen effektiven Schutz insbesondere vor den Angriffen körpereigener Zellen. Haupterreger der Tuberkulose ist *M. tuberculosis*, für das der Mensch das einzige Reservoir bildet. *M. bovis* beispielsweise kommt darüber hinaus auch bei Tieren, hauptsächlich Rindern vor. Aus diesem Grunde war vor Einführung der Pasteurisierung Kuhmilch eine potentielle Infektionsquelle für Kinder. In Gesellschaften, in denen viele Menschen infiziert sind, stellen auch Schwangerschaften ein Risiko dar. Eine tuberkulosekranke Gravida kann den Erreger sowohl intrauterin beispielsweise über Nabelschnurblut und Fruchtwasser oder perinatal im Rahmen des Geburtsvorgangs übertragen.²²⁵⁶ Weiterhin kann sich der Erreger durch Schmierinfektionen (Verletzungen, sexuelle Kontakte u. v. m.) verbreiten. Doch in der Regel erfolgt

²²⁵³ Vgl. RÜSCH-GERDES/HILLEMANN (2009), S. 857.

²²⁵⁴ Zwischen Schwindsucht und der Todesursache *Auszehrung* besteht eine begriffliche Ähnlichkeit. *Auszehrung* wird jedoch im Kapitel über die „Krankheiten des Alters“ (vgl. Kap. 3.8) untersucht.

²²⁵⁵ Für die folgenden Ausführungen zu Symptomatik und klinischer Beschreibung wurde neben verschiedenen Lexika sowie der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert-Koch-Institut – RKI) auf die aktuelle Stellungnahme des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen; vgl. MITTEILUNGEN DES ARBEITSKREISES BLUT (2018).

²²⁵⁶ Vgl. LEICHSENING (1998), S. 321 f.

die Übertragung aerogen, beispielsweise durch Husten in geschlossenen Räumen. Die Infektiosität von Mykobakterien ist im Vergleich beispielsweise zu Varizellen deutlich herabgesetzt. Begünstigend in diesem Sinne wirken sich ein enger und dauerhafter Kontakt zu einer infizierten Person und die Übertragung einer größeren Menge an Erregern aus. Auch eine genetische Disposition scheint relevant zu sein.²²⁵⁷ Voraussetzung für eine Infektion ist jedoch eine Schwächung des Immunsystems beispielsweise infolge von Mangelernährung oder einer HIV-Infektion. Auch Rauchen und Diabetes mellitus wurden als Risikofaktoren identifiziert. Unter Erwachsenen ohne weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen kommt es lediglich bei 5–10 % der Infizierten zum Ausbruch der Krankheit, bei Kindern und Säuglingen liegt die Rate mit 30–40 % deutlich höher.

Die Inkubationszeit bei Erwachsenen kann wenige Wochen bis mehrere Jahre betragen, bei Kinder ist sie herabgesetzt und liegt eher unter 6 Monaten. Das Erkrankungsrisiko ist in den ersten 2 Jahren nach der Infektion am höchsten, doch sind hier ebenso wie beim Krankheitsverlauf viele Variationen möglich. Am Anfang der Infektion steht die Abwehrreaktion des Körpers. Wenn es im Frühstadium den Mykobakterien gelungen ist, sich in den Alveolen anzusiedeln, werden diese zunächst von körpereigenen Abwehrzellen umschlossen. Die knötchenförmigen Zellanordnungen rufen granulomatöse Entzündungen hervor. Die als Folge einer – verzögerten – zellulären Hypersensitivitätsreaktion entstehenden Granulome bzw. Tuberkel sind ein typisches Merkmal der Tuberkulose. Bei intakter Abwehrlage setzt schließlich ein Vernarbungs- und Verkalkungsprozess ein (Verkäsung). Unterbleibt dieser Prozess, können sich Hohlräume (Kavernen) im Lungengewebe bilden. Findet das darin befindliche verkeimte nekrotische Gewebe Anschluss an einen Bronchialast, können durch Abhusten des zum Teil blutigen Schleims auch größere Mengen an Erregern an die Umwelt abgegeben werden (offene Tuberkulose).

Im Frühstadium können sich die abgekapselten Mykobakterien zwar nicht weiter ausbreiten, bleiben aber zumeist überlebensfähig. In diesem Fall spricht man von einer latenten Tuberkulose. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich daraus eine aktive Tuberkulose entwickelt, hängt von den erwähnten begünstigenden Faktoren ab. Gelingt es dem

²²⁵⁷ Vgl. HORSTMANN (2003).

Organismus nicht, die Mykobakterien dauerhaft zu isolieren, breiten diese sich aus und rufen eine Reihe von Krankheitssymptomen hervor. Zu den Leitsymptomen der Tuberkulose zählen neben einem herabgesetzten Allgemeinzustand eine anhaltende Hustenneigung, leichtes Fieber sowie der namensgebende Schwund des Körpergewichts. Bluthusten²²⁵⁸ zählt zu den eher seltenen Symptomen. Die große Verbreitung der Tuberkulose gründet letztlich auf der zunächst eher unauffälligen Symptomatik im Sinne einer erfolgreichen Erregerstrategie. Eine Tuberkuloseerkrankung wird nicht nur vergleichsweise spät erkannt, der Wirtskörper kann diese auch lange überleben, was die Verbreitung der Mykobakterien erleichtert.

Hauptmanifestationsort der aktiven Tuberkulose ist zu über 80 % die Lunge, Komplikationen können weitere Organmanifestationen nach sich ziehen. Generell ist zu unterscheiden zwischen der Primär- und der Sekundärtuberkulose. Als Primärtuberkulose wird die sich an die Erstinfektion anschließende Erkrankungsphase bezeichnet. Ist der Organismus nicht in der Lage, die eingedrungenen Erreger zu isolieren, kann es bereits in diesem Stadium über die Blutbahn zur Ausbreitung in alle Organe und dort zur Bildung von Granulomen kommen (Miliartuberkulose). Die Folge sind schwere Krankheitsverläufe, nicht selten entwickeln sich Meningitis oder Bakteriämie. Die Einleitung des Sekundärstadiums – und damit die Reinfektion – kann zum einen durch eine sehr hohe Erregerlast erfolgen, zum andern durch reaktivierte Mykobakterien, die in den Granulomen verblieben sind. Dies ist der Fall, wenn die ursprünglich intakten Regulationsmechanismen der Granulome in der Lunge gestört werden. Die daraus resultierende Freisetzung und massive Vermehrung der Mykobakterien kann noch mehrere Jahrzehnte nach der Erstinfektion bzw. ihrer Verkapselung einsetzen. Daher spricht man auch von einer Postprimärtuberkulose. Die Spätgeneralisation entspricht in ihren Auswirkungen der Miliartuberkulose.

Nach einer Schätzung der WHO kam es im Jahre 2019 zu mehr als 10 Millionen Neuerkrankungen, 1,4 Millionen Menschen starben in diesem Jahr an der Tuberkulose.²²⁵⁹ Damit zählt die Tuberkulose weltweit zu den häufigsten bakteriell hervorgerufenen

²²⁵⁸ Als Ursachen für eine Hämoptoe bzw. Bluthusten kommen auch andere Krankheiten (z. B. Bronchialkarzinom, Pneumonie, Bronchitis) in Frage. In Anbetracht ihrer Verbreitung ist davon auszugehen, dass sich hinter diesem Symptom im 18. und 19. Jahrhundert in der Regel die Tuberkulose verbarg.

²²⁵⁹ Vgl. WHO (2020), S. 1.

Krankheiten, die den Tod der Infizierten nach sich ziehen können. Verbreitet ist sie vorwiegend im afrikanischen und ostasiatischen Raum, in den modernen Industriestaaten spielt sie mittlerweile nur noch eine untergeordnete Rolle innerhalb des Spektrums der Infektionskrankheiten. Gleichwohl unterscheiden sich insbesondere die europäischen Länder hinsichtlich der Inzidenz: In Westeuropa erkranken weniger als 15, im Balkanraum 20 und in Osteuropa 100 von 100.000 Menschen an der Tuberkulose.²²⁶⁰ In der Bundesrepublik Deutschland lag die Inzidenz 2010 bei 5,3, allerdings gibt es regionale Unterschiede. Großstädte sind eher betroffen. Zu den Risikogruppen in Deutschland zählen neben Menschen mit einem geschwächten Immunsystem in erster Linie Obdachlose. Am stärksten verbreitet ist die Tuberkulose in Gesellschaften, in denen viele Menschen unter einer herabgesetzten körperlichen Abwehrkraft leiden und in engen Wohnverhältnisse und unhygienischen Zuständen leben. Die wichtigste präventive Maßnahme wäre daher die Verbesserung der Lebensumstände. Die Inzidenz sinkt, wenn der gesamtgesellschaftliche Hygienestandard steigt. Eine Impfung ist möglich, wird aber zumindest von der Ständigen Impfkommission (STIKO) seit 1998 nicht mehr empfohlen, weil das Infektionsrisiko in Deutschland aktuell den Aufwand nicht rechtfertigt. Überdies ist zum einen die Wirksamkeit der Impfung eingeschränkt, zum andern kommt es immer wieder zu Impfkomplicationen. Allerdings stehen mit den seit den 1950er Jahren entwickelten Antituberkulotika, auch Tuberkulostatika, wirksame Präparate zur Verfügung. Dabei handelt es sich um Antibiotika, die speziell gegen Mykobakterien wirken. Die Dauer der Standardbehandlung bei der Lungentuberkulose beträgt jedoch 6 Monate, bei anderen Organen bis zu 2 Jahren. Nach Abschluss der Therapie wird regelmäßig kontrolliert, ob der Erreger wieder ausgebrochen ist.

Tuberkulose in der Vergangenheit

Die Tuberkulose hat ihren Ursprung vermutlich in der Domestizierung von Wildtieren im Neolithikum.²²⁶¹ Beschrieben wurde sie bereits in der Zeit der frühen asiatischen Hochkulturen, in der Antike haben sich unter anderem Hippokrates und Galen mit der Phthisis beschäftigt. Der niederländische Arzt Franciscus Sylvius publizierte seine Entdeckung der Tuberkel im Jahre 1650. Vor der Entdeckung des Mykobakteriums

²²⁶⁰ Vgl. RKI (2013), S. 10.

²²⁶¹ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 91 f.; OEHME (1986), S. 55; OURY (2000), S. 2735-2739; WINKLE (2005), S. 84-93 u. 116 f.

konnten Zusammenhänge zwischen der Grunderkrankung und den im Sekundärstadium auftretenden Komplikationen wie Organmanifestation oder Gelenkveränderungen bestenfalls vermutet, nicht aber bewiesen werden. Retrospektive Diagnosen auf der Grundlage von Krankheitsbeschreibungen sind nicht zuletzt im Falle der Tuberkulose unsicher. Dies gilt insbesondere für die Skrofulose (lat. scrofula; dt. Halsdrüsen- geschwulst). Aufgrund ihres äußeren Merkmals, einer Schwellung der Halsdrüsen, wurde sie als extrapulmonale Tuberkulose²²⁶² gedeutet.²²⁶³ Bekannt ist die Skrofulose seit der Antike. Im Frühmittelalter verbreitete sich in der westeuropäischen Bevölkerung der Glaube, ein mit heiligem Öl gesalbter König könne durch die Berührung die Genesung Skrofulosekranker fördern. Bis in die Frühe Neuzeit hinein ließen sich in England und Frankreich im Vertrauen auf die Heilkraft Tausende von Menschen auf diese Weise behandeln. Daher wurde vermutet, die Tuberkuloseinfektionen haben im Laufe des 17. Jahrhunderts deutlich zugenommen. Allerdings bestand bereits unter den Ärzten des 19. Jahrhunderts keine Einigkeit in der Frage, ob sich hinter der Skrofulose tatsächlich die Tuberkulose verbirgt.²²⁶⁴ In der modernen Medizin sieht man in der Skrofulose auch eine allergische Reaktion.²²⁶⁵ Doch berücksichtigt diese Erklärung nicht die Tatsache, dass es sich bei dieser Erscheinung, die vor allem bei Kindern und Jugendlichen beobachtet wurde, um ein Massenphänomen handelte.²²⁶⁶ Mittlerweile vermutet man hinter der Skrofulose eine Lymphknotentuberkulose, der gewöhnlichen Erscheinungsform der extrapulmonalen Tuberkulose, oder eine Lymphadenitis. Diese wiederum kann durch Mykobakterien hervorgerufen werden (siehe unten).

Mit fortschreitender Medikalisierung veränderte sich der Blick auf die Tuberkulose. Man konzentrierte sich zunächst auf die „Verzehrung“ und damit das Schwinden der Körperkräfte.²²⁶⁷ Später rückten die Beeinträchtigungen aufgrund der organischen Veränderungen der Lunge in den Vordergrund. Bereits im 18. Jahrhundert unterschied man unterschiedliche Arten, darunter eine – zeittypische – Nervenschwindsucht.²²⁶⁸ Die Tuberkulose war eine allgegenwärtige Erscheinung, Tuberkulosekranke waren für

²²⁶² Häufig betroffen sind im Fall dieser Komplikation die Lymphknoten; vgl. RKI (2013), S. 10.

²²⁶³ Vgl. HÜBENER (1860), S. 1-3; ACKERKNECHT (1963), S. 92 f. u. 97; SEEMANN (2019), S. 182-195.

²²⁶⁴ Einen Überblick zu dieser Debatte liefert HÜBENER (1860), S. 4-25.

²²⁶⁵ „Nach heutiger Auffassung handelt es sich dabei entweder um eine Form der Hauttuberkulose oder um eine allergische Reaktion.“ PSCHYREMBEL ONLINE – letzter Zugriff: 2021-09-15.

²²⁶⁶ Vgl. SEEMANN (2019), S. 186.

²²⁶⁷ Vgl. SCHUSTER (1743), S. 188; hierzu auch HÄHNER-ROMBACH (2000), S. 20 f.

²²⁶⁸ Vgl. MORTON (1780), S. 2; ONTYD (1802), S. 365 f.; CONRADI (1833), S. 219 f.

ihr soziales Umfeld relativ leicht zu identifizieren.²²⁶⁹ Das Blutspeien war zwar augenfällig, aber nicht die Regel. Doch der zunehmende körperliche Verfall, ein beständiger Husten sowie Fieber bildeten ein recht eindeutiges Bündel an Symptomen, das auf ein letztlich unheilbares Leiden verwies: „Schon in den ältesten Zeiten hat man dieselbe für unheilbar gehalten, und ungeachtet des hohen Grades von Vollkommenheit, zu welchem sich die Arzeneywissenschaft in unsern Tagen emporgeschwungen hat, sind die Fälle nur äusserst selten, wo sie dieses hartnäckige Uebel besiegt. Es ist aber die Lungensucht nicht nur ein überaus schwer zu hebendes, sondern auch ein sehr ausgebreitetes Uebel.“²²⁷⁰ Weil relativ viele junge Erwachsene unter den Opfern waren, galt die Tuberkulose im 19. Jahrhundert als „romantische“ Krankheit, die geistige Kräfte freisetzt.²²⁷¹ In Dumas' „Kameliendame“ fand sie literarische Überhöhung. Die Realität stellte sich anders dar. Weil mangelhafte Ernährung und räumliche Enge bei unhygienischen Bedingungen die Ausbreitung der Tuberkulose begünstigen, grassierte die Krankheit weniger in der Schicht des gehobenen Bürgertums, sondern vielmehr in den Elendsquartieren der anwachsenden städtischen Fabrikarbeiterschaft.²²⁷²

Bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert begannen Mediziner, in der Tuberkulose eine Krankheit der großstädtischen Unterschichten zu sehen.²²⁷³ Die wissenschaftliche Erforschung dieser Krankheit wurde im 19. Jahrhundert intensiviert.²²⁷⁴ Erklärungen zur Ursache hatte man aus der Humoralpathologie hergeleitet: „Die wahre Beschaffenheit dieser Krankheit bestehet in einer Anstimmung, Stockung und darauf folgenden Verderbniß des Geblütes, der lymphae und anderer wäbriichten Feuchtigkeiten in Lungen. (...) Also kömmt gemeiniglich der Ursprung der Schwindsucht auf die Verstopffung und Verhärtung deren zarten Gefäßgen in Lungen an.“²²⁷⁵ Eine „angeborene Anlage zur Lungenschwindsucht“, also eine genetische Disposition, glaubte man ebenfalls zu erkennen: „Jeder weiß, dass Kinder schwindsüchtiger Eltern auch sehr leicht schwindsüchtig werden.“²²⁷⁶ Eine weitere mutmaßliche Ursache war der Genuss sehr kalter

²²⁶⁹ Vgl. ACKERMANN (1799), S. 139 f.

²²⁷⁰ LEUNE (1791), Einleitung; vgl. auch MORTON (1780), Vorbemerkung III; ONTYD (1802), S. 369.

²²⁷¹ Vgl. RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 100; SCHADER (1987), passim; HÄHNER-ROMBACH (2000), S. 29-35; MOSER (2018), S. 34 f. u. passim.

²²⁷² Vgl. WINKLE (2005), S. 128-131.

²²⁷³ Vgl. allg. NOLTE (2010).

²²⁷⁴ Vgl. OURY (2000), S. 2738-2745.

²²⁷⁵ SCHUSTER (1743), S. 191; vgl. auch MOSER (2018), S. 44-46.

²²⁷⁶ MORTON (1780), S. 52; vgl. auch ACKERMANN (1799), S. 141; BECKER (1808), S. 60 f.; CONRADI (1833), S. 227; BUSCH (1842), S. 282 u. 289.

Getränke.²²⁷⁷ Eine weitere Ursache, die zur Romantisierung im 19. Jahrhundert beitrug, waren starke Gefühlsregungen, insbesondere verschmähte Liebe.²²⁷⁸ Die den Angehörigen der gesellschaftlichen Unterschichten zugeschriebene Neigung zu Ausschweifungen und einem unmoralischen Lebenswandel galt ohnehin als krankheitsfördernd und wurde als Erklärung für die Ausbreitung der Tuberkulose in den Großstädten herangezogen.²²⁷⁹ Therapeutisch behalf man sich, indem man der mutmaßlichen Stockung des Blutes entgegenwirkte oder auch das Abhusten des überschüssigen Blutes förderte. Dies geschah durch Aderlässe, Laxative, der Gabe von Salpeter, Kräuterextrakten, Opium oder Chinarinde, eine spezielle Diät oder auch Erdbäder.²²⁸⁰ Später widmete man den „geschwürigen“ Veränderungen der Lunge mehr Aufmerksamkeit. Als ursächlich galten unterschiedliche Krankheiten wie Katarrhe und Brustentzündungen, vor allem aber die Tuberkeln, die als Folge von Krankheitsprozessen erachtet wurden.²²⁸¹ Das therapeutische Spektrum wurde umfangreicher, bezüglich der Prognose blieb man pessimistisch.²²⁸²

„In aetiologischer, wie in polizeilicher Beziehung von der größten Wichtigkeit ist die Entscheidung der Frage: ‚ist die Lungensucht ansteckend oder nicht?‘“²²⁸³ Der Berliner Arzt Ernst Horn beantwortete diese Frage unentschlossen: „Bei der außerordentlichen Häufung der Lungensucht unter den entschiedensten Einflüssen und Lebensverhältnissen, ist es nach der Meinung des Verfassers sehr schwer, mit Bestimmtheit darüber zu entscheiden.“ Aus der Beobachtung, dass die Tuberkulose in einigen Familien gehäuft auftrat, hatte man geschlossen, dass die Anfälligkeit für die Krankheit vererbt wird. Auch äußere Einflüsse, denen alle Familienmitglieder unterworfen waren, zog man in Betracht. Schon früh war realisiert worden, dass die Lebensbedingungen wichtig waren. Je schlechter die materielle Lage, desto höher war der Anteil Erkrankter. Während die einen die „Contagiosität“ als so hoch erachteten, dass „das Heirathen der

²²⁷⁷ Man glaubte, die dadurch hervorgerufene Verköhlung könne Husten hervorrufen, der sich bei Vernachlässigung zur „Lungensucht“ wandelt; vgl. BECKER (1808), S. 32 f.

²²⁷⁸ Vgl. ACKERMANN (1799), S. 149 f.; MOSER (2018), S. 47.

²²⁷⁹ Vgl. NOLTE (2010), S. 53 f.; MOSER (2018), S. 130-132.

²²⁸⁰ Vgl. SCHUSTER (1743), S. 192-199; ACKERMANN (1799), S. 141-149 u. 150-152; ONTYD (1802), S. 379-396.

²²⁸¹ Vgl. CONRADI (1833), S. 225-229.

²²⁸² Vgl. EBD., S. 243.

²²⁸³ BUSCH (1842), S. 292.

Lungensüchtigen dem Selbstmorde gleich²²⁸⁴ kommt, bekämpften andere diesen Ansatz. Erst in den 1870er Jahren setzte sich die Annahme von der Tuberkulose als einer ansteckenden Krankheit allgemein durch.²²⁸⁵ Den endgültigen Beweis erbrachte dann Robert Koch mit der Entdeckung des Krankheitserregers im Jahre 1882. Die Erkenntnis, dass die Tuberkulose keine unheilbare Krankheit ist, initiierte ein Umdenken in der Gesundheitspolitik. Am Ende des 19. Jahrhunderts entstanden die ersten speziellen Heilanstalten.²²⁸⁶ Bis 1909 war auch der Verzehr von Rohmilch grundsätzlich risikobehaftet. Erst mit der Verabschiedung des Viehseuchengesetzes wurde die Weitergabe und Verarbeitung von Milch infizierter Tiere verboten.²²⁸⁷

Tuberkulose im Untersuchungsgebiet

Trotz ihrer starken Verbreitung in der schauburgischen Bevölkerung gehört die Tuberkulose zu den Todesursachen, die unter unterschiedlichen Namen registriert wurden. Die meisten dieser Namen entstanden im 19. Jahrhundert, als man sich stärker mit dieser Krankheit zu beschäftigen begann. Die Sterberegister spiegeln letztlich die Beobachtungen der Ärzte wider. Der medizinische Fachterminus Tuberkulose ist als *tuberkulöse Lungenentzündung* erstmals im Jahre 1855 in einem schauburgischen Kirchenbuch (Kirchspiel Sachsenhagen) belegt. Die Todesursache [*Lungen*]tuberkulose wird ab den 1860er Jahren gebräuchlich, die übliche Bezeichnung war in Schaumburg bis dahin *Schwindsucht*. Dieser Begriff gehört zu den ersten Todesursachen, die nach Einführung der Kirchenbücher 1665 im Kirchspiel Grove (Rbg) verzeichnet worden sind. Endgültig verdrängt wurde *Schwindsucht* erst im 20. Jahrhundert. In den über den Untersuchungszeitraum hinaus eingesehenen Sterberegistern von Algesdorf findet sich der letzte Beleg im Jahre 1902, im volkstümlichen Sprachgebrauch dürfte sich die Todesursache *Schwindsucht* aber weitaus länger gehalten haben. Die exaktere Variante *Lungenschwindsucht* war im 18. Jahrhundert noch unbekannt. Der früheste Beleg stammt aus dem Jahr 1805, weitere Belege sind vor den 1820er Jahren selten. Sowohl *Lungenschwindsucht* als auch *Tuberkulose* bleiben fast ausnahmslos auf die Stadt Rinteln und die Kirchspiele im Norden der Grafschaft beschränkt. Todesursachen wie *Blutbrechen*, *Blutspeyen* u. *Lungengeschwür* oder *Lungenblutsturz* – gelegentlich in

²²⁸⁴ BUSCH (1842), S. 292; vgl. auch BECKER (1808), S. 147-152.

²²⁸⁵ Vgl. ACKERKNECHT (1963), S. 96 f.; HÄHNER-ROMBACH (2000), S. 22-27; RKI (2006), S. 17.

²²⁸⁶ Vgl. CONDRAU (2000), S. 57-60; OURY (2000), S. 2753 f.

²²⁸⁷ Vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 12 i. V. m. § 61 Viehseuchengesetz vom 26.06.1909.

Kombination mit *Schwindsucht* – leiten sich vom auffälligsten Symptom der Tuberkulose, den bei einem Teil der Erkrankten auftretenden blutigen Auswurf, ab.²²⁸⁸ Diese und ähnliche Begriffe erscheinen kirchspielübergreifend während des gesamten Untersuchungszeitraums. Das griechische *Phthisis* [*pulmonalis*] erscheint 10-mal in den 1750er Jahren in Rinteln, bis zu den 1840er Jahren dann so gut wie gar nicht mehr. Darüber hinaus gibt es vorwiegend in den 1850er und 1860er Jahren weitere Kombinationen mit *Schwindsucht* wie *Darmschwindsucht*, *Halsschwindsucht*, *Luftröhrenschwindsucht* oder *Rückenmarkschwindsucht*, die aber quantitativ nicht ins Gewicht fallen.

Die Krankheitsdauer ist eher selten angegeben. Tendenziell umfasst sie mehrere Monate. Angaben, wonach Verstorbene beispielsweise *seit einigen Jahren schwindsüchtig* waren, sind die Ausnahme. Möglicherweise wurde die Pathogenität der Tuberkulose erst dann bewusst wahrgenommen, wenn die zunehmende Funktionsbeeinträchtigung eine anhaltende – mehrmonatige – Bettlägerigkeit erzwang. Der Hinweis, dass eine tuberkulosekranke Person *8 Tage krank* war, deutet auf einen akuten Krankheits Schub vor dem Ableben hin. Die im Vergleich insbesondere zu epidemisch auftretenden Krankheiten spärlichen Informationen zur Dauer lassen sich auf den zunächst unscheinbaren Verlauf einer Tuberkuloseinfektion zurückführen.

Der Anteil der männlichen Individuen unter den Verstorbenen ist bei der Todesursache *Tuberkulose* mit 60,3 % (151,9 : 100; n = 68) auffallend hoch (vgl. Kap. 3.6.1, **Tab. 38**). Der für die Todesursache *Blutsturz* ermittelte Wert liegt sogar darüber. Hier entfallen 62,1 % (163,5 : 100; n = 195) aller Belege auf Männer. Weitaus geringer ist ihr Anteil bei den Todesursachen *Lungenschwindsucht* mit 53,8 % (116,6 : 100; n = 366) sowie *Schwindsucht* mit 54,6 % (120,5 : 100; n = 1.530). Festzuhalten bleibt dennoch, dass in Schaumburg während des Untersuchungszeitraums mehr Männer als Frauen an der Tuberkulose verstorben sind.²²⁸⁹ In der Gegenwart ist es nicht anders.²²⁹⁰ Eine

²²⁸⁸ Die Unterscheidung ist Ausdruck der zeitgenössischen medizinischen Vorstellungen: „Die klassifizierende Medizin des 18. Jahrhunderts hatte das Blutspucken in die Klasse der Blutflüsse eingeordnet und die Schwindsucht in die Klasse der Fieber.“ HUERKAMP (1985a), S. 90 f.

²²⁸⁹ Vgl. auch BIELKE (1986), S. 179; CONDRAU (2000), S. 42 f.; HÄHNER-ROMBACH (2000), S. 66 f.

²²⁹⁰ Vgl. NHAMOYEBONDE/LESLIE (2014), S. S100 f.

Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts kann somit als ein Indiz für die Tuberkulose gelten.²²⁹¹ Vermutlich ist der Grund multifaktorieller Natur und reicht von physiologischen Voraussetzungen bis hin zu verhaltensbedingten Risiken.²²⁹²

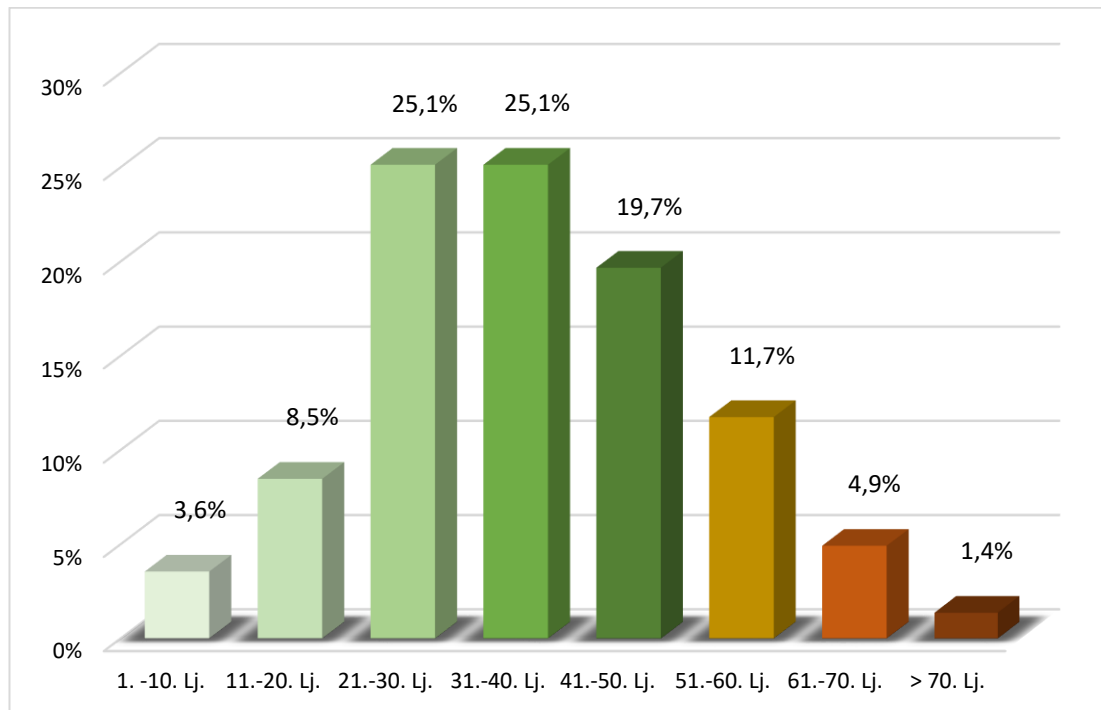


Abb. 135: Lungenschwindsucht – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869; n = 366) in Prozent

Die Infektion erfolgt nicht selten bereits in einer frühen Lebensphase. Die Vulnerabilität für Tuberkulose ist gerade unter Kleinkindern am stärksten ausgeprägt.²²⁹³ Aufgrund der langsamen Progredienz tritt die Krankheit indes erst in einer späteren Lebensphase in den Vordergrund. Bezüglich ihrer Letalität unterscheidet sich die Tuberkulose von vielen anderen Krankheiten darin, dass vorwiegend das mittlere Lebensalter betroffen ist.²²⁹⁴ Die Grafschaft Schaumburg bildet keine Ausnahme. Mehr als zwei Drittel der Verstorbenen aus den schaumburgischen Kirchenbüchern mit der Todesursache *Lungenschwindsucht* verstarben innerhalb des 3.–5. Lebensjahrzehnts (**Abb.**

²²⁹¹ Dies hebt auch SCHUSTER (1743), S. 189, hervor, während BUSCH (1842), S. 290, „das weibliche Geschlecht (...) mehr zur Schwindsucht geneigt“ vermutet. RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 103, wiederum verweisen darauf, dass der Anteil der Frauen in der epidemischen Phase, der der Männer in der endemischen Phase überwiegt.

²²⁹² Vgl. NHAMOYEBONDE/LESLIE (2014), S. S101-S104.

²²⁹³ Vgl. OEHME (1986), S. 55; MITTEILUNGEN DES ARBEITSKREISES BLUT DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (2018), S. 102.

²²⁹⁴ Vgl. SCHUSTER (1743), S. 188 u. 192; BECKER (1808), S. 62; CONRADI (1833), S. 234; BUSCH (1842), S. 289 f.; CONDRAU (2000), S. 42 f.; HÄHNER-ROMBACH (2000), S. 70 f.

135). Im Vergleich zu anderen Erkrankungen des Respirationstrakts²²⁹⁵ hebt sich die altersspezifische Sterblichkeit der Todesursache *Lungenschwindsucht* bzw. Tuberkulose signifikant ab (Abb. 136). Die Todesursache *Dumpf*, hinter der sich eine chronische Atemwegserkrankung verbirgt (siehe Kap. 3.6.2), erscheint vornehmlich bei älteren Verstorbenen. Erkrankungen wie COPD entwickeln sich langsam, die gesundheitlichen Belastungen manifestieren sich erst mit fortschreitendem Alter. Anders verhält es mit der Todesursache *Husten* bzw. Keuchhusten. Der überwiegende Teil der Betroffenen überlebte das 1. Lebensjahrzehnt nicht.

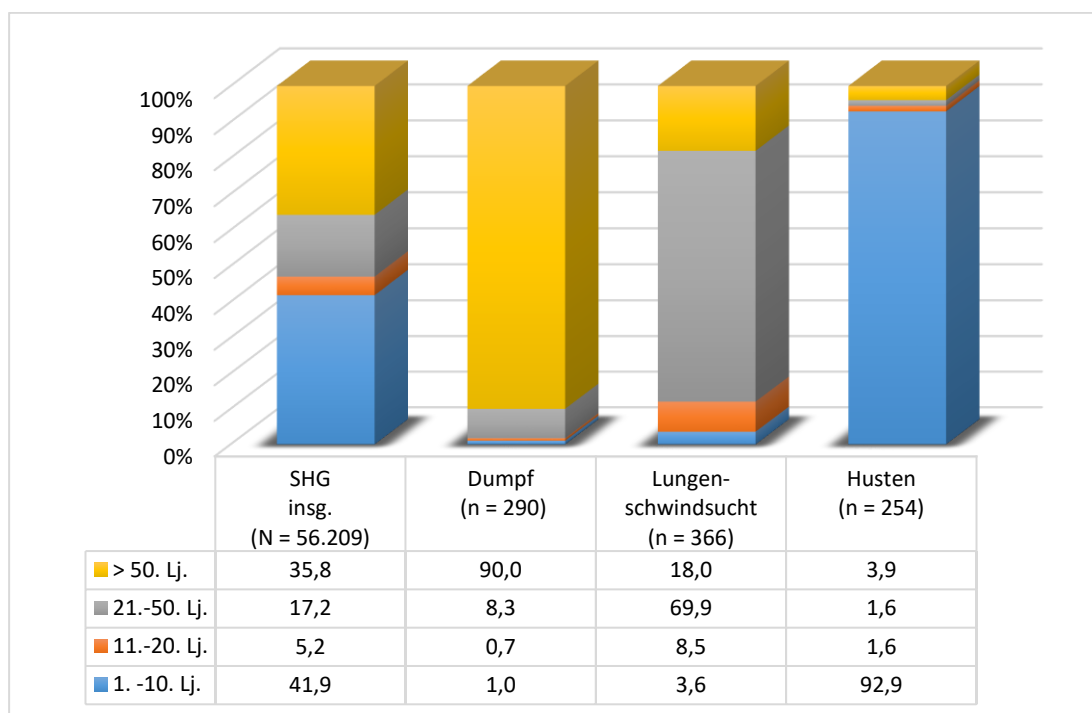


Abb. 136: Lungenschwindsucht – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Dumpf und Husten (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die Todesursache *Lungenschwindsucht* indiziert eine Übersterblichkeit aufgrund einer Tuberkuloseerkrankung unter Personen, die zum Zeitpunkt ihres Todes zwischen dem 21. und 50. Lebensjahr standen. Überprüft wurde, ob dies auch für die Todesursachen *Schwindsucht*, *Tuberkulose* und *Blutsturz* gilt (Abb. 137): Lediglich die Todesursache *Tuberkulose* weicht mit einer hohen Sterblichkeit in der jüngsten Altersgruppe von den anderen drei Todesursachen ab. Zu berücksichtigen ist die geringe Datenmenge.

²²⁹⁵ Für den Vergleich wurden die Todesursachen *Dumpf* und *Husten* ausgewählt, weil die Höhe der jeweiligen Datensätze in etwa der von *Lungenschwindsucht* entspricht.

In der Gesamtschau können sich selbst leichte Abweichungen auswirken und das Ergebnis verzerren. In diesem Fall kommt dabei zum Tragen, dass die Todesursache *Tuberkulose* und Varianten wie *tuberkulöse Lungenentzündung* bei Kindern bis zum vollendeten 11. Lebensjahr in rund 80 % aller Fälle im Kirchspiel Grove (Rbg) diagnostiziert worden ist. Ältere Menschen starben zwar in dem entsprechenden Zeitraum ebenfalls in diesem Kirchspiel an der Tuberkulose, allerdings wurde bei ihnen die Todesursache *Lungenschwindsucht* verzeichnet. Der Grund für den erhöhten Anteil der jüngsten Altersklasse ist nicht medizinischer, sondern semantischer Natur. Insofern ist davon auszugehen, dass die Verstorbenen, bei denen eine der vier Todesursachen verzeichnet worden ist, in der Regel an der Tuberkulose erkrankt waren.

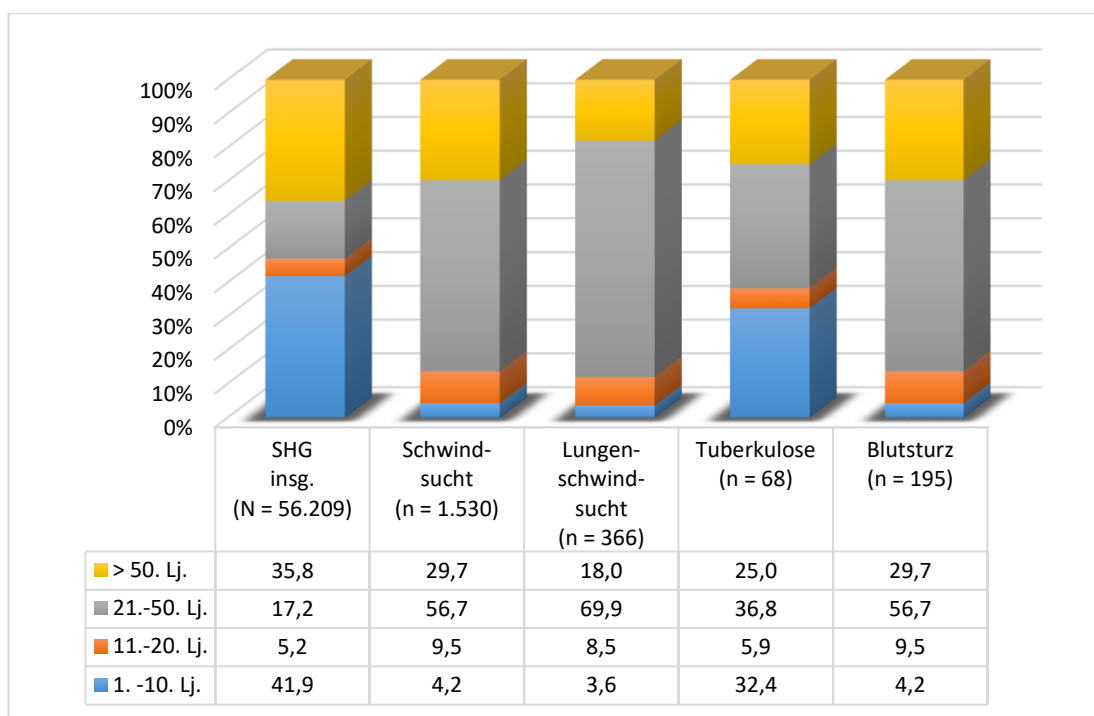


Abb. 137: Tuberkulose – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Dumpf und Husten (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Die Vulnerabilität für die Tuberkulose steht in Verbindung mit der Geschlechtszugehörigkeit und dem individuellen Alter. Zwar starben insgesamt mehr Männer aufgrund einer Tuberkuloseinfektion. Doch in den ersten Lebensjahrzehnten war das Sterberisiko für Mädchen und junge Frauen erhöht.²²⁹⁶ Nicht anders in der Grafschaft Schaumburg. Trennt man die Verstorbenen, die in den schauburgischen Kirchenbüchern mit der Todesursache *Schwindsucht* oder *Lungenschwindsucht* verzeichnet worden sind,

²²⁹⁶ Vgl. CONDRAU (2000), S. 42-46.

nach Geschlecht und Alter, ergibt sich eine leichte Übersterblichkeit auf Seiten der weiblichen Individuen in den ersten beiden Lebensjahrzehnten (**Abb. 138**). Darüber hinaus sterben mehr Frauen im 4. Lebensjahrzehnt. In den anderen Altersgruppen überwiegt jeweils der Anteil der Männer.

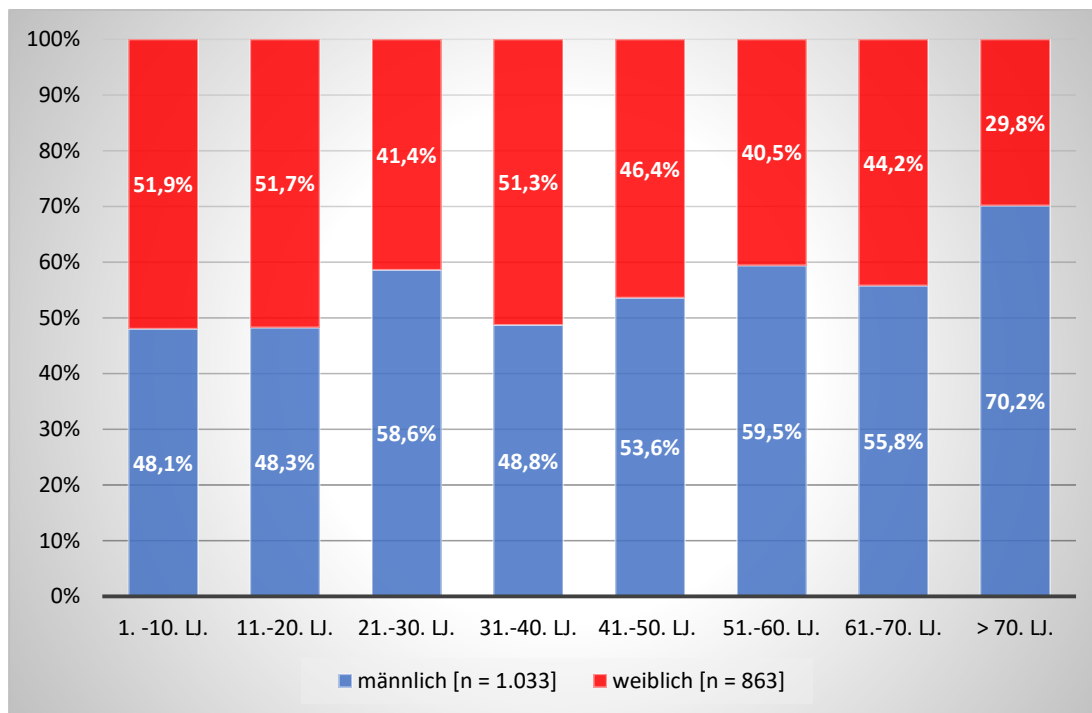


Abb. 138: Tuberkulose – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Beim Vergleich der saisonalen Sterblichkeit fallen in den Mortalitätsverläufen von *Blutsturz*, *Lungenschwindsucht* und *Tuberkulose* starke Sprünge auf, was sich zum Teil mit der verhältnismäßig geringen Datenbasis erklären lässt (**Abb. 139**): Tendenziell ist die Mortalität im Sommer erhöht, in Herbst und Winter unterdurchschnittlich ausgeprägt. Damit weicht die Tuberkulose vom Trend der Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg ab. Außerdem steht dieser Befund den Aussagen zeitgenössischer Mediziner entgegen, die gerade die kalte Jahreszeit als belastend für die Erkrankten ansahen.²²⁹⁷ Doch glaubte man ohnehin, eine Verkühlung leiste dem Entstehen der Tuberkulose Vorschub.

²²⁹⁷ Vgl. MORTON (1780), S. 104; CONRADI (1833), S. 238; BUSCH (1842), S. 299.

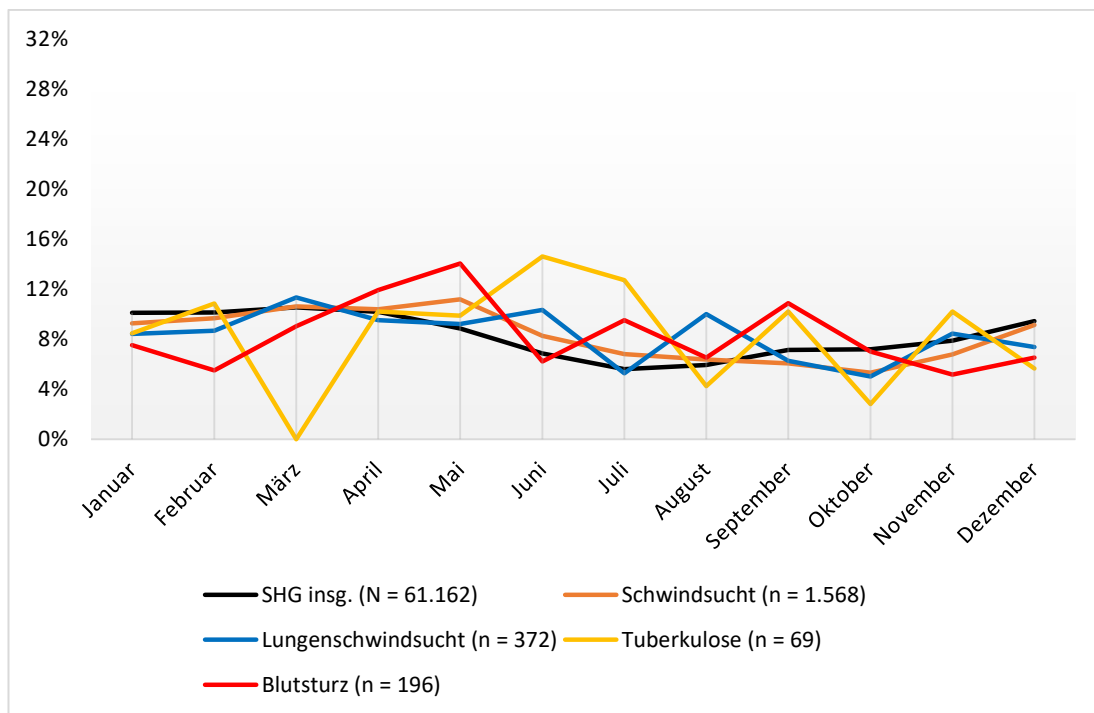


Abb. 139: Tuberkulose – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Die Skrophulose ist ebenfalls in den schauburgischen Sterberegistern präsent. Die Todesursache *Scropheln* bzw. *Scrophelsucht* erscheint erstmals im Jahre 1829 in einem schauburgischen Kirchenbuch, bis zu den 1850er Jahren wird sie nur selten aufgeführt. Die meisten Belege stammen aus den Kirchspielen Rinteln, Grove (Rbg) und Großenndorf. Es gibt auffallend viele Varianten wie (*entzündliche*) *Unterleibscrophel*, *scrophulöses Geschwür* oder *scrophulöse Atrophie*. In einem Fall wurde diese Todesursache als Folge einer Masernerkrankung diagnostiziert. Bemerkenswert ist, dass in 8 von 55 Fällen die Todesursache *Scropheln* in Kombination mit *Wassersucht* registriert wurde. Die Geschlechterverteilung ist mit 50,9 % männlichen bzw. 49,1 % weiblichen Individuen (103,7 : 100; n = 55] ausgeglichen.²²⁹⁸ Darin unterscheidet sich *Scropheln* von der Tuberkulose, bei der der Anteil der verstorbenen männlichen Individuen erhöht ist. Noch deutlicher ist der Unterschied hinsichtlich der betroffenen Altersgruppen (**Abb. 140**). Der Anteil Erwachsener ist verschwindend gering, allein zwei Drittel aller Verstorbenen waren jünger als 10 Jahre. *Scropheln* zählt somit zu den Todesursachen, die eindeutig dem Bereich Kindheit und frühe Jugend zuzuordnen sind.

²²⁹⁸ Wegen der geringen Datenbasis wurde sowohl auf die saisonale als auch die topographische Analyse verzichtet.

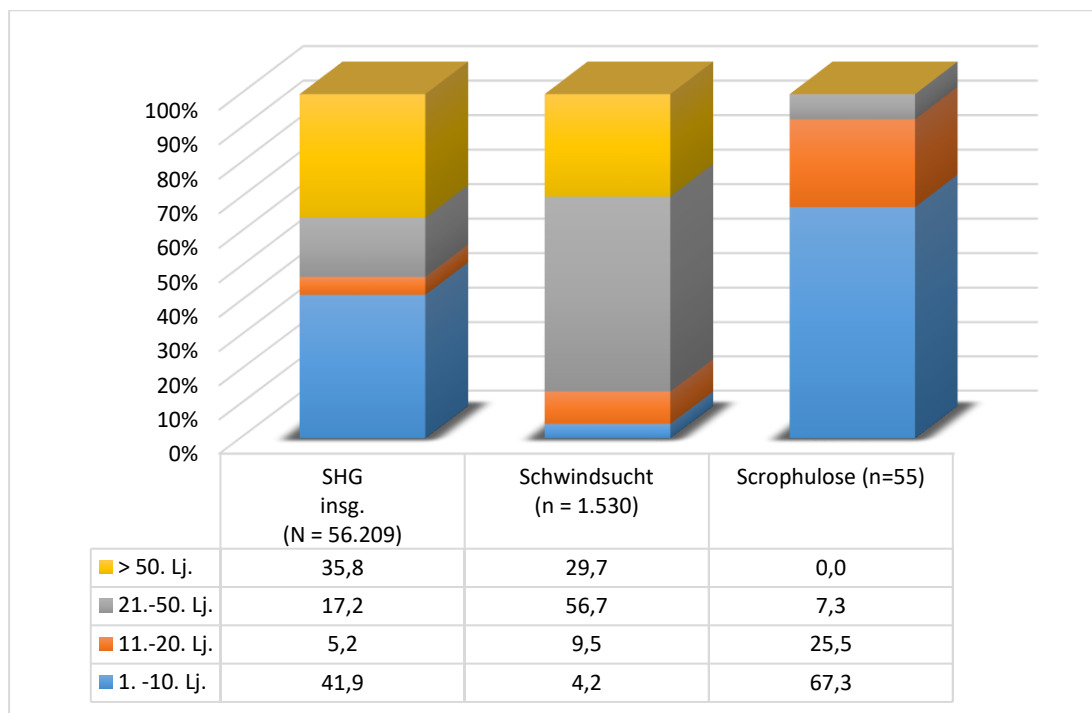


Abb. 140: Schwindsuchtsucht und Scrophulose – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Die Belege, in denen die Todesursache *Scropheln* zusammen mit *Wassersucht* aufgeführt sind, indizieren, dass die Verstorbenen an Lymphödemen litten. Diese werden insbesondere hervorgerufen, wenn Lymphgefäße als Folge rezidivierender Lymphadenitiden vernarbt sind. Eine Lymphadenitis ist eine infektionsbedingte Entzündung der Lymphgefäße. Als Erreger kommen sowohl unterschiedliche Viren als auch Bakterien in Frage, darunter Mykobakterien. In Anbetracht der starken Verbreitung der Tuberkulose bis weit in das 20. Jahrhundert hinein ist anzunehmen, dass Mykobakterien nicht selten Ursache für eine Lymphadenitis waren. Allerdings zählen auch die Erreger von Influenza und Masern zu den Auslösern der Lymphadenitis, Erkrankungen also, vor denen so gut wie niemand verschont blieb. In einem der schauburgischen Sterberegister ist die Todesursache sogar als *Scropheln infolge der Masern* verzeichnet. Mit einiger Wahrscheinlichkeit litten Verstorbenen, bei denen die Todesursache *Scropheln* verzeichnet wurde, entweder an einer extrapulmonalen Tuberkulose oder einer Lymphadenitis.

Die Todesursachen *Schwindsucht* und *Lungenschwindsucht* wurden insbesondere im Kirchspiel Grove (Rbg) häufig registriert. Da mit 260 Belegen eine solide Datengrundlage besteht, ist ein Vergleich der prozentualen Anteile der fünf Mitgliedsgemeinden sinnvoll. Dabei ergibt sich, dass gemessen an den errechneten Mittelwerten der jeweiligen Bevölkerungsanteile in der Stadt Rodenberg, der vorstädtischen Siedlung Mühlenstraße und dem Kirchspielort Grove überdurchschnittlich viele Menschen aufgrund einer Tuberkuloseerkrankung verstorben sind (**Abb. 141**).

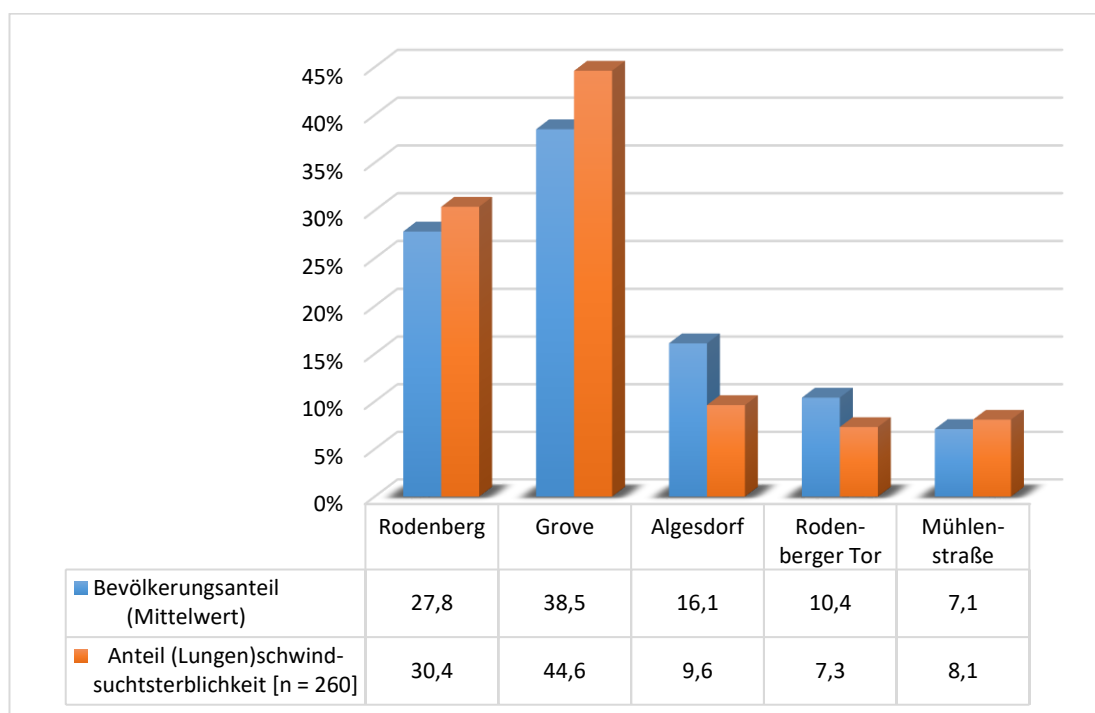


Abb. 141: (Lungen)schwindsucht – Bevölkerungsanteile und Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Prozent

Gemeinsam ist den drei Gemeinden, dass sie räumlich eng aneinander grenzen. In der zweiten Vorstadt, Rodenberger Tor, und dem Dorf Algesdorf scheint die Tuberkulose weniger stark verbreitet gewesen zu sein. Zumindest wurden die Todesursachen *Schwindsucht* und *Lungenschwindsucht* seltener diagnostiziert. Rodenberger Tor war einem der beiden Stadttore vorgelagert. Algesdorf befindet sich relativ abgelegen und vom Zentrum des Kirchspiels durch einen Hügel getrennt, die sozialen Kontakte zu den anderen Mitgliedsgemeinden waren somit verringert. Dass eine großzügigere Wohnsituation der Verbreitung der Tuberkulose entgegengewirkt hat, ist ein möglicher Grund. Darüber hinaus könnten die allgemeinen Lebensbedingungen in Rodenberger Tor und Algesdorf etwas besser gewesen sein. Ein weiterer Grund sind weniger

verwandtschaftliche Verknüpfungen zu den von der Tuberkulose stärker betroffenen Siedlungen, wodurch sich genetische Dispositionen und die Übertragung in den Familien als Risikofaktoren reduzieren. Der Erreger verbreitet sich nachweislich bevorzugt in Form der Tröpfcheninfektion insbesondere durch Familienmitglieder.²²⁹⁹

Die Tuberkulosesterblichkeit soll im 18. Jahrhundert deutlich über der im 19. Jahrhundert gelegen haben.²³⁰⁰ Als Grund wird vermutet, dass der Anteil der Menschen, die eine Immunität besaßen und diese auch an ihre Nachkommen weitergaben, im Vergleich zur Initialphase deutlich angestiegen war. Die Tuberkulose blieb jedoch endemisch und bildete wenigstens für einen Teil der Bevölkerung eine latente Gefahr. Der zunehmende Bevölkerungsdruck auf dem Land führte zu einem Wachstum der Städte und Wohnraumverknappung. Die Wohnsituation kann maßgeblich zur Verbreitung der Tuberkulose beitragen: „Die Wahrscheinlichkeit, sich mit Tuberkulose-Bakterien zu infizieren, steigt mit der Dauer des Aufenthalts in Räumen mit bakteriell kontaminierter Luft und der Anzahl der Erreger pro Volumeneinheit Luft.“²³⁰¹ Obwohl man nichts über den Erreger wusste, hatte man bereits in der Vergangenheit entsprechende Beobachtungen gemacht. So schrieb ein hannöverscher Arzt im Jahre 1754: „Ich bin mehr als einmal in Gesellschaft, oder beym Krankenbette befragt worden, woher es käme, dass man jetzo mehr, als vor diesen, und sonderlich hier in Hannover, von der Schwindsucht hörete. (...) Es komt hierzu noch, dass hier viele Leute sehr enge wohnen, und folglich sich eher einander anstecken, indem einer des andern mit faulen Ausdünstungen angefüllten Othem in seine Lunge ziehet, oder gar aus Mangel des Raums bey einem solchen Kranken schläft.“²³⁰² Die Tuberkulose fand dort, wo viele Menschen auf engem Raum zusammenleben, die besten Verbreitungsbedingungen. Ihre Bedeutung innerhalb des Spektrums der Todesursachen der ländlich geprägten Grafschaft Schaumburg zeigt, dass sie nicht nur in den städtischen Zentren Mitteleuropas präsent war, sondern auch in dörflichen und kleinstädtischen Siedlungen. Dass die Tuberkulose vorrangig als großstädtisches Problem wahrgenommen wurde, hängt zum einen mit der Intensivierung medizinischer Forschung im Zuge des Medikalierungs-

²²⁹⁹ In der Gegenwart infizieren sich Kinder fast immer über Erwachsene; vgl. RKI (2006), S. 14.

²³⁰⁰ Vgl. RUFFIÉ/SOURNIA (1987), S. 103.

²³⁰¹ RKI (2006), S. 18.

²³⁰² HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1754, S. 477 f.; vgl. auch BUSCH (1842), S. 290 f.

prozesses zusammen. Zeitgleich verschlechterten sich als Begleiterscheinung der Industrialisierung die Lebensbedingungen der Menschen in den Großstädten in erheblichem Maße. Alarmiert durch die Konzentration vieler Erkrankter erkannten die Mediziner dringenden Handlungsbedarf. Die Entdeckung des Erregers durch Robert Koch schuf schließlich die Grundlage, auf der Maßnahmen zur Eindämmung der Tuberkulose entwickelt werden konnten.

3.7 Tödliche Verletzungen

3.7.1 Unfälle

Wer im Internet weiterführende Informationen und statistische Veröffentlichungen zum Thema „Unfall[ursachen]“ sucht, wird Geduld aufbringen müssen, um etwas zu finden, was nicht mit dem Auto bzw. dem Straßenverkehr zu tun hat. Unfälle sind ein Spiegel der Gesellschaft, in der sie sich ereignen. In der Gegenwart spielen Technik und Beschleunigung eine herausgehobene Rolle. Gleichwohl werden die meisten Unfälle als vermeidbar erachtet. Von daher gilt als häufigste Unfallursache das menschliche Versagen.

Die allgemeine Einstellung gegenüber Unfallgefährdungen ist nicht frei von Irrationalitäten. Obwohl das Risiko, einen Verkehrsunfall zu erleiden und dabei ums Leben zu kommen, weitaus höher ist als beispielsweise infolge einer Hai-Attacke verletzt zu werden, beschäftigt letztere die Phantasie der Menschen unverhältnismäßig stärker. Nur wenige Menschen vermeiden es, aus Angst vor einem Verkehrsunfall ein Auto zu besteigen. Dagegen würden viele Badeurlauber die unmittelbare Ufernähe nicht verlassen, wenn in der betreffenden Region Haie gesichtet wurden. Dem erhöhten Risiko des Straßenverkehrs fühlen sich die meisten Menschen also eher gewachsen als sich der äußerst geringen Wahrscheinlichkeit auszusetzen, den Biss eines Haies zu provozieren. Die Kombination aus Sorglosigkeit und Überschätzung der eigenen Fähigkeiten wäre somit eine Erklärung für das menschliche Versagen als Hauptunfallursache. Darüber hinaus dürfte hier noch ein latenter Fatalismus zum Tragen kommen, der auf der Annahme fußt, dass Unfälle vorrangig den Anderen zustoßen, während man selbst halbwegs gefeit ist. Somit erscheint der Preis für die Mobilität durchaus angemessen.

In der Gegenwart beschäftigen sich sowohl öffentliche als auch private Institutionen mit Unfallforschung. Ziele sind die Erarbeitung von Vermeidungsstrategien und die Entwicklung technischer Sicherheitssysteme. Gerade auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes wird mittlerweile weitaus stärker kontrolliert als dies in der Vergangenheit der Fall war. Unfälle gehen nicht nur mit Beeinträchtigungen von Leib und Leben des verunglückten Individuums einher, sondern sie werfen haftungsrechtliche Fragen auf und verursachen oftmals wirtschaftliche bzw. finanzielle Schäden. Unfälle können

weitreichende Störungen im Arbeitslauf nach sich ziehen; dennoch entstehen unfallträchtige Situationen weiterhin am häufigsten am Arbeitsplatz.

Ein weiterer bedeutsamer Gegenstand der Unfallprävention ist das Kind. Ebenso wie die Produktions- und Dienstleistungsstätten werden auch Erziehungs- und Bildungseinrichtungen kontrolliert. Daneben wird von Seiten des Staates versucht, Einfluss auf den privaten Bereich zu nehmen, indem Eltern über mögliche Gefährdungen der Kinder aufgeklärt werden. Die weitaus größte Zahl an Unfällen – eine Schätzung spricht von 95 % – wird als vermeidbar angesehen, wobei der überwiegende Teil davon auf die Unachtsamkeit der Eltern zurückgeht.²³⁰³ Allerdings ist die Sterberate tödlicher Verletzungen unter Kindern in der Bundesrepublik Deutschland insbesondere in den vergangenen beiden Jahrzehnten deutlich rückläufig.²³⁰⁴

Eine latente Unfallgefährdung bildet eine Konstante im gesellschaftlichen Leben. Dabei bestehen geschlechts- und altersspezifische Unterschiede:²³⁰⁵ Das Risiko, einen Unfall zu erleiden, ist unter Männern zunächst deutlich erhöht, verringert sich aber mit zunehmendem Lebensalter. Im 7. Lebensjahrzehnt ist es – gegenwärtig – relativ ausgeglichen, im 8. dann unter Frauen erhöht. Als Grund für die Angleichung kommt der Rückzug aus dem Erwerbsleben in Betracht. Denn während 1,2 % der Frauen einen Arbeitsunfall erleiden, sind annähernd 3-mal so viele Männer (3,5 %) davon betroffen. Im häuslichen Bereich ist die Rate der Frauen mit 2,4 % im Vergleich zu den Männern (2,0 %) erhöht. Ausgeglichen ist das Verhältnis bei den Verkehrsunfällen (je 1,0 %).

Nicht nur die unterschiedlichen Anforderungen des Erwerbslebens, auch geschlechtsspezifische Verhaltensweisen oder die individuellen Persönlichkeitsstrukturen wirken sich auf die Unfallgefährdung der Menschen aus.²³⁰⁶ Bereits bei Kindern kommt eine psychosoziale Komponente zum Tragen, die beispielsweise unter Jungen das Risikobewusstsein verringert. Im Vergleich zur Vergangenheit hat sich aber in einem Punkt ein bemerkenswerter Wandel vollzogen: Bezogen auf die Gesamtheit aller Todesursachen unter Kindern waren Unfälle bzw. tödliche Verletzungen jahrtausendlang nicht

²³⁰³ Vgl. BOLDT (1979), S. 4 f.

²³⁰⁴ Vgl. ELSÄBER (2012), S. 12-14; RKI (2016b), S. 1.

²³⁰⁵ Die folgenden Angaben basieren auf einem telefonischen Gesundheitssurvey mit mehr als 21.000 Befragten; vgl. RKI (2010a).

²³⁰⁶ Vgl. KÖHLER, GERHARD (1983), S. 13-33.

von Belang. Mittlerweile stellen sie bei Kindern ab dem 1. Lebensjahr die häufigste Todesursache dar.²³⁰⁷

Unfälle in der Vergangenheit

Ebenso, wie das Leben in einer modernen Industriegesellschaft mit bestimmten Unfallrisiken einhergeht, waren auch die Menschen der Frühen Neuzeit zeittypischen Gefährdungen ausgesetzt. Somit lassen sich über die Analyse der Unfälle Rückschlüsse auf das Leben in der Vergangenheit ziehen. Allerdings setzt eine Dokumentation von Unfällen, beginnend im Arbeitsbereich, erst im Laufe der Industrialisierung ein. Bis dahin kommt als Quellengattung für eine quantifizierende Analyse von Unfällen in der Regel das Kirchenbuch in Betracht. Vermerkt sind darin indes nur Unfälle, die mit dem Tod der Verunglückten endeten. Verborgen bleiben darüber hinaus auch diejenigen Fälle, in denen die Kausalität zwischen einem Unfallereignis als Ursache für den späteren Tod nicht erkannt worden ist. Dies betrifft in erster Linie kleine und unspektakuläre Verletzungen, die schließlich in eine tödliche Blutvergiftung mündeten. Ähnliches dürfte für Vergiftungen, insbesondere von Kleinkindern, gelten.²³⁰⁸ Trotz dieser Einschränkungen liefert die Analyse des Unfalltods Erkenntnisse über die Lebensbedingungen der schauburgischen Bevölkerung.

In den Sterberegistern finden sich immer wieder Eintragungen über Unfälle mit tödlichem Verlauf. Diese Unfälle wurden auch in Phasen registriert, in denen die Todesursachen im Allgemeinen nicht aufgeführt worden sind. Die Außergewöhnlichkeit dieser Ereignisse scheint eine ausgemachte Dokumentationsfreudigkeit auf Seiten der kirchenbuchführenden Personen hervorgerufen zu haben. Wenngleich die tödlichen Unfälle, die sich während des Untersuchungszeitraums in der Grafschaft Schaumburg ereigneten, sicherlich nicht vollständig erfasst wurden, liefern die weit über 700 Datensätze viele weiterführende Informationen über die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Übergang zur Neuzeit. Die Kirchenbucheinträge enthalten in der Regel die für die Analyse notwendigen Daten. Bei rund 10 % der Verstorbenen fehlt die Angabe des

²³⁰⁷ Vgl. ELSÄBER (2012), S. 6. Jugendliche kommen häufiger im Straßenverkehr sowie infolge tödlicher Selbstverletzungen ums Leben. Das Risiko für kleinere Kinder wie auch Säuglinge (Schütteltrauma!) ist im häuslichen Umfeld erhöht; vgl. EBD.

²³⁰⁸ Lediglich 1-mal wurde dokumentiert, dass ein – 5-jähriges – Kind an den *Folgen eines genossenen Giftgewächses* verstorben ist (Rinteln, 1844). In einem weiteren Fall (Sachsenhagen, 1818) wurde eine Vergiftung vermutet, als ein Einliegereehepaar, das an denselben Symptomen litt (Übelkeit und Erbrechen), am selben Tag verstorben ist.

Alters. Selten sind Verallgemeinerungen wie *verunglückt*, stattdessen finden sich Umschreibungen wie *Folgen eines Falles* oder *ertrunken*. Gelegentlich wurden die näheren Umstände beschrieben, die dem Unfall vorangegangen sind.

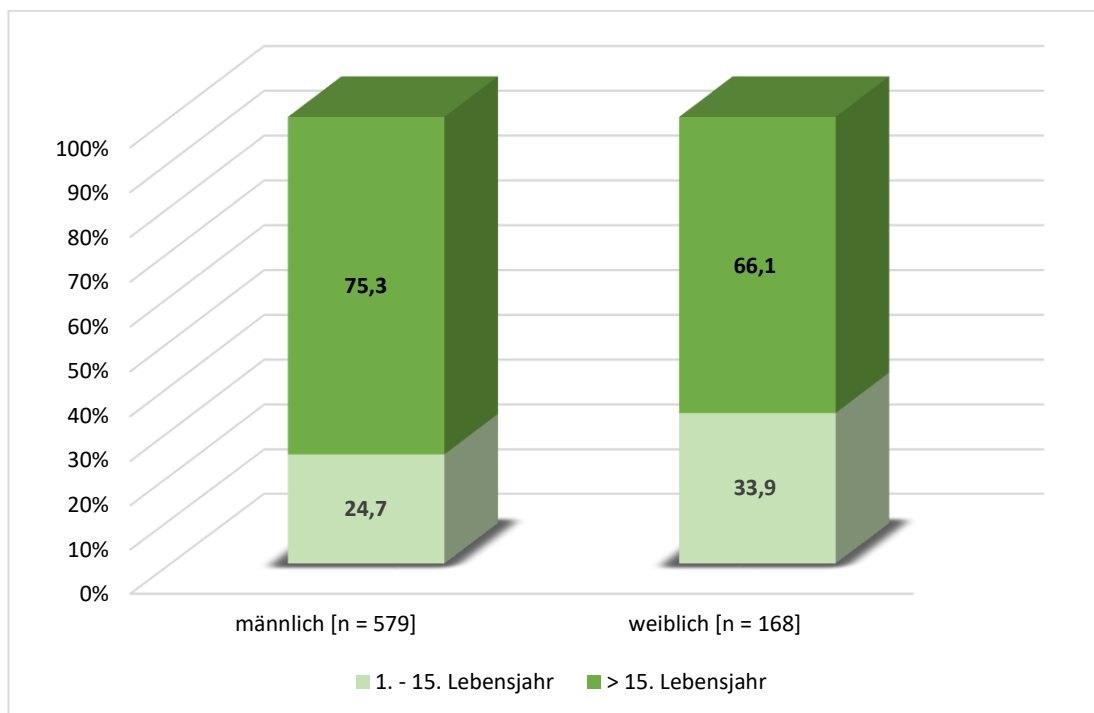


Abb. 142: Unfälle – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Der Anteil männlicher Individuen, die im Zeitraum von 1750–1869 Opfer eines tödlichen Unfalls in der Grafschaft Schaumburg geworden sind, beträgt 77,5 % (344,6 : 100; n = 747) und liegt damit weit über dem weiblichen Anteil. Für die berücksichtigten Kirchspiele des Fürstentums Lippe wurde mit 75,8 % (313,6 : 100; n = 91) ein ähnlicher Wert ermittelt. In den beiden mindischen Kirchspielen lag der Anteil der Männer bei 82,0 % (455,6 : 100; n = 50). In einer agrarisch ausgerichteten Gesellschaft erweitert sich mit dem Eintritt in das Berufsleben für viele Menschen der Umfang potentieller Unfallrisiken erheblich. Im frühneuzeitlichen Schaumburg fiel der Beginn dieser Phase ungefähr mit dem Zeitpunkt der Konfirmation zusammen, also in das 15. Lebensjahr. In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob sich daraus geschlechtsspezifische Unterschiede ergaben. Die tödlich Verunglückten wurden je nach Geschlechtszugehörigkeit einer von zwei Gruppen zugeordnet, wobei als Altersgrenze das vollendete 15. Lebensjahr gewählt wurde: Unter den Angehörigen des weiblichen Geschlechts ist der Anteil an Kindern fast 10 % höher als bei denjenigen männlichen

Geschlechts (**Abb. 142**). Das Risiko, einen tödlichen Unfall zu erleiden, stieg somit in der Grafschaft Schaumburg auf Seiten der Männer mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter stärker als bei Frauen an.

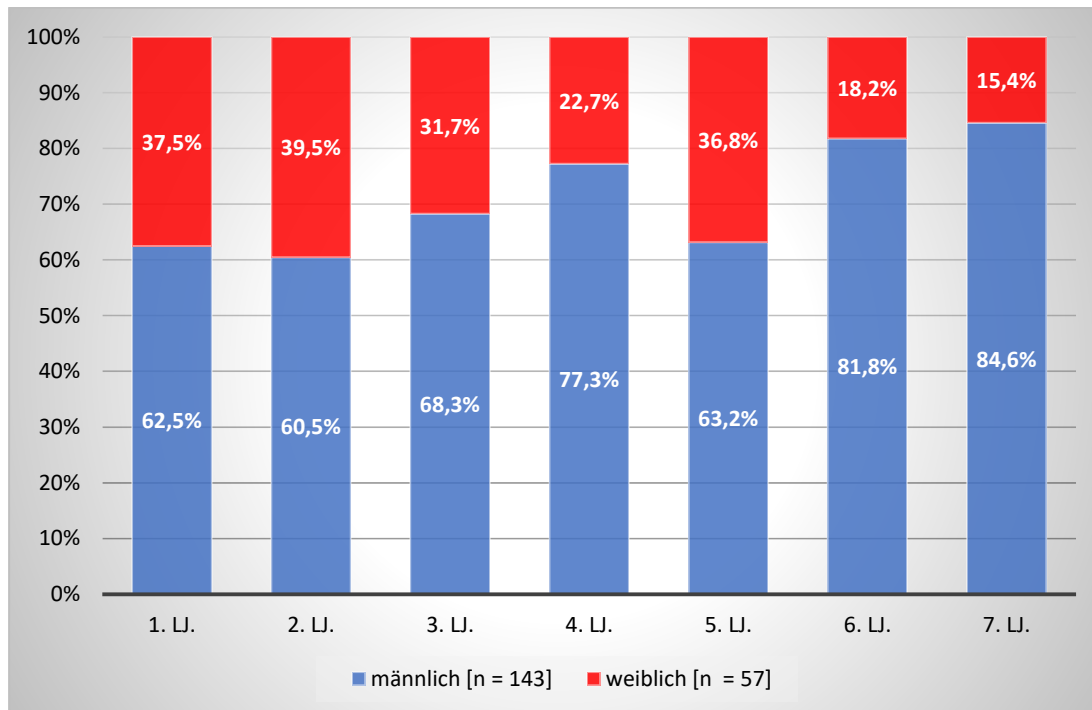


Abb. 143: Unfälle – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit in den ersten sieben Lebensjahren im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Das Unfallrisiko von Jungen ist nicht nur von Geburt an erhöht, sondern unterliegt bereits in den ersten Lebensjahren einer stringenten Altersdynamik, die sich nur im 5. Lebensjahr etwas abschwächt (**Abb. 143**). Die Ursachen unterscheiden sich indes nur zum Teil (vgl. unten). Unter beiden Geschlechtern dominiert das Ertrinken, vorzugsweise in kleineren, auf dem Hof befindlichen Gewässern. Häufig ist auch der Tod durch Verbrennungen oder Verbrühungen. Im Unterschied zu den Jungen ist keines der Mädchen in den ersten 7 Lebensjahren im Zusammenhang mit Pferden und/oder Wagen ums Leben gekommen. Eine aktive Beteiligung im Arbeitsprozess kommt als Ursache für den hohen Jungenanteil in dieser frühen Lebensphase dennoch nicht in Betracht. Überrepräsentanzen der Jungen gegenüber verunglückten Mädchen finden sich auch in der Gegenwart.²³⁰⁹ Daneben gibt es Untersuchungen, in denen die Anteile

²³⁰⁹ Diese Beobachtung basiert auf Unfällen, die von den Minderjährigen überlebt worden sind; vgl. KÖHLER, GERHARD (1983), S. 71; hierzu auch WALDRON (2002), S. 171 f.

der Mädchen überwiegen. Im Alter von etwa 5 Jahren sinkt allerdings ihr Unfallrisiko im Vergleich zu dem der Jungen.²³¹⁰

Mädchen verfügen gegenüber Jungen nach der Geburt über einen physischen und intellektuellen Vorsprung. Dieser wird im Allgemeinen schon in den ersten 3 Lebensmonaten nivelliert. Die Fähigkeit zur Selbsterkennung, der sich eine zunehmende Geschlechtssegregation²³¹¹ anschließt, setzt indes erst im Alter von 3 Jahren ein.²³¹² Als Ursache für die Überrepräsentanz tödlicher Unfälle unter den schauburgischen Jungen bereits im jüngsten Alter käme eine genetische Disposition,²³¹³ etwa die angeborene Neigung, die Umgebung aktiv zu erkunden, in Betracht. Weiterhin ist denkbar, dass die Jungen durch das Verhalten der Aufsichtspersonen bereits sehr früh Gefahrensituationen ausgesetzt worden sind. Mit Sicherheit dürfte die sich mit zunehmendem Lebensalter erhöhende Unfallträchtigkeit unter Jungen in Verbindung mit dem Hineinwachsen in die Männerrolle stehen. Die Unglücksfälle, in denen Jungen unter Wagenräder gerieten oder von Pferden getreten wurden, indizieren, dass sie schon früh Kontakt mit männlich besetzten – technischen – Arbeitsbereichen hatten. In Analogie zu diesem Befund verunglücken in der Gegenwart mehr Jungen als Mädchen mit dem Fahrrad. Die Imitation eines als männlich begriffenen Habitus geht grundsätzlich mit einer erhöhten Risikobereitschaft einher. Gleichzeitig scheint dieses Verhalten als Stressor zu wirken, der die Unfälle begünstigt.²³¹⁴

Für die Analyse der altersspezifischen Sterblichkeit wurde eine Einteilung gewählt, die zum einen die unterschiedlichen Entwicklungsstufen der tödlich verunglückten Kinder und Jugendlichen abbilden soll. Bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres wurde jede Altersstufe berücksichtigt, mit zunehmendem Alter wurden größere zeitliche Abschnitte gebildet. Über die Gruppen der 14- bis 17-Jährigen sowie der jungen Erwachsenen im Alter von 18–24 Jahren soll der Frage nachgegangen werden, ob sich in der

²³¹⁰ Vgl. BOLDT (1979), S. 4; KÖHLER, GERHARD (1983), S. 72 u. 74.

²³¹¹ Unter Geschlechtssegregation versteht man die Orientierung an spezifisch männlichen oder weiblichen Verhaltensmustern, die dazu führt, dass Kinder bevorzugt Freundschaften mit Kindern des eigenen Geschlechts schließen, wodurch ihr Spielverhalten beeinflusst wird.

²³¹² Vgl. STEINS (2008), S. 39-41; vgl. auch DINGES (2010), S. 98 f.

²³¹³ Zur Frage, ob geschlechterspezifisches Rollenverhalten einer genetischen Disposition zugrunde liegt oder im Sinne des sozialen Konstruktivismus auf traditionelle Erziehungsdoktrinen zurückzuführen ist, ist gerade in den letzten Jahren eine Unzahl an Literatur erschienen. Eine Klärung bzw. Einigkeit konnte in dieser Frage bislang nicht erzielt werden.

²³¹⁴ Vgl. BÖHNISCH (2004), S. 101; vgl. auch EBD., S. 146 f.

Zahl tödlicher Unfälle der sprichwörtliche jugendliche Leichtsinn widerspiegelt. Die Phase vom vollendeten 24. Lebensjahr bis zum vollendeten 50. Lebensjahr umfasst einen Zeitraum, an dessen Beginn oftmals die Verheiratung stand und der kurz vor dem Rückzug auf das sogenannte Altenteil, also die Übergabe der Hofstelle an die Erben, endete. Innerhalb der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen vollzog sich schließlich der Übergang in den Ruhestand. Die Phase ab ca. 60 Jahren galt in der Frühen Neuzeit als fortgeschrittenes Alter. Auffallend sind die recht hohen Anteile der Kinder im 2. und 3. Lebensjahr (**Abb. 144**). Danach sinkt das Unfallrisiko bzw. bleibt auf einem relativ niedrigen Niveau, steigt aber im Übergang von Juvenilität zur Adoleszenz wieder an.²³¹⁵ Im Vergleich hierzu ist das Unfallrisiko in der Gegenwart für Säuglinge und Kleinkinder deutlich geringer ausgeprägt. Erst ab dem vollendeten 5. Lebensjahr nimmt das Risiko, einen Unfall zu erleiden, erneut zu.²³¹⁶

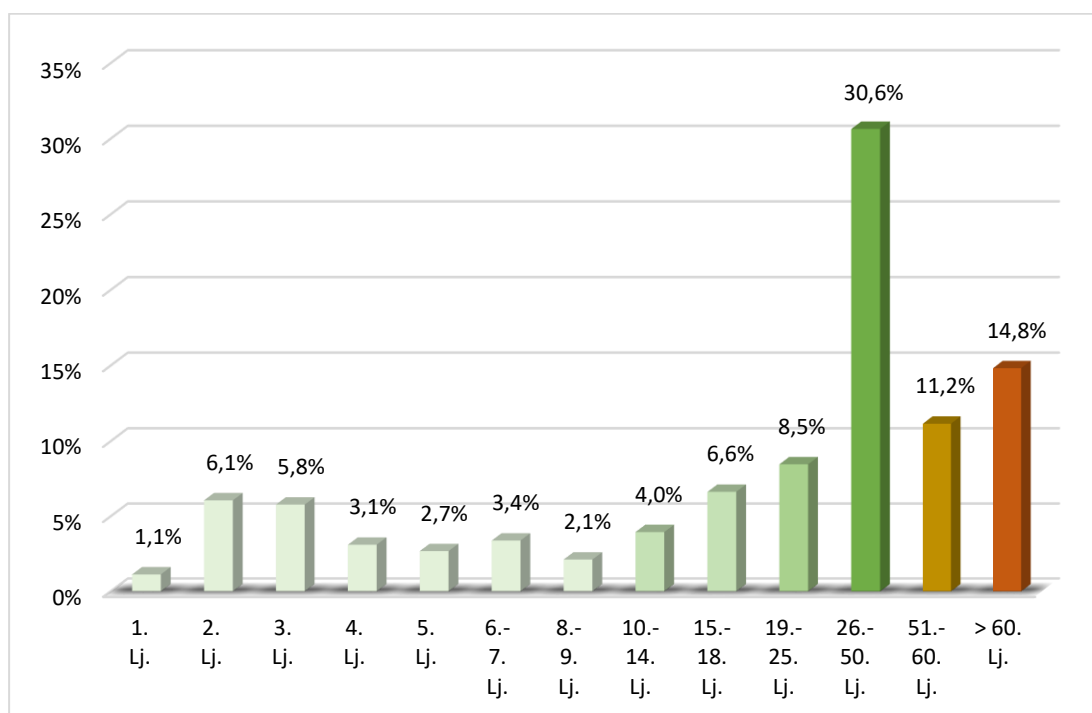


Abb. 144: Unfälle – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875; n = 708) in Prozent

Geht man davon aus, dass die Gruppen der 14- bis 59-Jährigen die Phase der eigentlichen beruflichen Aktivität abbilden und fasst diese zusammen, so kommt man – bezogen auf die gesamte Unfalloffhäufigkeit – auf einen Anteil von 56,9 %. Teilt man diesen

²³¹⁵ Es ist zu beachten, dass ab dem 5. Lebensjahr jeweils mehrere Jahrgänge in den Altersgruppen zusammengefasst sind.

²³¹⁶ Bezogen auf Patientenzahlen; vgl. KÖHLER, GERHARD (1983), S. 71.

Wert durch die darin enthaltenen 46 Lebensjahre, so entfallen auf jedes Lebensjahr 1,24 %. Der Anteil der Jugendlichen im Alter von 14–17 Jahren beispielsweise dürfte bei einer gleichmäßigen statistischen Verteilung demnach 4,9 % nicht überschreiten. Ihr tatsächlicher Anteil beträgt jedoch 6,6 % (**Tab. 39**). Das Risiko, einen tödlichen Unfall zu erleiden, war in der Grafschaft Schaumburg in dieser Altersklasse also erhöht. Die statistischen und die tatsächlichen Anteile in den beiden mittleren Gruppen stimmen annähernd überein, mit 1,2 % etwas deutlicher unter dem Durchschnitt liegt der Anteil der ältesten Gruppe. Teilt man die Differenz zwischen dem statistischen und dem tatsächlichen Wert durch die Anzahl der Lebensjahre der jeweiligen Altersgruppe, ergibt sich, dass sich das Unfallrisiko mit zunehmenden Alter abschwächt.

Tabelle 39

Unfälle – Unfallrisiko unterschiedlicher Altersgruppen in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

	Unfallrisiko (statistisch)	Unfallrisiko (tatsächlich)	Differenz (in %)	Differenz ./. Lebensjahre
15. - 18. Lebensjahr [n = 47]	4,9	6,6	1,7	0,413
19. - 25. Lebensjahr [n = 60]	8,7	8,5	-0,2	-0,023
26. - 50. Lebensjahr [n = 217]	30,9	30,6	-0,3	-0,013
51. - 60. Lebensjahr [n = 79]	12,4	11,2	-1,2	-0,117

Das Leben in der Grafschaft Schaumburg war geprägt vom Wechsel der Jahreszeiten. So nahm das statistische Risiko, einen Unfalltod durch Ertrinken zu erleiden, mit steigenden Temperaturen zu und fand seinen Gipfel in den Monaten des Hochsommers (**Abb. 145**). Zu einem großen Teil handelt es sich um Badeunfälle. Daneben gibt es viele Belege über ertrunkene Kleinkinder, die im Bereich der elterlichen Hofstelle ums Leben kamen. Kinder waren gerade in jenen Phasen ohne Aufsicht, in denen das warme Wasser in Tümpeln auf den Höfen eine verhängnisvolle Anziehungskraft auf sie ausübte. In den wesernahen Kirchspielen wurden im beginnenden Frühling und in den Sommermonaten bisweilen Tote angeschwemmt. Die Tauperiode bzw. Hochwasser infolge Schneeschmelze haben die Leichen Ertrunkener freigegeben. Zeitlich sind diese Unfälle vornehmlich in die Wintermonate einzuordnen, wobei als eigentliche Ursachen Eiseinbrüche oder Stürze von vereisten Brücken, Stegen oder Bootsplanken

verantwortlich gewesen sein dürften.²³¹⁷ Dies gilt auch für Unglücksfälle im Zusammenhang mit Brunnen. Diese häuften sich in den kalten Monaten, wenn das Gefährdungspotential durch vereiste oder regenfeuchte Ummauerungen erhöht war. Der hohe Anteil im Juli lässt sich mit einem Anstieg des Wasserbedarfs in der trockenen Jahreszeit erklären. Hinter den Todesfällen im März und April könnten sich verdeckte Suizide verbergen (siehe Kap. 3.7.2).

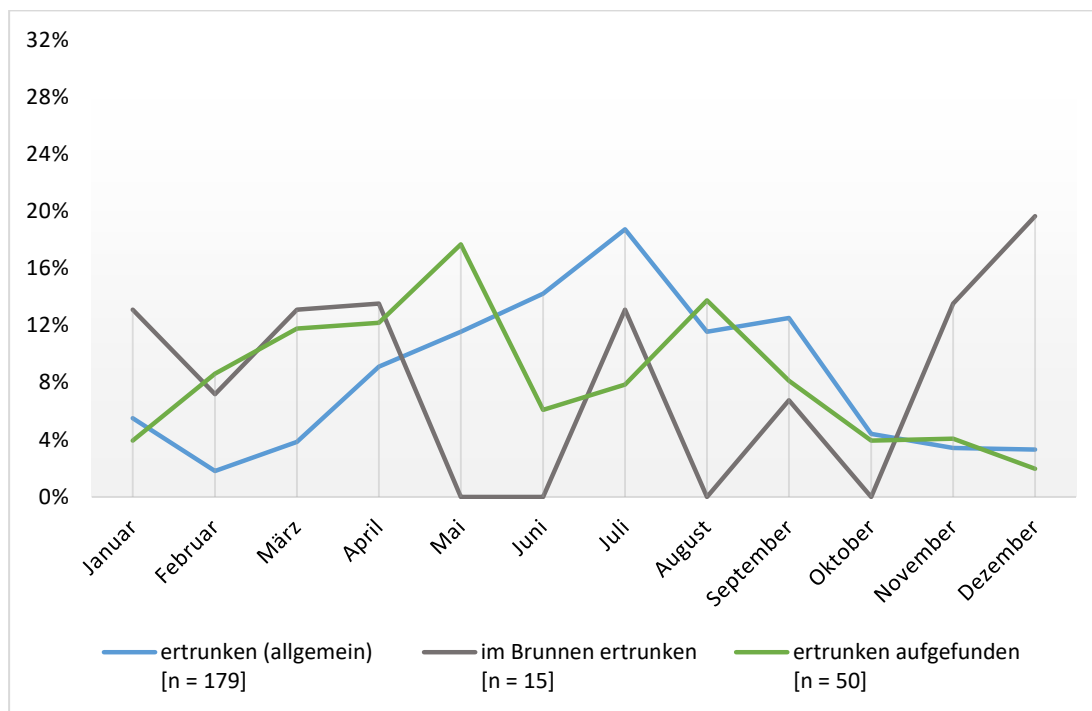


Abb. 145: Tod durch Ertrinken – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

In der Erntezeit ereigneten sich immer wieder tödliche Stürze von Leitern und Treppen sowie Bäumen. Letztere wurden besonders im Juli (Kirschen) und Oktober (Äpfel, Birnen) in den schauburgischen Sterberegistern verzeichnet (**Abb. 146**). Bodenluken wurden vorwiegend im Spätherbst und Winter, also in der dunklen Jahreszeit, zur Gefahr. Stürze durch Bodenluken ereigneten sich weniger bei der Einlagerung der frischen Ernte als vielmehr im Zusammenhang mit dem Herabholen der Wintervorräte. Die tödlichen Stürze, deren Ursachen nicht dokumentiert wurden, sind zwar auch in

²³¹⁷ Zwar belegt der Fall eines Kindes, das im Mai 1737 in der Weser bei Exten gefunden worden und dem ein Stein um den Hals gebunden war, dass sich unter den angeschwemmten Menschen auch Mordopfer befunden haben. Doch dürften diese eher die Ausnahme gewesen sein. Denn seit dem 18. Jahrhundert wurden gerade an der Universität der Weserstadt Rinteln sehr häufig Sektionen vorgenommen worden. Entsprechende Befunde wären von den Pastoren höchstwahrscheinlich in den Kirchenbüchern vermerkt worden.

den Erntemonaten nicht selten, korrelieren jedoch insbesondere im Januar und Februar mit den Stürzen aus Bodenluken und wurden möglicherweise verschleiert (siehe unten).

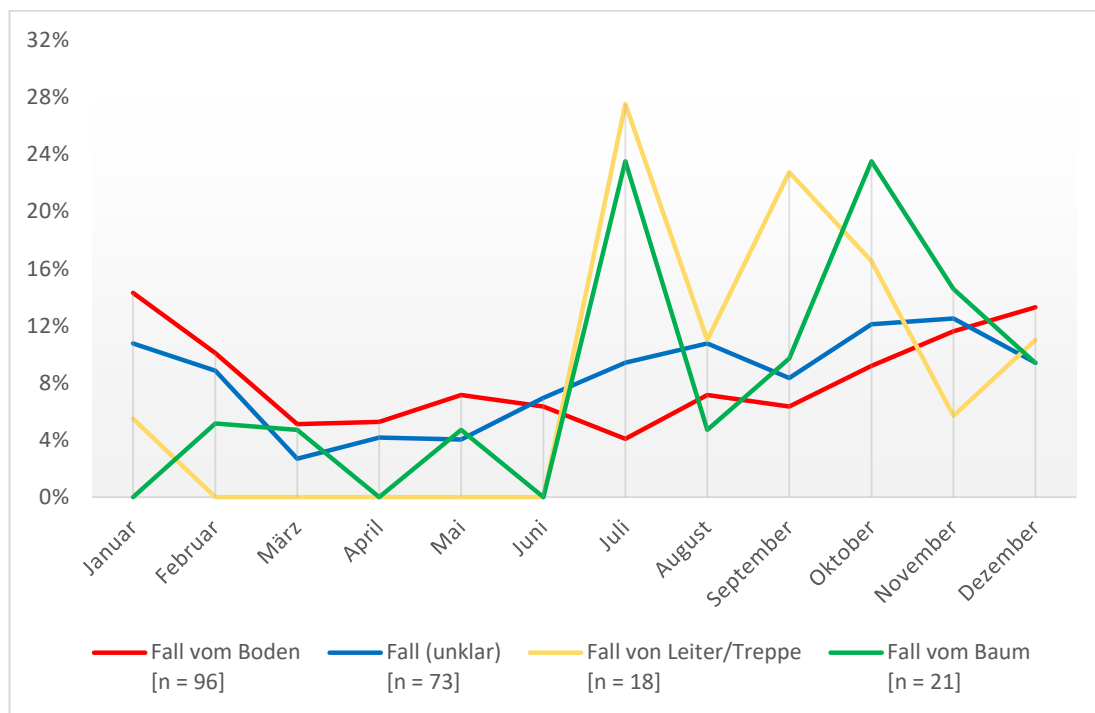


Abb. 146: Tod durch Ertrinken – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Der landwirtschaftliche Arbeitsrhythmus hatte auf die acht überlieferten tödlichen Unfälle durch Mahlsteine oder deren Räderwerk einen Einfluss (**Abb. 147**). Die Hälfte davon fällt in die Erntezeit und damit in eine Periode großer Betriebsamkeit. Ebenfalls in den Erntemonaten häuften sich Wagen- und/oder Pferdeunfälle mit Todesfolge. Arbeitsunfälle, bei denen Menschen durch herabfallende Gegenstände (vermutlich vornehmlich intracraniale) Verletzungen erlitten, ereigneten sich oft im März und April. Da das Frühjahr eine günstige Jahreszeit für Tätigkeiten im Wald ist, ist in erster Linie an Baumfällarbeiten sowie Holztransporte zu denken.

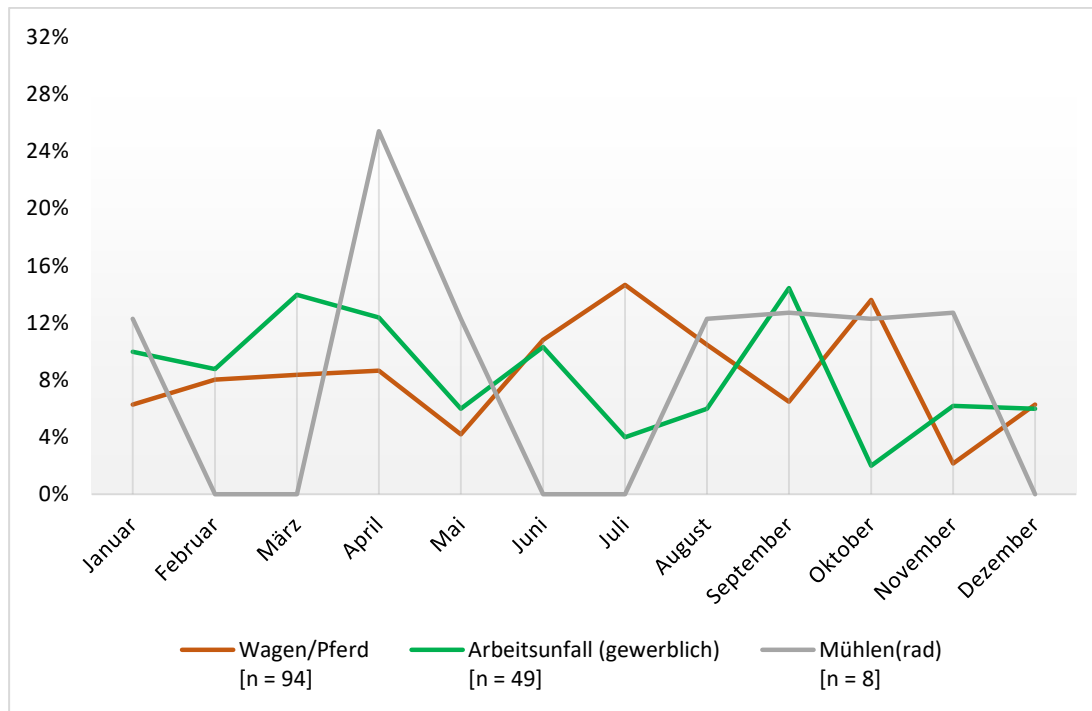


Abb. 147: Technische Unfälle – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Zu tödlichen Blitzschlägen²³¹⁸ kam es in den typischen Gewittermonaten (**Abb. 148**). Zum einen spiegeln sich darin wetterlagenbedingte Gefährdungen wider. Zum andern verdeutlichen diese Unfälle, dass auch die Feldarbeit unter freiem Himmel nicht frei von Risiken ist. Geschlossene Gebäude wiederum können zur tödlichen Falle werden, wenn ein Feuer ausbricht. Doch obwohl Hausbrände in der Grafschaft Schaumburg nicht selten waren, kamen nur wenige Menschen dabei ums Leben. Todesfälle infolge schwerer Verbrennungen fanden ihre Opfer zumeist unter Kleinkindern. Diese Ereignisse verteilen sich zwar auf das ganze Jahr, bilden aber einen Schwerpunkt im Spätherbst. Da die ländliche Schlachtezeit in diesen Zeitraum fiel, dürften sich hinter vielen dieser Unglücksfälle Verbrühungen durch heißes Wasser verbergen. Die tatsächliche Anzahl an thermischen Verletzungen²³¹⁹ ohne Todesfolge dürfte um ein Vielfaches

²³¹⁸ Der Anteil an Blitzschlägen, die zum Tod der Verunglückten führen, beträgt weniger als ein Drittel. Allerdings rufen diese Unfällen zum Teil gravierende Spätfolgen hervor; vgl. PFORTMUELLER et al. (2012), S. 4 f.

²³¹⁹ Zu den thermischen Verletzungen zählen auch Erfrierungen, die in der vormodernen Zeit nicht selten gewesen sein dürften. In den schaumburgischen Sterberegistern sind einige tödlich Verunglückte verzeichnet, die erfroren aufgefunden worden sind.

höher liegen. So verbrühen sich auch in der Gegenwart verhältnismäßig viele Kinder mit heißem Wasser.²³²⁰

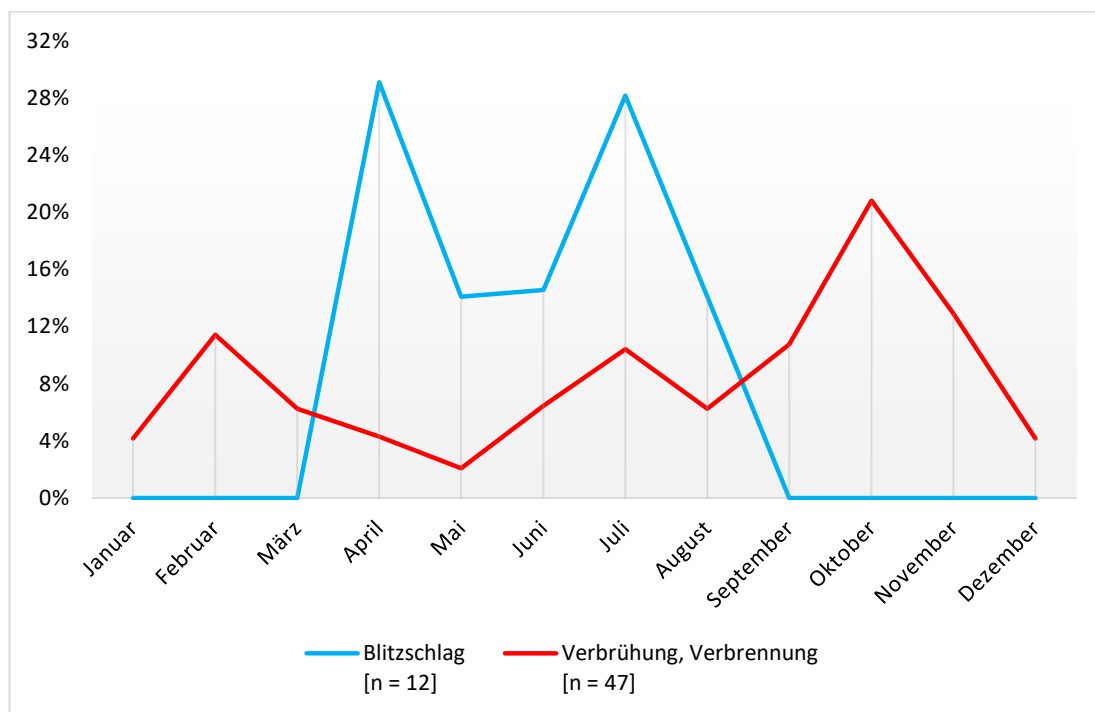


Abb. 148: Blitzschlag, Verbrühung, Verbrennung – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Das Leben mit und in der Natur barg vielerlei latente Gefahren. Spektakulär, aber selten waren Blitzschläge²³²¹, allgegenwärtig der Tod durch Ertrinken. Rund ein Drittel aller tödlichen Unfälle in Schaumburg haben etwas mit Wasser zu tun (**Abb. 149**). In den lippischen Kirchspielen liegt der Anteil mit 26,4 % (n = 24) niedriger. Auffallend ist, dass unter den dort Verunglückten fast keine Erwachsenen sind. In den mindischen Kirchspielen Petershagen und Schlüsselburg gehen dagegen mit 33,3 % [n = 17] ebenso viele tödliche Unfälle auf das Ertrinken zurück wie in Schaumburg. Auch ist der Anteil an Erwachsenen deutlich höher. Dies ist zum Teil der Weser, die sowohl die beiden mindischen Kirchspiele als auch den südlichen Landesteil Schaumburgs durchzieht, geschuldet. Bei rund einem Viertel der schauburgischen Fälle handelt es

²³²⁰ Dabei handelt es sich vornehmlich um Unfälle mit elektrischen Wasserkochern. 75 % der in den Krankenhäusern behandelten Kinder sind weniger als 5 Jahre alt. Die für den Zeitraum 2000–10 erhobenen Zahlen stagnieren auf einem hohen Niveau; vgl. ELLSÄBER (2012), S. 4, 25 f. u. 29; RKI (2016b), S. 4.

²³²¹ Die höchsten Todesraten mit bis zu 1,7 % der Bevölkerung (Schätzung) entfallen in der Gegenwart auf Afrika; vgl. PFORTMUELLER et al. (2012), S. 2.

sich nachweislich um Ertrunkene aus anderen Territorien, die durch die Weser angeschwemmt und ausweislich der Sterberegister in einem der schaumburgischen Kirchspiele bestattet worden sind. Im Vergleich zu anderen Territorien ist die Zahl an Menschen, die ertrunken sind, mit etwas weniger als einem Drittel an der Gesamtheit aller Unfälle in Schaumburg nicht sonderlich hoch.

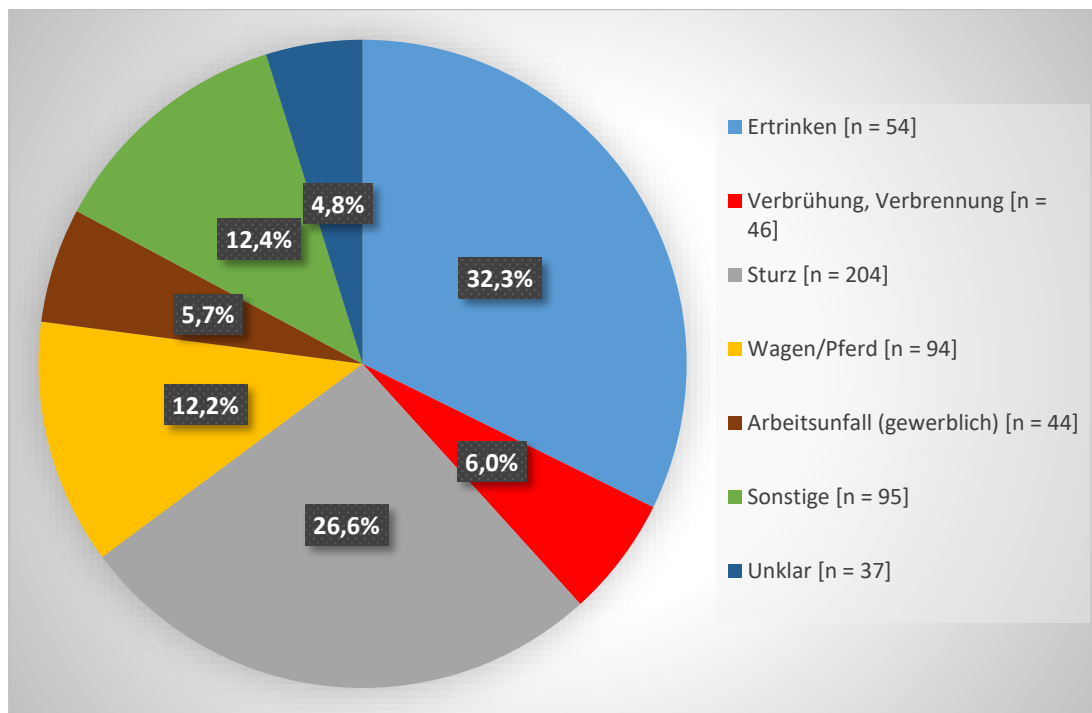


Abb. 149: Unfälle nach Ursachen – prozentuale Anteile (Gft. SHG; 1750–1875)

Zwischen den einzelnen Kirchspielen bestehen natürlich je nach geographischer Lage große Unterschiede. Im hannoverschen Amt Blumenau beispielsweise steigerte die Nähe zur Leine den Anteil Ertrunkener auf 40 %.²³²² In der Region um Mainz betrug ihr Anteil in der ausgehenden Frühen Neuzeit 44 %.²³²³ In den norddeutschen Küstenregionen konnten Sturmfluten Hunderte von Menschen in den Tod reißen.²³²⁴ In Nord-schaumburg war der Tod durch Ertrinken seltener, aber nicht außergewöhnlich. Führendes Gewässer ist hier die Rodenberger Aue. Sie vereinigt sich mit der Sachsenhäger Aue zur Westaue, einem Nebenfluss der Leine. Wenngleich es sich bei diesen Gewässern um relativ schmale Flussläufe handelt, belegen die Unglücksfälle, dass sie – zu-

²³²² Vgl. BEGEMANN (1990), S. 112.

²³²³ Vgl. RETTINGER (2002), S. 301.

²³²⁴ Vgl. NORDEN (1984), S. 75-81.

mal in Phasen starker Regenfälle – durchaus Gefahren bargen. Der höchste Anteil Ertrunkener unter den nordschaumburgischen Kirchspielen findet sich in Grove (Rbg), deren Mitgliedsgemeinden überwiegend in unmittelbarer Nähe zur Aue liegen.

Unabhängig davon, ob es sich um Vollerwerbsbauern, Tagelöhner oder (Land-)Handwerker handelt: Der weitaus größte Teil der schaumburgischen Bevölkerung lebte von der Landwirtschaft. Und da in einer agrarisch strukturierten Gesellschaft stets in besonderem Maße in Abhängigkeit vom Wetter gewirtschaftet wird, erwies sich die Erntezeit als außerordentlich unfallträchtig. Aufgrund nur bedingt vorhersagbarer Witterungsumschwünge waren diese Monate eine Phase höchster Aktivität. Die Höhe der Gesamtzahl an Unfällen, bei denen Menschen durch ausschlagende oder durchgehende Pferde zu Schaden kamen, unter rutschenden Lasten begraben wurden oder von schwankenden Heuwagen fielen, lässt sich nicht ermessen. Die alltäglichen Missgeschicke, in denen Menschen sich lediglich Prellungen, Quetschungen oder Knochenbrüche zuzogen, sind quellenmäßig ohnedies nicht erfasst. Ein Indikator für das Risiko, das sich allein aus dem Umgang mit den nicht immer berechenbaren Pferden ergab, ist die Tatsache, dass diese an 12 % aller tödlich verlaufenen Unfälle in Schaumburg beteiligt waren.²³²⁵ Der Anteil entspricht ungefähr demjenigen in den mindischen (13,7 %; n = 7) und lippischen Kirchspielen (9,9 %; n = 9) sowie der Region um Mainz im 17./18. Jahrhundert (10,4 %).²³²⁶

Die Gewinnung von Brenn- und Bauholz sowie der Abbau von Bodenschätzen²³²⁷ sind Tätigkeiten mit hohem Gefährdungspotential. Da man noch nicht auf maschinelle Unterstützung zurückgreifen konnte, bestand selbst bei der Arbeit in Sandsteinbrüchen oder Mergelgruben stets die Gefahr, verschüttet zu werden oder abzustürzen. Weil hier *gar öfters Unglücksfälle* entstanden, ordnete die hessische Regierung 1797 an, entsprechende Abbaugruben zu sichern.²³²⁸ Daneben kamen immer wieder Menschen

²³²⁵ Etwa infolge von Holzarbeiten im Wald oder dem Transport von Steinen, bei denen Menschen unter der Ladung des Wagens oder des Schlittens begraben werden. Häufig sind auch Todesfälle durch Pferde, die durchgegangen sind oder Menschen durch Huftritte verletzt haben und bei denen eine Arbeitssituation vorgelegen haben könnte.

²³²⁶ Vgl. RETTINGER (2002), S. 301.

²³²⁷ Tödliche Unfälle, die sich beim Abbau der schaumburgischen Steinkohle ereigneten, sind im Rahmen der Untersuchung vermutlich unterrepräsentiert. Die entsprechenden Fälle dürften in den Sterberegistern der Stadt Obernkirchen, die wegen allzu lückenhafter Angabe der Todesursachen nicht berücksichtigt wurden, verzeichnet worden sein.

²³²⁸ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 7, 23.09.1797, S. 741 f.

beim Abriss alter Häuser durch herabfallende Trümmer oder Balken zu Schaden. Im Spektrum der tödlichen Unfälle in Schaumburg nimmt diese Art von Arbeitsunfällen aufgrund der geringen Anzahl an Abbau- oder Produktionsstätten nur rund 6 % ein.

Unfallträchtig waren nicht nur das Leben und die Arbeit im Freien, auch die Behausungen der schaumburgischen Bevölkerung bargen viele Risiken. Die zweitgrößte Gruppe umfasst Stürze von Dachböden, Leitern etc., Ereignisse also, die überwiegend in Arbeitssituationen auftraten. Mit 27 % aller Fälle entspricht das Risiko eines tödlichen Sturzes rein statistisch in etwa dem Tod im Wasser.²³²⁹ Für die Kirchspiele des Fürstentums Minden wurden 25,5 % (n = 13) ermittelt, für Lippe sogar 36,3 % (n = 33). Der sofortige Tod nach Stürzen scheint nicht die Regel gewesen zu sein. Die Kirchenbücher enthalten oftmals Zusätze, denen zu entnehmen ist, dass die verunglückte Person noch Stunden oder Tage nach dem Ereignis gelebt hat. Unberücksichtigt bleiben natürlich sämtliche Fälle, in denen die Verunglückten überlebt haben. Der Anteil an Stürzen innerhalb des gesamten Unfallspektrums muss um ein Deutliches höher liegen.

Ein erheblicher Teil dieser tödlichen Unfälle betrifft mit 48 % Stürze vom Heuboden und steht damit in Zusammenhang mit einem bautechnischen Merkmal des niedersächsischen Hallenhauses. Sowohl in Hessen als auch in Schaumburg verzichtete die bäuerliche Bevölkerung darauf, den Dachboden der Häuser mit einem geschlossenen und befestigten Fußboden zu versehen. Weil dort Korngarben und Viehfutter lagerten, wurden zwischen den – lose auf Balken ruhenden – *Rüstbäumen* bis zu 2 Fuß breite Zwischenräume zur besseren Belüftung belassen.²³³⁰ Da wegen der Brandgefahr keine Leuchte mitgeführt werden durfte, bestand in den Abend- oder Nachtstunden beim Betreten eine erhöhte Gefahr. So passierten viele dieser Unfälle in den Monaten November bis Februar, also in der dunklen Jahreszeit. Stürze von Leitern, Treppen und Bäumen ereigneten sich vornehmlich in den Erntemonaten.

²³²⁹ In Mainz, wo weitaus mehr Menschen als in Schaumburg ertranken, entfällt auf tödliche Stürze von Scheunen oder Bäumen nur ein Anteil von 16 %; vgl. RETTINGER (2002), S. 301.

²³³⁰ Vgl. STAB H 1, Nr. 230.

Risikotrchtig war zudem die verbreitete Gewohnheit, die Garbenbndel – anstatt mittels eines Seiles hochzuziehen – auf einem Wagen stehend mit einer Forke oder Heugabel durch eine Luke hinaufzureichen bzw. diese später durch die Luke hinabzuwerfen.²³³¹ Als im November 1796 Johann Cord Redeker aus Wennenkamp beim Herabwerfen von Pferdefutter vom Dachboden stürzte, reagierte das Amt Schaumburg mit dem Vorschlag, die Luken fortan durch Anbringen einer 3 Fuß hohen Galerie zu sichern.²³³² Die kurhessische Regierung in Kassel nahm den Vorschlag auf und verfügte im Rahmen einer entsprechenden Verordnung im Juni 1797 darüber hinaus, dass der Zwischenraum zwischen den Bohlen zu verringern ist.²³³³ Zudem waren die Bohlen fortan durch Nägel zu fixieren. Die Einhaltung dieser Verordnung sollte regelmäßig durch Beamte und Ortsvorsteher kontrolliert werden. Der geringe zeitliche Abstand zwischen dem schaumburgischen Vorschlag und dem Erlass der Verordnung belegt, dass die von den Bodenluken ausgehende Gefahr gut bekannt war und durchaus ernst genommen wurde. Bereits im Januar 1796 war ein Mann in Ohndorf durch einen Fall vom Boden nachweislich ums Leben gekommen.²³³⁴ Anfang Februar 1797 starb ein 16-Jähriger in Sachsenhagen auf dieselbe Weise. Im November 1797 sind zudem noch ein jüdischer Einwohner in einem Wirtshaus vor Rinteln sowie ein Halbmeyer aus Bensen durch Stürze aus der Bodenluke tödlich verunglückt.²³³⁵

Die Verordnung wurde indes nicht befolgt, die Zahl dieser Unfälle mit tödlichem Ausgang stieg in den folgenden 20 Jahren kontinuierlich an. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass weitere Fälle vertuscht worden sind und in den Kirchenbüchern nicht als Stürze durch die Bodenluke ausgewiesen wurden. So enthält der Kirchenbucheintrag zum Tode des 17-jährigen Knechts Hans Heinrich Gellermann, der im Dezember 1799 in Deckbergen an einem Schlagfluss gestorben sein soll, den folgenden Zusatz: *Not. der sub Nr 33 angezeigte war nicht durch einen Schlagfluß, sondern durch einen unglücklichen Fall aus der Boden Lucke getötet, welches aber von der Totenbeschauerin Dehnin aus Borstel verheimlicht ward, weshalb selbige auf Verfügung Hochfürstl. Re-*

²³³¹ Vgl. STAB H 1, Nr. 230.

²³³² Vgl. EBD.

²³³³ Vgl. SAMMLUNG HESSLO 7, 24.06.1797, S. 738 f.

²³³⁴ Mit Sicherheit haben sich in zeitlicher Nähe zu der Verordnung noch weitere Unfälle dieser Art ereignet, die jedoch überlebt worden waren und daher nicht in den Kirchenbüchern erscheinen.

²³³⁵ Vgl. STAB H 1, Nr. 230.

gierung in Rinteln, nicht nur ihres Amtes entsetzt, sondern auch zu 14 tägiger Thurmhaft, wechselnd bey Wasser u. Brodt condemniret worden. Seit den 1820er Jahren gingen die Zahlen der Stürze aus Bodenluken vorübergehend zurück. Ein höheres Risikobewusstsein in der Bevölkerung scheint jedoch nicht der Grund gewesen zu sein. Eher noch eine Intensivierung landesherrlicher Kontrollen in der nachnapoleonischen Ära, denn in den 1860er Jahren hatten die diesbezüglichen Unfallzahlen wieder ein hohes Niveau erreicht.

Die unter „Sonstiges“ zusammengefassten Unfälle betreffen unterschiedliche Bereiche und Personengruppen: Im Kirchspiel Hohnhorst starben zwischen dem Bau der Eisenbahnlinie in der Mitte der 1840er Jahre bis 1875 sechs Menschen auf den Schienen.²³³⁶ Allerdings ist den Kirchenbüchern nichts über die näheren Umstände zu entnehmen, so dass Suizide nicht ausgeschlossen sind. Immer wieder sind spielende Kinder in Mergelgruben verschüttet worden oder durch Mühlenräder ums Leben gekommen. Auf Leichtsinn stößt man insbesondere im Zusammenhang mit Schusswaffen, wobei die *unvorsichtige Handhabung eines Gewehres*²³³⁷ oder herumliegende geladene Pistolen vorwiegend Kindern und Jugendlichen zum Verhängnis wurden.²³³⁸ 1787 wurden die hessischen Polizeidiener ermahnt, deren *Schießen und Pulveranzünden* auf den Straßen zu unterbinden.²³³⁹ Kinder waren einer Vielzahl an Gefahren ausgesetzt: Diese reichten von Tritten durch Pferde, Bissen von Hunden, Stürzen von Schlitten oder Wagen über Verletzungen durch Beil oder Messer bis hin zur Attacke mit der Mistgabel durch einen cholерischen Vater.²³⁴⁰ Das Aufkommen von Gängelband, Fallhut und Gehschulen in der Frühen Neuzeit wird darauf zurückgeführt, dass auch die Kinder von Adligen und Patrizierfamilien in einer „wenig kinderfreundliche[n] Umgebung“ aufwuchsen.²³⁴¹ Nicht zuletzt bargen viele der kindlichen Spiele Gefahren. In den Jahren 1780 und 1799 wurden die Eltern von der hessischen Regierung durch Verordnungen zur besonderen Aufsicht ermahnt, weil Kinder immer wieder auf fahrende Kutschen oder Fuhrwerke sprangen.²³⁴²

²³³⁶ Der erste Eintrag datiert in das Jahr 1858, als ein 47-jähriger Mann aus Helsinghausen, *von der Locomotive zertrümmert* worden ist.

²³³⁷ Westendorf, 1871.

²³³⁸ Vgl. auch STAB H 1, Nr. 242.

²³³⁹ Sie wurden u. a. angewiesen, die ertappten Kinder *auf der Stelle* mit der Peitsche zu züchtigen; SAMMLUNG HESSLO 7, 13.6.1787, S. 178.

²³⁴⁰ Vgl. ARNOLD, KLAUS (2000), S. 23 f.

²³⁴¹ Vgl. WEBER-KELLERMANN (1979), S. 34-37, 49 f. u. 174.

²³⁴² Vgl. SAMMLUNG HESSLO 6, 6.9.1780, S. 1011 f.; SAMMLUNG HESSLO 7, 6.2.1799, S. 807.

Die schauburgischen Kirchenbücher dokumentieren immer wieder Unglücksfälle, in denen Kinder aufgrund von Verbrennungen bzw. Verbrühungen mit siedendheißen Flüssigkeiten ihr Leben verloren haben. Gelegentlich wurde vermerkt, dass sich das Sterben der Kinder über mehrere Wochen hinzog und äußerst qualvoll gewesen ist. Für den modernen Menschen ist es erstaunlich, dass die frühneuzeitliche Bevölkerung nicht achtsamer war. Leicht entsteht der Verdacht, dass sie den Gefahren des Alltags generell gleichgültig gegenüberstand. Imhof hebt hervor, dass es darauf ankam, „in einer Welt der allgegenwärtigen Unsicherheit nicht ausgerechnet die eigene verletzte Person ins Zentrum zu stellen. Vielmehr betrachtete man das Ego bloß als vorübergehenden Träger einer Rolle, in deren Dienst man sich für eine kürzere oder längere Lebensspanne stellte.“²³⁴³ Selbstzeugnisse aus dem 18. Jahrhundert aus der Feder „einfacher“ Leute belegen zwar, dass über das Rollenverständnis hinaus durchaus ein Bewusstsein für Individualität bestand. Allerdings wurden Kinder schon früh zur Einkommenssicherung herangezogen. Sie waren notwendige Arbeitskräfte, was die Sorge um ihre körperliche Unversehrtheit in den Hintergrund treten ließ. So berichtet der 1758 geborene Johann Baptist Schad, dass er „noch nicht volle zehn Jahre alt [war]. Und dennoch (...) schon in diesem Alter die meisten Bauersarbeiten, selbst einige schwere nicht ausgenommen, mitgemacht“ habe.²³⁴⁴ Auch wenn Kinder nicht immer aktiv mitarbeiteten, belegen zeitgenössische Abbildungen, dass sie zumindest durch häufige Anwesenheit Anteil an der (Arbeits-)Welt der Erwachsenen hatten. Dabei blieben sie weitgehend unbeachtet.²³⁴⁵ Obwohl viele tödliche Unfälle, denen Kinder zum Opfer fielen, aus heutiger Sicht durchaus vermeidbar waren, resultieren diese weniger auf Nachlässigkeit als vielmehr aus der starken Inanspruchnahme der Erwachsenen durch die Erfordernisse des Lebenserwerbs. Die auf dem Hofgelände befindlichen Wasserstellen wurden vielen Kleinkindern gerade in der Erntezeit zum Verhängnis. In Phasen hoher Arbeitsintensität fehlte schlichtweg die Zeit, um die Kinder zu beaufsichtigen.

²³⁴³ IMHOF (1985a), S. 139-141.

²³⁴⁴ HARDACH-PINKE/HARDACH (1978), S. 77.

²³⁴⁵ Vgl. WEBER-KELLERMANN (1979), S. 40 u. 50 f.

Die spezifischen Unfallrisiken der Bevölkerung der schauburgischen Dörfer und Ackerbürgerstädte waren zum überwiegend Teil Folge des landwirtschaftlichen Arbeitsrhythmus. Das Erwerbsleben der Residenzstadt Rinteln wurde in diesem Sinne nicht mehr maßgeblich durch das agrarische Element geprägt. In Rinteln wurden kaum tödliche Stürze registriert. Und auch der Anteil an Wagen-/Pferdeunfällen ist trotz der räumlichen Begrenzungen im Stadtgebiet geringer als in den dörflichen Kirchspielen. Zudem erlitten deutlich weniger Kinder unter 5 Jahren aus der Stadt Rinteln tödliche Unfälle als Gleichaltrige vom Land.²³⁴⁶ Eine der Hauptgefahren entfiel weitgehend, da es in Städten kaum kleinere Wasserstellen gibt. Lediglich drei der in Rinteln verunglückten Kleinkinder sind ertrunken.²³⁴⁷ Erst mit zunehmendem Alter stieg für die Stadtkinder das Risiko eines Todes durch Ertrinken. Die unmittelbare Nähe zur Weser führte in Rinteln dazu, dass in den Sommermonaten wiederholt Kinder und Jugendliche infolge eines Badeunfalls ihr Leben verloren.

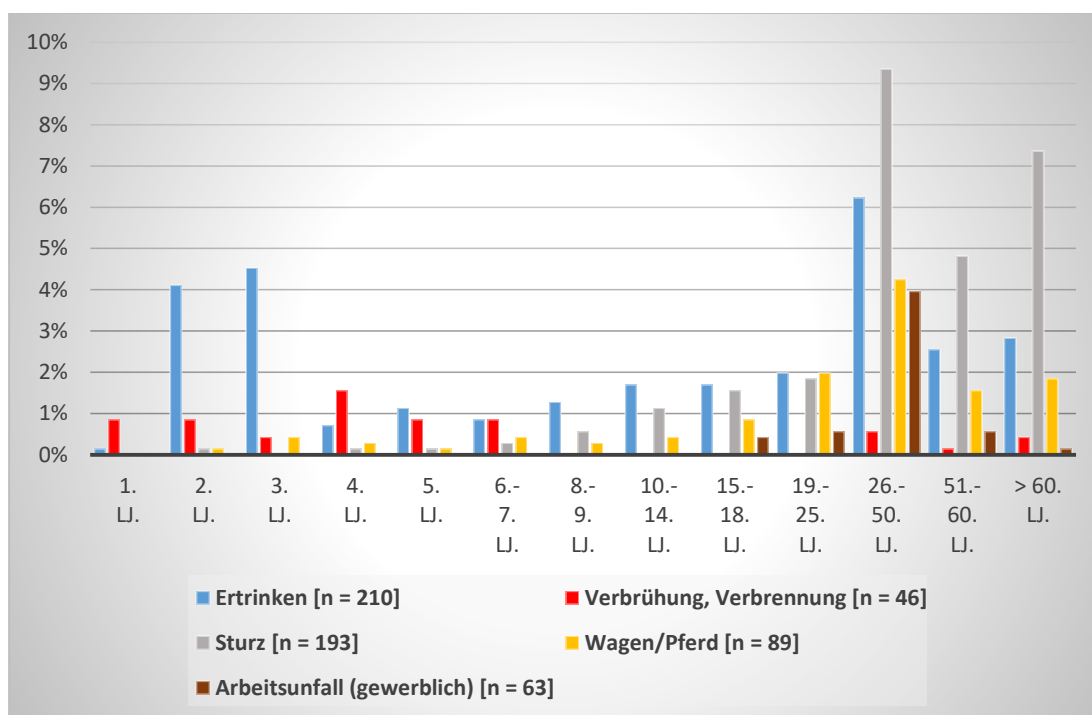


Abb. 150: Unfälle nach Ursachen und altersspezifischer Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

²³⁴⁶ Die Städte der Gegenwart bergen für Kleinkinder ebenfalls weniger unfallträchtige Situation; vgl. KÖHLER, GERHARD (1983), S. 73.

²³⁴⁷ Zwei von ihnen sind in einer *Mistgrube ertrunken* bzw. *erstickt*. Ein 4-jähriger Junge ist *in der Weser, darin er sich baden wollen, ertrunken*.

Die grafische Umsetzung der altersspezifischen Unfallsterblichkeit ergibt zwei starke Trends als Ausdruck der ländlichen Prägung der Grafschaft Schaumburg (**Abb. 150**): Zum einen bildet sich darin die bereits in der frühen Kindheit einsetzende Heranführung an das Arbeitsleben ab. Die tödlichen Stürze und Wagen- bzw. Pferdeunfälle unter Kleinkindern belegen, dass sich in einer vormodernen Agrargesellschaft alles den Erfordernissen des Lebenserwerbs unterzuordnen hatte. Eine Trennung zwischen Schule auf der einen und Ausbildung und Beruf auf der anderen Seite bestand in bäuerlichen Haushalten nicht. Anders verhält es sich mit den tödlichen Arbeitsunfällen im engeren Sinne. Sie ereigneten sich seltener und betrafen frühestens Personen im jugendlichen Alter, was insbesondere auf Lehrlinge in Handwerksbetrieben schließen lässt. In dem zweiten grafisch veranschaulichten Trend kommt die erhöhte Gefahr in den ersten Lebensjahren zum Ausdruck. Neben dem Ertrinken waren dies zumeist tödliche Unfälle im Zusammenhang mit Feuer oder heißen Flüssigkeiten, letztlich Folgen mangelnder Aufsicht.

Die Zahl der tödlich verunglückten Individuen männlichen Geschlechts in der Grafschaft Schaumburg übersteigt den der Frauen bei allen Unfallursachen. Annähernd ausgeglichen ist das Geschlechtsverhältnis einzig beim Ertrinken in einem Brunnen, wo der Anteil der Männer lediglich 52,9 % beträgt. Beim Sturz vom Boden sind es 76,6 %, bei Pferde- und Wagenunfällen 87,4 %. Und tödliche Blitzschläge wurden ausschließlich bei Männer verzeichnet. Etwas geringer ist mit 63,3 % der Anteil männlicher Individuen, die infolge einer Verbrennung oder Verbrühung ihr Leben verloren. Die Verunglückten waren zum allergrößten Teil im Säuglings- und Kleinkindalter. Viele von ihnen sind auf passive Weise ums Leben gekommen, indem sie versehentlich mit heißer Flüssigkeit übergossen wurden oder einer Aufsichtsperson aus dem Arm rutschten. Im Sterberegister des schaumburg-lippischen Kirchspiels Altenhagen-Hagenburg wurde im Mai 1795 ein solcher Fall dokumentiert: *Ein 5jähriges, aus Liebe angenommenes, verwaisetes Mädchen spielte mit diesem Kinde, und ließ es abends um 6 Uhr unversehends in einen Keßel kochenden Lein/m fallen; worauf es dann 2 Stunden nachher, aller angewandten Mühe ungeachtet, starb.* Das verunglückte Kind, ebenfalls ein Mädchen, war 1 Jahr und 9 Monate alt. Geschlechtsspezifische Eigenschaften kamen bei dieser Art von Unfällen nicht zum Tragen. Erst mit zunehmendem Alter wirkten sich geschlechtsspezifische Unterschiede aus (**Abb. 151**). Der prozentu-

ale Anteil tödlicher Verbrühungen und Verbrennungen männlicher Kinder stieg, sobald sich die Fähigkeit der aktiven Mobilität hinreichend entwickelt hat. Beim Tod durch Ertrinken setzte dieser Effekt früher ein, da die Kinder sich krabbelnd zum Gefahrenort begeben konnten. Selbst eine flache Mistpfütze konnte zur tödlichen Falle werden. Dass bereits in frühester Kindheit die Geschlechtszugehörigkeit als unfallfördernder Faktor zum Tragen kam und kommt, belegt einen verstärkten Aktivitäts- und Erkundungsdrang bei einem geringer ausgeprägten Risikobewusstsein männlicher Kinder.

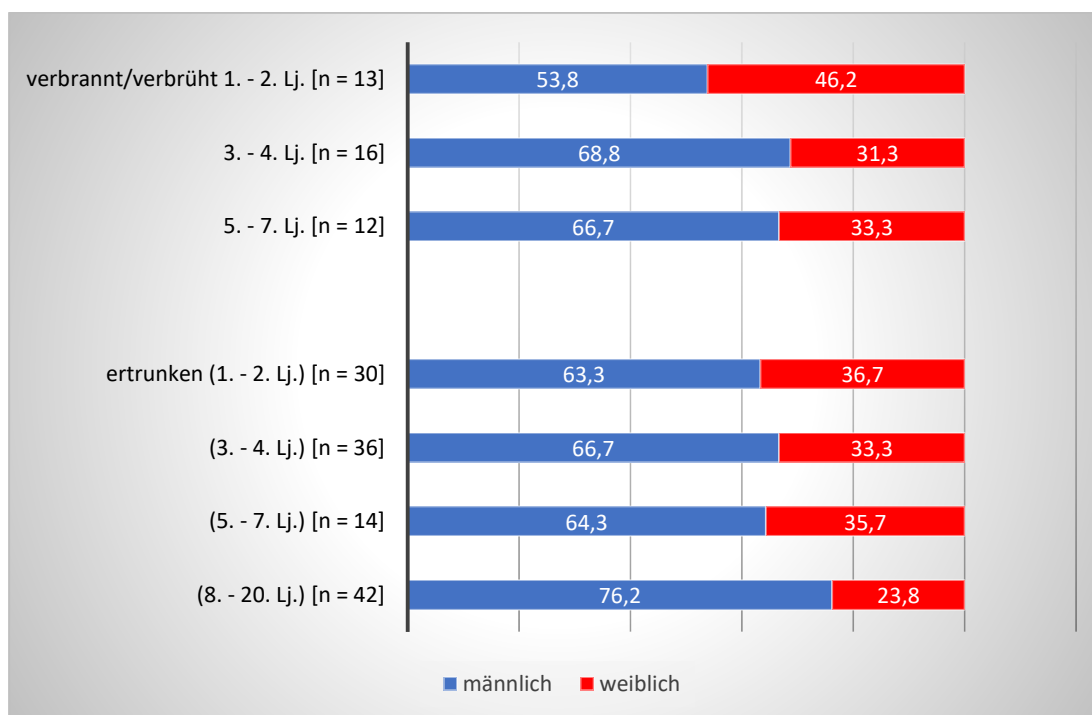


Abb. 151: Unfälle – geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Während des Untersuchungszeitraums sind die wirtschaftlichen Strukturen der Grafschaft Schaumburg – und damit die Arbeits- und Lebensbedingungen der Bevölkerung – im Prinzip unverändert geblieben. Allerdings hat die Zahl staatlicher Eingriffe insbesondere infolge des Medikalierungsprozesses zugenommen. So wurden Regelungen zu den unfallträchtigen Bodenluken getroffen und deren Einhaltung überwacht. Über einen Zeitraum von 100 Jahren wurde eine Reihe tödlicher Unfallarten in ausgewählten²³⁴⁸ schaumburgischen Kirchspielen nachverfolgt (**Abb. 152**). Berücksichtigt

²³⁴⁸ Einbezogen wurden die Kirchspiele Exten, Großnenndorf und Grove (Rbg), weil nur dort die Todesursachen ohne Lücken im Zeitraum von 1770–1869 registriert worden sind.

wurde zunächst einmal der Tod durch Ertrinken, wobei zwei Gruppen gebildet wurden. Die eine betrifft Kinder in einem Alter von bis zu 7 Jahren, die andere Gruppe umfasst alle älteren Personen, die durch Ertrinken ums Leben gekommen sind. Daneben wurden noch die Stürze vom Boden sowie der Tod aufgrund von Verbrühungen und Verbrennungen bei Kindern im Alter bis 7 Jahre ausgewertet: Stürze vom (Heu-)Boden haben in den ausgewählten Kirchspielen zunächst deutlich zugenommen, sind aber im 3. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts trotz Bevölkerungsanstiegs vorübergehend signifikant gefallen. Hier könnten bauliche Veränderungen an den Häusern hineinspielen. Vielleicht haben aber auch die zahlreichen Unfälle ein erhöhtes Risikobewusstsein innerhalb der Bevölkerung bezüglich der Gefahr durch die Bodenluken geweckt.

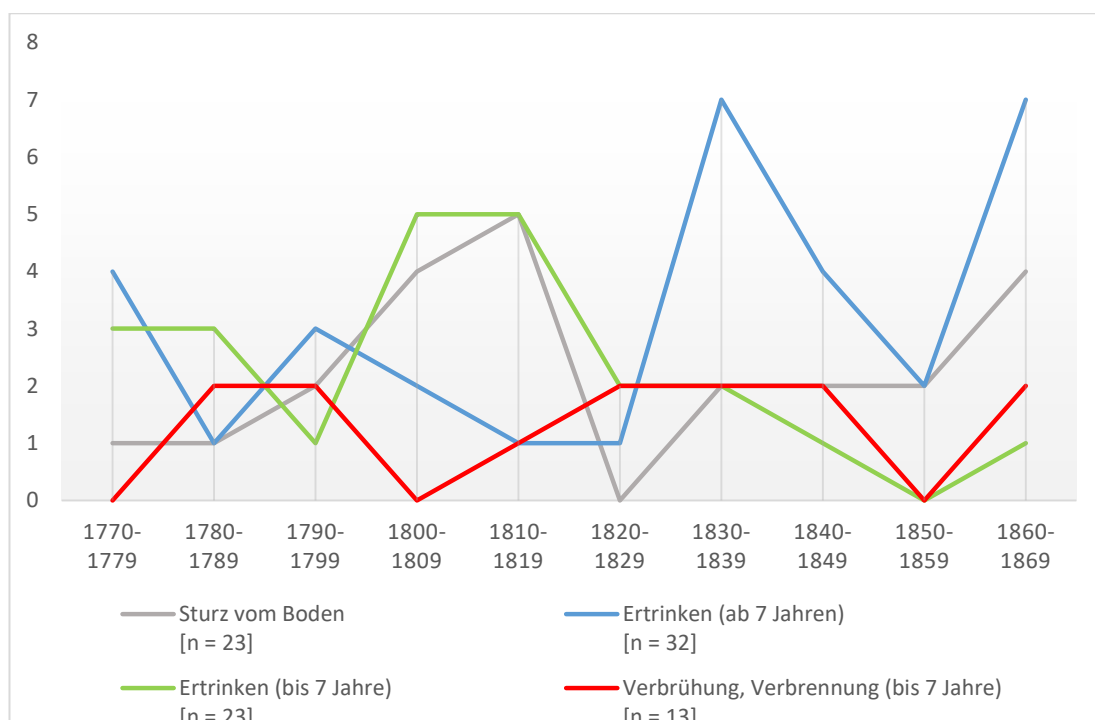


Abb. 152: Unfallhäufigkeit im Zehn-Jahres-Schnitt in ausgewählten Kirchspielen (Gft. SHG; 1770–1869) in Absolutzahlen

Die thermischen Verletzungen mit tödlichem Ausgang unter Kleinkindern waren zwar seltener, blieben aber ungemindert präsent. Unfälle dieser Art ereigneten sich vornehmlich in geschlossenen Gebäuden und ließen sich aufgrund der allgemeinen Neugier von Kindern wohl nur schwer vermeiden. Dagegen zeigen sich beim Tod durch Ertrinken gegenläufige Tendenzen. Unter Kleinkindern ist das Risiko zu Beginn des 19. Jahrhunderts am höchsten und geht danach zurück; innerhalb des älteren Personenkreises steigt es in den 1830er und 1860er Jahren deutlich an. Letzteres könnte

klimatisch bedingt sein. Denkbar ist eine Zunahme an heißen und trockenen Sommertagen, die vermehrt zum Baden in den natürlichen Gewässern angeregt haben. Die Einstellung gegenüber dem Wasser hatte sich im Laufe des 18. Jahrhundert verändert (vgl. Kap. 2.2.5), wodurch letztlich das Freizeitverhalten beeinflusst wurde. Für die Reduzierung der Zahl an ertrunkenen Kleinkindern kommen vor allem zwei Möglichkeiten²³⁴⁹ in Betracht: Zum einen der als „Entdeckung der Kindheit“ bezeichnete Bewusstseinswandel, die sich im Übergang zur Neuzeit vollzog.²³⁵⁰ Die Kindheit wurde als eigenständige Entwicklungsstufe, die sich deutlich von der Sphäre der Erwachsenen unterschied, erkannt, was sich wiederum auf den Umgang mit Kindern auswirkte. Nicht zuletzt fand in den aufklärerischen Schriften, die sich mit der Erziehung der Kinder beschäftigten, die Vermeidung von Unglücksfällen Raum.²³⁵¹ Seinen – schichtenübergreifenden – Abschluss fand dieser Prozess im Rahmen der Verringerung der Sterberaten unter Säuglingen im 20. Jahrhundert, als schließlich auch „der Tod eines Neugeborenen als tragisches Ereignis angesehen“²³⁵² wurde. Die andere Möglichkeit: Die Aufsicht der Kinder könnte in den Dörfern intensiviert worden sein, weil infolge des Bevölkerungswachstums die Zahl der Personen zunahm, die als Einlieger auf den bäuerlichen Hofstellen lebten. Da die Einlieger vorwiegend als landwirtschaftliche Arbeitskräfte tätig waren, könnten die älteren Kinder entlastet und verstärkt zur Beaufsichtigung ihrer jüngeren Geschwister herangezogen worden sein.

Die Analyse der in den schauburgischen Sterberegistern verzeichneten tödlichen Unfälle hat ergeben, dass der Tod der meisten Betroffenen weniger durch unglückliche Umstände als vielmehr durch äußere Faktoren begünstigt wurde. Die vorindustrielle Lebenswelt barg viele Risiken. Zum Teil sind diese noch in der Gegenwart zu beobachten. Mitteleuropäische Dorfkinder sind seit jeher häufiger in Unfälle verwickelt als ihre Altersgenossen in der Stadt. Das Unfallrisiko von Jungen ist weiterhin höher als das von Mädchen. Ähnliches gilt für Männer und Frauen. Und auch der Eintritt in das Arbeitsleben, der in der Frühen Neuzeit bereits in der Kindheit begann, bringt stets

²³⁴⁹ Eine dritte Möglichkeit wären bauliche Veränderungen auf den Höfen, um das Risiko der Wasserstellen, die sich ja immer wieder als tödliche Fallen erwiesen haben, zu mindern. Da die ertrunkenen Kleinkinder nie Gegenstand der landesherrlichen Gesetzgebung waren, ist indes davon auszugehen, dass es diesbezüglich keine signifikanten Veränderungen im Untersuchungszeitraum gegeben hat.

²³⁵⁰ Vgl. allg. RABE (1980); hierzu auch HARDACH-PINKE/HARDACH (1978), S. 39-44.

²³⁵¹ Vgl. RICHTER, DIETER (1987), S. 94-101. Die populärsten Warnungen enthielt der 1845 veröffentlichte Struwwelpeter von Heinrich Hoffmann.

²³⁵² HARDACH-PINKE/HARDACH (1978), S. 30.

zusätzliche Gefahren mit sich. Zugleich bestehen Unterschiede. Die tödlichen Unfälle, die sich in der Grafschaft Schaumburg ereignet haben, sind Ausdruck des Lebens in einer Agrargesellschaft. Die alters- und geschlechtsspezifischen Abweichungen resultieren wesentlich aus der unterschiedlichen Aufgabenverteilung. Ausgeglichen war die Geschlechterrelation im Untersuchungszeitraum lediglich beim Ertrinken in einem Brunnen. Diese Tätigkeit gehörte zu den Aufgaben von Männern und Frauen gleichermaßen. Der Umgang mit den Zugtieren, das Fällen von Bäumen oder die Arbeit in Steinbrüchen fiel in den Aufgabenbereich der Männer. In Hinblick auf tödliche Unfälle war die männliche Arbeitswelt grundsätzlich risikobehafteter als die weibliche.²³⁵³ Dieses Risiko erhöhte sich mit Beginn der Adoleszenz, verringerte sich aber im Laufe der Postadoleszenz. Die Arbeitsbelastung der Männer schwächte sich nach dieser Phase zwar nicht ab,²³⁵⁴ doch haben sie Routinen entwickeln und damit ihr individuelles Unfallrisiko senken können. Der eigentliche Grund für die hohe Unfallquote unter Jugendlichen und Heranwachsenden männlichen Geschlechts ist vornehmlich ein verhaltensbedingter. Die Funktionen, die die Männer im Rahmen des Lebenserwerbs zu erfüllen hatten, führten zur Herausbildung eines Männlichkeitsbildes, in dem die Furcht vor Arbeitsunfällen keinen Platz hatte. Dieses verinnerlichte Bild kam am stärksten in einer Altersphase zum Ausdruck, in der das Risikobewusstsein seit jeher unterdurchschnittlich ausgeprägt ist.

Schon bevor der Zeitbegriff infolge technischer Innovationen revolutioniert wurde,²³⁵⁵ war die Gefahr stets präsent, durch einen (Arbeits-)Unfall das Leben zu verlieren. So besteht eine – epochenübergreifende – Neigung, bestimmten Gefahren mit Gleichgültigkeit zu begegnen. Wer nicht selbst in irgendeiner Weise betroffen ist, nimmt die Opfer der Mobilität im modernen Straßenverkehr daher bestenfalls als eine statistische Größe wahr. Weitere Unfallrisiken ergeben sich darüber hinaus aus der strengen Einbindung des Menschen in den Arbeitsablauf. Sicherheitsvorkehrungen und sonstige Schutzmaßnahmen wurden zu allen Zeiten oft genug als hinderlich abgelehnt.²³⁵⁶ Existentielle Zwänge ließen Rücksichten auf die individuelle Gesundheit schnell in den

²³⁵³ Möglicherweise liegt die Ursache darin, dass in der Gegenwart „die häuslichen Unfälle im Vergleich zu den Verkehrs- und Arbeitsunfällen bei der Bevölkerung nur wenig Beachtung finden; dies gilt insbesondere für tödlich verlaufene häusliche Unfälle.“ BOLDT (1979), S. 91.

²³⁵⁴ Da sich an diese Phase der Zeitpunkt der Familiengründung anschloss, könnte die Beanspruchung eher zugenommen haben.

²³⁵⁵ Vgl. GLASER, HERMANN (1994), S. 185-194.

²³⁵⁶ Vgl. StAB H 7, Fach 61, Nr. 2.

Hintergrund treten. In Anbetracht von Bedrohungen wie einer nicht rechtzeitig eingeholten Ernte verschwamm der Blick für potentielle Unfallgefahren recht schnell. Man darf den Menschen der Vergangenheit nicht ein natürliches Sicherheitsempfinden absprechen. Doch war die Arbeit mühselig genug und erforderte alle Kräfte. Für Prävention blieb wenig Raum.

3.7.2 Suizide

Eine Untersuchung der EU aus dem Jahre 2005 hat ergeben, dass in den Mitgliedsländern die Zahl der Menschen, die infolge eines Suizides zu Tode gekommen sind, die derjenigen übertrifft, die einem tödlichen Verkehrsunfall zum Opfer gefallen sind.²³⁵⁷ Daraus ist zu schließen, dass die Möglichkeit, seinem Leben aus eigener Entscheidung ein Ende zu setzen, zu einer Konstante im Denken vieler Menschen in den postmodernen Industriegesellschaften geworden ist. Die seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert vorherrschende Bewertung des Suizids als Reaktion auf eine krisenhafte Lebenssituation steht nicht mehr im Vordergrund. Aktuell gelten Suizide überwiegend als Folge psychischer Erkrankungen.²³⁵⁸ Schätzungen gehen davon aus, dass 65–90 % aller Suizide auf ein depressives Syndrom zurückgehen.²³⁵⁹ Allerdings fußen diese Werte nicht selten auf Befragungen von Angehörigen, die entsprechende Symptome bei Suizidenten wahrgenommen zu haben meinen. Erschwerend wirkt sich aus, dass Männer seltener als Frauen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und die Dunkelziffer schon dadurch hoch bleibt.

Das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern kann in den westlichen Gesellschaften als signifikantester Befund im Zusammenhang mit Suiziden gelten.²³⁶⁰ Die Anzahl an männlichen Suizidenten liegt wenigstens doppelt so hoch wie die der Frauen; in den USA wurden in jüngerer Zeit Geschlechterrelationen von bis zu 6 : 1 festgestellt.²³⁶¹ Weil Depressionen deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert werden, spricht man von einem „gender paradox“²³⁶². Daneben bestehen geschlechtsspezifische Präferenzen bei der Wahl der Suizidmethode²³⁶³. Männer neigen eher als Frauen zu Methoden, die mit ausgeprägten physischen Verletzungen und einer erhöhten letalen Wahrscheinlichkeit einhergehen.²³⁶⁴ Frauen neigen zu Intoxikationen.

²³⁵⁷ Vgl. FAUST, VOLKER (A), S. 7; vgl. auch KIESEL (2003), S. 6; BRONISCH (2007), S. 35; RKI (2015), S. 129.

²³⁵⁸ Vgl. KRUG et al. (2002), S. 192; RKI (2017b), S. 72.

²³⁵⁹ Vgl. RKI (2015), S. 114.

²³⁶⁰ Vgl. allg. ISRAEL et al. (2001).

²³⁶¹ Vgl. BRONISCH (2007), S. 34.

²³⁶² EBD., S. 35; vgl. auch HAWTON et al. (2008), S. 66.

²³⁶³ Unter den Suizidmethoden dominieren im Allgemeinen das Erhängen und Sprünge aus großen Höhen. Nicht selten ist die Wahl der Methode abhängig von den individuellen Lebensbedingungen. Darum sind beispielsweise Gasvergiftungen mittlerweile unbedeutend.

²³⁶⁴ Vgl. ISRAEL et al. (2001), S. 28-32.

Unter weiblichen Jugendlichen ist die Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten stärker ausgeprägt als unter ihren männlichen Altersgenossen.²³⁶⁵ Auch beschäftigt sich annähernd ein Fünftel der weiblichen Kinder und Jugendlichen mit Suizidideen, Das sind mehr als doppelt so viel wie die männlichen Individuen ihrer Altersgruppe.²³⁶⁶ Die Zahl der vollendeten Suizide von Jungen übersteigt jedoch die der Mädchen.²³⁶⁷

Eine Erklärung für die höhere Rate vollendeter Suizide auf Seiten der Männer, etwa ein erleichterter Zugang zu Schusswaffen, lässt sich zumindest aus der Suizidmethodik nicht schlüssig ableiten.²³⁶⁸ Die sogenannten „harten“ bzw. mit einem hohen Grad an Selbstschädigung verbundenen Methoden werden insbesondere von männlichen Suizidenten, bei denen Schizophrenie diagnostiziert wurde, bevorzugt. Als Ursache gelten eine Kombination aus Spontaneität und einer ausgeprägten Neigung zur Autoaggressivität.²³⁶⁹ Unvollendete Suizide gehen oftmals auf Intoxikationen durch Medikamente oder auch Drogen zurück.²³⁷⁰ Auffallend ist deren Überwiegen auf Seiten der Frauen,²³⁷¹ die wiederum eine Präferenz für die „weichen“ Methoden haben.

Anzunehmen ist, dass viele Suizidversuche darauf angelegt sind, lediglich eine appellative Wirkung zu entfalten. Dass sie also nicht in der Absicht auf einen letalen Ausgang unternommen werden. Sie dienen als Kommunikationsmittel, um auf einen akuten Hilfebedarf aufmerksam zu machen. Da Männer seltener professionelle bzw. therapeutische Hilfsangebote in Anspruch nehmen als Frauen,²³⁷² ist davon auszugehen, dass parasuizidale Tendenzen unter ihnen geringer ausgeprägt sind. Als Angehörige des sprichwörtlich starken Geschlechts müssen sie vielmehr damit rechnen, dass ihnen ein missglückter Versuch als (weitere) Schwäche ausgelegt würde.²³⁷³ Nicht Zuwendung, sondern gesellschaftliche Stigmatisierung könnte die Folge sein. Als Ursache für die unterschiedlichen Suizidraten von Frauen und Männern kommen insofern

²³⁶⁵ Vgl. HAWTON et al. (2008), passim.

²³⁶⁶ Vgl. FAUST, VOLKER (A), S. 12.

²³⁶⁷ Vgl. ELSÄBER (2012), S. 15.

²³⁶⁸ Vgl. WUNDERLICH (2004), S. 19-21; hierzu auch MUMBAUER (2009), S. 60.

²³⁶⁹ Vgl. KIESEL (2003), S. 40 f.

²³⁷⁰ Vgl. WUNDERLICH (2004), S. 12 f.

²³⁷¹ Schätzungen gehen von einer bis zu 3-mal so hohen Rate auf Seiten der Frauen aus; vgl. KIESEL (2003), S. 2.

²³⁷² Vgl. auch WITTE (2001), S. 118-124; MUMBAUER (2009), S. 42.

²³⁷³ Vgl. FREYTAG (2001), S. 106-108.

die verschiedenen gesellschaftlichen Rollenzuweisungen in Betracht. Die ihnen zugewiesene Rolle lässt Männer den Verlust ihres sozialen Status, beispielsweise aufgrund von Krankheit, beruflichem Misserfolg oder dauerhafter Arbeitslosigkeit, deutlich stärker empfinden als Frauen. Gleichzeitig stehen Männer unter dem erhöhten Druck, sich selbst helfen zu müssen. Prestigeverlust, soziale Isolation sowie Perspektivlosigkeit gehen einher mit Gefühlen von Scham gegenüber ihrer Umwelt und können schließlich „zu einem Zusammenbruch von Abwehrmechanismen führen.“²³⁷⁴

Geschlechtsübergreifend entwickelt sich die Suizidgefährdung mit zunehmendem Lebensalter. Im Jahre 2003 waren „41 % der Suizidtoten (...) 60 Jahre und älter (ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt nur etwa die Hälfte davon).“²³⁷⁵ Gleichzeitig neigen ältere Suizidenten zu Methoden mit einem hohen Letalitätspotential. Ein Grund hierfür könnte die geringere Aufmerksamkeit sein, die ihnen allgemein entgegengebracht wird, während jüngeren Menschen mehr Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen.²³⁷⁶ Insbesondere ältere Frauen erleben, dass die Maschen des sozialen Netzes größer werden. Nicht selten ist die Tat bei den Älteren eine Reaktion auf den Verlust des Ehepartners oder geschieht vor dem Hintergrund sozialer Isolation.²³⁷⁷ Darüber hinaus – Begriffe wie „Lebensmüdigkeit“ bringen dies zum Ausdruck – ist die gesellschaftliche Akzeptanz für Suizide älterer Menschen größer.²³⁷⁸ Und schließlich bestehen diagnostische Defizite bei der Erkennung der Altersdepression,²³⁷⁹ so dass rechtzeitige therapeutische Maßnahmen oftmals unterbleiben.

Derzeit geht man davon aus, dass den meisten Suiziden psychische Erkrankungen zugrunde liegen. Doch sind Schätzungen, wonach allein affektive Störungen, vor allem die Depression, für rund zwei Drittel der Suizide verantwortlich sein könnten, umstritten.²³⁸⁰ Ohnehin ist es schwierig, die Motive in ihrer Verteilung quantitativ zu erfassen. Suizide lassen sich nur selten auf ein singuläres Ereignis zurückführen. Im Allgemeinen spielen psychische Erkrankungen bei Suiziden von Frauen eher eine Rolle als bei

²³⁷⁴ WUNDERLICH (2004), S. 21.

²³⁷⁵ FAUST, VOLKER (A), S. 47; vgl. auch KIESEL (2003), S. 14 f.; MUMBAUER (2009), S. 7 f. u. 10.

²³⁷⁶ In den jüngeren Altersgruppen werden entsprechend häufiger nichtletale Suizidversuche unternommen; vgl. KIESEL (2003), S. 57-59.

²³⁷⁷ Vgl. EBD., S. 64 f. Zum Zusammenhang zwischen Suizidalität unter älteren Menschen und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit der individuellen Lebenssituation vgl. STEINER et al. (1988).

²³⁷⁸ Vgl. FAUST, VOLKER (A), S. 47 f.

²³⁷⁹ Vgl. EBD., S. 49 u. 52.

²³⁸⁰ Vgl. EBD., S. 7 u. 13.

Männern. Bei Männern hingegen stehen Arbeitslosigkeit und berufliche Konflikte im Vordergrund. Von Konflikten im zwischenmenschlichen Bereich sind beide Geschlechter in etwa gleich stark betroffen.²³⁸¹

Die Wahrscheinlichkeit eines Suizids erhöht sich in bestimmten Jahreszeiten.²³⁸² Die aktuellen Untersuchungen haben für die nördliche Hemisphäre durchgehend die höchsten Anteile im Übergang vom Frühling zum Frühsommer ergeben. Ältere Studien führen darüber hinaus die Herbstmonate auf. Eindeutige Unterschiede zwischen den Geschlechtern wurden nicht festgestellt. Als Ursachen für die jahreszeitliche Präferenz der Suizidenten werden nach wie vor mögliche wetter- und klimabedingte Einflüsse diskutiert. In jüngerer Zeit hat darüber hinaus die Frage nach biochemischen, insbesondere hormonellen Einflüssen an Raum gewonnen. Verstärkt in Betracht gezogen wird nunmehr auch die Wirkung verschiedener Faktoren auf das Krankheitsbild der Depression. Die Ursachen für den Anstieg der Suizidraten im Frühjahr konnten bislang dennoch nicht befriedigend geklärt werden.

Gelegentlich werden Phasen beobachtet, in denen die Suizidrate innerhalb einer Gesellschaft ansteigt. Vermeintlich plausible Erklärungen können jedoch trügerisch sein. So wurde die höhere Selbstmordrate in den neuen Bundesländern in den Jahren nach der Wiedervereinigung schnell auf die mit der Auflösung der DDR verbundenen Veränderungen und Unsicherheiten zurückgeführt.²³⁸³ Unbeachtet blieb zunächst die Tatsache, dass die Suizidraten in der DDR bereits in den vorangegangenen Jahrzehnten höher waren als die in der Bundesrepublik. Zugleich waren die Suizidraten anderer Staaten des ehemaligen Ostblocks geringer als in Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder der Schweiz. Eine einfache Kausalität zwischen bestimmten politischen Systemen bzw. Wirtschaftssystemen und Suizidraten scheint somit nicht zu bestehen. Augenscheinlicher wird dies, wenn man zeitlich weiter zurückgeht. So soll seit dem 19. Jahrhundert die Suizidrate in Sachsen im Vergleich zu den

²³⁸¹ Vgl. KIESEL (2003), S. 45-47; insb. zu Suizid und Arbeitslosigkeit vgl. MUMBAUER (2009), S. 63-65.

²³⁸² Vgl. FAUST, VOLKER (B), passim; KIESEL (2003), S. 31-33; MUMBAUER (2009), S. 21 f.

²³⁸³ Vgl. BOBACH (2004), S. 29-32.

anderen – gegenwärtigen – Bundesländern ungeachtet aller politischen Veränderungen immer am höchsten gewesen sein.²³⁸⁴

Die Suizidrate in den Städten übersteigt im Allgemeinen die auf dem Land. Als suizidfördernder Faktor in den Städten gilt ein stärkeres Maß an sozialer Isolation und Desintegration.²³⁸⁵ Eine sich hinter den geringeren ländlichen Raten verbergende hohe Dunkelziffer – basierend auf einer irrtümlichen oder bewusst falsch getroffenen Deklaration der Todesursache – ist für die Gegenwart nicht mehr anzunehmen.²³⁸⁶ Das Stadt-Land-Gefälle ist kein universelles Phänomen. In Teilen der ehemaligen Sowjetunion und in China finden sich Regionen, wo die Suizidrate gerade auf dem Land deutlich erhöht ist.

Die Gründe dieser Abweichungen oder auch das „gender paradox“ sind weiterhin Gegenstand von Spekulationen. Mit einiger Sicherheit bleibt festzuhalten, dass die Suizidrate seit dem Einsetzen der Industrialisierung angestiegen ist. Im Vergleich zu traditionell wirtschaftenden Gesellschaften hat sie sich in den Industrienationen auf einem hohen Niveau eingependelt. So lässt sich resümieren: „Eine regelmäßig hohe Suizidrate steht für eine erhöhte Toleranz dem Selbstmord gegenüber, und umgekehrt drückt eine niedrige Suizidrate eine weitgehende gesellschaftliche Ablehnung des Selbstmords aus.“²³⁸⁷

Suizide in der Vergangenheit

Bereits lange vor der Industrialisierung machte man sich im europäischen Raum Gedanken über die Entwicklung der Suizidraten. Als im Jahre 1775 Goethe seinen Briefroman „Die Leiden des jungen Werther“ veröffentlichte, griff er mit der Thematisierung des Suizids in eine Debatte ein, deren Brisanz stetig zugenommen hatte.²³⁸⁸ So war an der Wende vom 17. zum 18. Jahrhundert infolge der Veröffentlichung von Artikeln über Suizide bekannter Engländer durch die englische Presse der Eindruck eines

²³⁸⁴ Kritisch hierzu aber KÄSTNER (2012), S. 458-463, der zumindest für die Vergangenheit die sprichwörtliche Neigung der Sachsen zum Selbstmord als literarischen Topos deutet.

²³⁸⁵ Vgl. WELZ (1979), S. 125 f. u. 137 f.; POHLMEIER, HERMANN (1995), S. 141.

²³⁸⁶ Vgl. WUNDERLICH (2004), S. 17.

²³⁸⁷ BOBACH (2004), S. 40.

²³⁸⁸ Zur zeitgenössischen Werther-Rezeption vgl. allg. ANDREE (2006).

Anstiegs erweckt und damit der Mythos von der „englischen Krankheit“²³⁸⁹ begründet worden.²³⁹⁰ Doch bereits unter den Zeitgenossen bestanden Zweifel an dieser Annahme.²³⁹¹ Im Laufe des 18. Jahrhunderts soll sich die Suizidrate in Paris bei einer Verdoppelung der Bevölkerungszahlen vervierfacht haben: „Allerdings lässt sich nicht definitiv entscheiden, inwieweit dieser Anstieg tatsächlich auf mehr Selbsttötungsfälle oder lediglich auf ihre bessere statistische Erfassung zurückzuführen ist“.²³⁹² Auf Grundlage der Quellen lässt sich über die Entwicklung vor dem 19. Jahrhundert keine gesicherte Aussage treffen.²³⁹³ Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden die Statistiken zuverlässiger.²³⁹⁴ Dass sich die Anzahl der Suizide im Laufe des 19. Jahrhunderts tatsächlich „in den meisten civilisirten Staaten wenigstens verdreifacht hat“²³⁹⁵, lässt sich nicht mit Sicherheit bestätigen. Von einem Anstieg noch vor dem 20. Jahrhundert ist auszugehen;²³⁹⁶ unklar bleibt, in welchem Maße sich die Zahlen von denen der vorangegangenen Jahrhunderte abheben. Denn aufgrund der gesellschaftlichen Ächtung dieser Tat ist zu vermuten, dass Suizide gerade im ländlichen Raum nicht selten verschleiert worden sind. Als eine der Ursachen für den Anstieg der Suizidraten wird die allgemeine Landflucht angesehen.²³⁹⁷ So hat sich herausgestellt, dass die städtischen Raten die ländlichen bisweilen recht deutlich übertreffen. Anonymität und soziale Isolation in den Städten haben die Suizidenten in ihrer Entscheidung beeinflusst und die Zahlen in die Höhen getrieben. Die sich seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert zunächst in Teilen der Gesellschaft gewandelte Einstellung gegenüber dem Suizid hat den Trend zusätzlich gefördert.²³⁹⁸

Der Suizid wurde lange kriminalisiert. Der Ehrverlust fiel nicht nur auf die Angehörigen zurück, sondern drohte auch den Personen, die sich mit der Leiche eines Suizidenten abgaben. So kam es vor, dass Maßnahmen zur Rettung noch lebender Suizidenten

²³⁸⁹ Als die eigentliche „englische Krankheit“ galt jedoch weiterhin die 1645 von Daniel Whistler als „Morbus Anglorum“ beschriebene Rachitis; vgl. KOTEK (2000), S. 2449 f.

²³⁹⁰ MINOIS (1999), S. 179-181.

²³⁹¹ Vgl. BAUMANN (2001), S. 206-211; BOBACH (2004), S. 27; JACOBS (2010), S. 7 f.

²³⁹² BAUMANN (2001), S. 202; vgl. auch EBD., S. 111 u. 212-217 sowie LIND (1999), S. 273-283.

²³⁹³ Vgl. BAUMANN (2001), S. 45.

²³⁹⁴ Gleichwohl wurde noch in den 1880er Jahren eine Unterregistrierung von 50 % für möglich gehalten; vgl. GARRIGUE MASARYK (1881), Vorrede V.

²³⁹⁵ EBD., S. 131.

²³⁹⁶ Vgl. BAUMANN (2001), S. 144.

²³⁹⁷ Vgl. POHLMAYER, HERMANN (1995), S. 143.

²³⁹⁸ Vgl. auch die Ausführungen zur aktuellen Debatte über das Thema Selbsttötung bzw. Suizidbeihilfe (Sterbehilfe) bei WITTWER (2020), S. 8-28.

unterblieben.²³⁹⁹ Religiös motivierte Ängste führten selbst zu erweiterten Suiziden, da potentielle Suizidenten einen Mord begingen, um für diese Straftat ihre Hinrichtung zu bewirken.²⁴⁰⁰ Die Zunahme der Duelle seit dem 16. Jahrhundert wird ebenfalls auf die Ächtung des Suizids zurückgeführt.²⁴⁰¹ Die gesellschaftliche Sanktionierung wirkte über den Tod hinaus. Man glaubte, dass die Gräber von Suizidenten die benachbarten Gräber der Menschen, die „ehrlich“ gestorben sind, entehren.²⁴⁰² Sie wurden daher abseits des Friedhofs oder zumindest an einer entlegenen Stelle bestattet. Die kirchlichen Zeremonien wurden ihnen gänzlich oder wenigstens teilweise vorenthalten, oft wurde ein Grabstein verweigert.²⁴⁰³ Im Umgang mit den Leichen der Suizidenten bestand durchaus ein Konsens zwischen der Obrigkeit und den Gemeinden, die auf „die Reinheit ihrer Friedhöfe achteten“²⁴⁰⁴. Allerdings war mit Protesten der Bevölkerung zu rechnen, wenn der Eindruck entstand, dass mit zweierlei Maß gemessen wurde. 1798 wurde im kursächsischen Hohenstein eine Bürgermeisterfrau, die sich erhängt hatte, mit Glockengeläut auf dem Kirchhof bestattet. Da jedoch 2 Jahre zuvor einem Suizidenten, der als Leineweber tätig war, genau dies verweigert worden war, entstand ein Tumult, gegen den mit militärischen Mitteln vorgegangen wurde.²⁴⁰⁵

Der Gedanke, Suizidenten ein ehrliches Begräbnis vorzuenthalten, war schon in der Antike formuliert worden.²⁴⁰⁶ Die christliche Kirche hatte die Verurteilung des Suizids übernommen. Seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert wich man zunehmend von dieser Praxis ab.²⁴⁰⁷ Doch gab es durchaus Unterschiede zwischen den Territorien im Umgang mit dem Suizid, beispielsweise die Stigmatisierung der Angehörigen und die Form des Begräbnisses betreffend. Während noch im ausgehenden 18. Jahrhundert die öffentliche Entehrung von Suizidenten post mortem nicht ungewöhnlich war, hatte man in einigen norddeutschen Städten bereits im 17. Jahrhundert deren Bestattung auf

²³⁹⁹ Der hannoversche Hofmedicus Marcard schildert anschaulich einen Fall, bei dem einem noch lebenden Suizidenten, der sich erhängt hatte, keine Hilfe geleistet worden war; HANNOVERISCHES MAGAZIN 1779, S. 1169-1174.

²⁴⁰⁰ Vgl. BAUMANN (2001), S. 76-83.

²⁴⁰¹ Vgl. MINOIS (1999), S. 154, spricht hier von „a more elegant, more noble way to kill themselves.“

²⁴⁰² Vgl. KÄSTNER (2012), S. 270.

²⁴⁰³ Vgl. GUTHKE (2006), S. 221-224.

²⁴⁰⁴ Vgl. DÜLMEN (1999), S. 92 f.

²⁴⁰⁵ Vgl. KÄSTNER (2012), S. 517 f.

²⁴⁰⁶ Platon thematisiert in seinem Dialog „Phaidon“ den Umgang mit Selbstmördern. Dabei differenziert er zwischen den Beweggründen, die einen Menschen zum Selbstmord veranlassen haben; vgl. BAUMANN (2001), S. 17. Ein Überblick zur Entwicklung der Einstellung zum Selbstmord von der Antike bis zum Beginn der Frühen Neuzeit bei LIND (1999), S. 21-44.

²⁴⁰⁷ Vgl. BAUMANN (2001), S. 23-25.

dem Kirchhof erlaubt.²⁴⁰⁸ Die Diskriminierung endete erst im Laufe des 19. Jahrhunderts, als „das ehrliche, aber unfeierliche Begräbnis“²⁴⁰⁹ zur Norm wurde. In Hessen-Kassel blieben die restriktiven Begräbnisbestimmungen selbst nach der Annexion durch Preußen in Kraft.²⁴¹⁰

Suizide im Untersuchungsgebiet

Belege für Suizide finden sich in den Sterberegistern aller Kirchspiele der Grafschaft Schaumburg. Ihre Zahl hielt sich lange in Grenzen,²⁴¹¹ erst seit den 1840er Jahren ist eine signifikante Zunahme zu verzeichnen. Im Kirchspiel Grove (Rbg), wo bereits seit 1665 Todesursachen registriert worden sind, ist der erste Suizid im Jahre 1735 belegt. Darüber hinaus variiert die Suizidhäufigkeit zwischen den Kirchspielen stark. Lediglich ein einziger Suizid wurde in Kathrinshagen vermerkt (1841). Auffallend oft finden sich Suizide in den beiden nordschaumburgischen Kirchspielen Großnenndorf (21) und Grove (Rbg) (24). Die Größe eines Kirchspiels korreliert nicht mit der Zahl an Suiziden. So wurden in der Stadt Rinteln mit neun Fällen in Anbetracht der Einwohnerzahlen ungewöhnlich wenige Suizide registriert. Im Gegensatz zu Großnenndorf und Grove (Rbg) wurden die Todesursachen in den Kirchenbüchern Rintelns nicht durchgehend verzeichnet, was die geringe Zahl an Suiziden zum Teil erklären könnte.

Die erheblichen Unterschiede zwischen einzelnen Kirchspielen indizieren, dass die in Schaumburg verübten Suizide in den Sterberegistern nicht durchgehend als solche kenntlich gemacht worden sind. Verantwortlich für die Führung der Kirchenbücher waren die Pastoren. So fallen von den im Kirchspiel Hohnhorst registrierten 21 Suiziden allein 15 in den Zeitraum 1857–75. Im Jahre 1855 hatte es hier einen Pastorenwechsel gegeben. Denkbar ist, dass dessen Vorgänger bei der Verschleierung von Suiziden aus Rücksicht auf die Verstorbenen oder deren Hinterbliebene behilflich waren.

Der Begriff *Selbstmord* war vor dem Ende des Untersuchungszeitraums ungebräuchlich. Bei Umschreibungen wie *hat sich erhengen*, *endigte durch einen Schuß sein Leben* oder auch *in statu melancholico* ist die Zuordnung problemlos möglich. Wurde

²⁴⁰⁸ Vgl. BAUMANN (2001), S. 18.

²⁴⁰⁹ Vgl. EBD., S. 24.

²⁴¹⁰ Vgl. Konsistorialschreiben über das Friedhofs- und Begräbnisrecht im ehem. Kurhessen v. 17.11.1873, Punkt 11.

²⁴¹¹ Vgl. auch BEGEMANN (1990), S. 113.

eine Person infolge eines Messerschnitts verblutet aufgefunden und wies keine weiteren Verletzungen auf, lag mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Suizid vor. In einem Fall wurde ein Mann *auf der Bahn mit zertrümmertem Kopf gefunden*, was auf einen Schienensuizid hindeutet. Unter den vielen Belegen über den Tod durch Ertrinken gibt es sicherlich verdeckte Suizide. Hinzu kommt, dass ein Teil der Suizide nicht als solche deklariert worden sind. Die Zweifel an der Zuverlässigkeit der amtlichen Statistiken lassen sich auch auf Schaumburg übertragen. Von einer Dunkelziffer ist auszugehen.

Von den registrierten Suizidenten im Untersuchungsgebiet waren 79,8 % männlichen Geschlechts (395,2 : 100; n = 104), die Relation zwischen Männern und Frauen liegt also bei 4 : 1. Das gleiche Verhältnis ergab eine Analyse des Leichenbuchs der Dresdner Anatomie.²⁴¹² In den Herzogtümern Schleswig und Holstein war die Zahl der Männer, die zwischen 1600 und 1820 einen Suizid begangen haben, mit 73 % im Vergleich zu den Frauen ähnlich hoch.²⁴¹³ Vermutet wurde eine Unterregistrierung weiblicher Individuen.²⁴¹⁴ Doch im Falle der dokumentierten Suizide wurden die persönlichen Daten stets vollständig aufgenommen. Selbst wenn man für die weiblichen Suizidenten eine höhere Zahl an verdeckten Suiziden annähme, würde sich das Ungleichgewicht nicht wesentlich ändern. Der überproportionale Anteil der Männer ist sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart zu beobachten.²⁴¹⁵ Die Gründe sind nicht geklärt. Zumindest widerlegen die seit Jahrhunderten stabilen geschlechtsspezifischen Suizidraten die Annahme einer gegenwärtigen „gesellschaftlichen Krise des Mannes“.²⁴¹⁶

Die meisten Suizide aus den schaumburgischen Sterberegistern entfallen auf das mittlere Lebensalter (**Abb. 153**).²⁴¹⁷ Da die Anteile der Älteren und Hochbetagten vergleichsweise gering sind, wird der Eindruck erweckt, die Suizidneigung würde sich mit zunehmendem Lebensalter abschwächen. Könnte die Anzahl der Suizide in den einzelnen Altersgruppen in Relation zum jeweiligen Anteil an der Gesamtbevölkerung

²⁴¹² Vgl. KÄSTNER (2012), S. 343.

²⁴¹³ Vgl. LIND (1999), S. 191 f.

²⁴¹⁴ Beispielsweise Unterregistrierungen angenommen; vgl. EBD., S. 197 f.

²⁴¹⁵ Vgl. EBD., S. 192 f.; BRONISCH (2007), S. 34.

²⁴¹⁶ Vgl. LIND (1999), S. 194-196; FAUST (A), S. 30.

²⁴¹⁷ Vgl. auch KÄSTNER (2012), S. 350.

gesetzt werden, würde sich ein anderes Bild ergeben. Während des Untersuchungszeitraums haben vergleichsweise wenige Menschen ein höheres Alter erreicht. Denkbar ist, dass die Suizidraten im Alter gestiegen sind.²⁴¹⁸

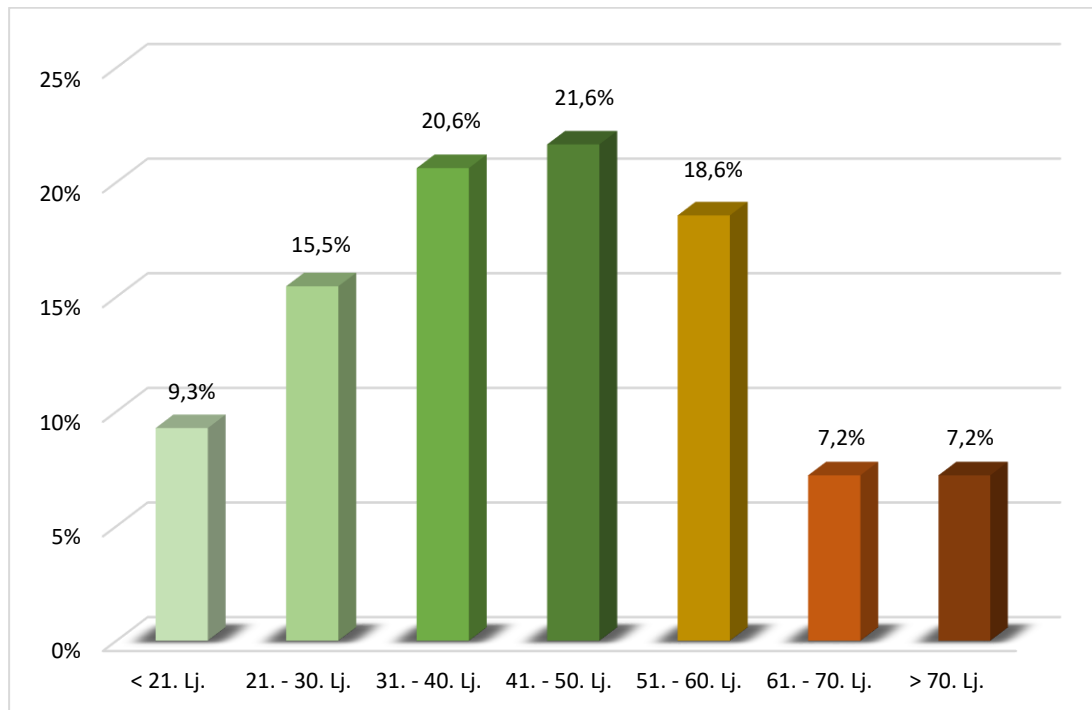


Abb. 153: Suizide – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Die Ermittlung der Geschlechterverteilung in den Altersgruppen ergibt sowohl Unterschiede als auch Übereinstimmungen (**Abb. 154**). Dass in der Grafschaft Schaumburg unter den über 70-Jährigen keine weiblichen Suizidenten verzeichnet worden sind, ist der relativ geringen Datenbasis geschuldet. Dafür ist der weibliche Anteil in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen etwas erhöht. Bemerkenswert ist die Geschlechterverteilung der Frauen, die im 3. Lebensjahrzehnt starben. In dieser Altersgruppe ist die Sexualproportion nahezu ausgeglichen, obwohl die Gesamtzahl der männlichen Suizidenten die der weiblichen um das Vierfache übersteigt. Naheliegend ist hier die Vermutung illegitimer Schwangerschaften als häufiges Suizidmotiv (siehe unten).

²⁴¹⁸ Untersuchungen zur Entwicklung in der Gegenwart haben für das Alter eine sinkende Zahl an Parasuiziden und eine steigende Zahl an vollendeten Suiziden registriert; vgl. RKI (2015), S. 114.

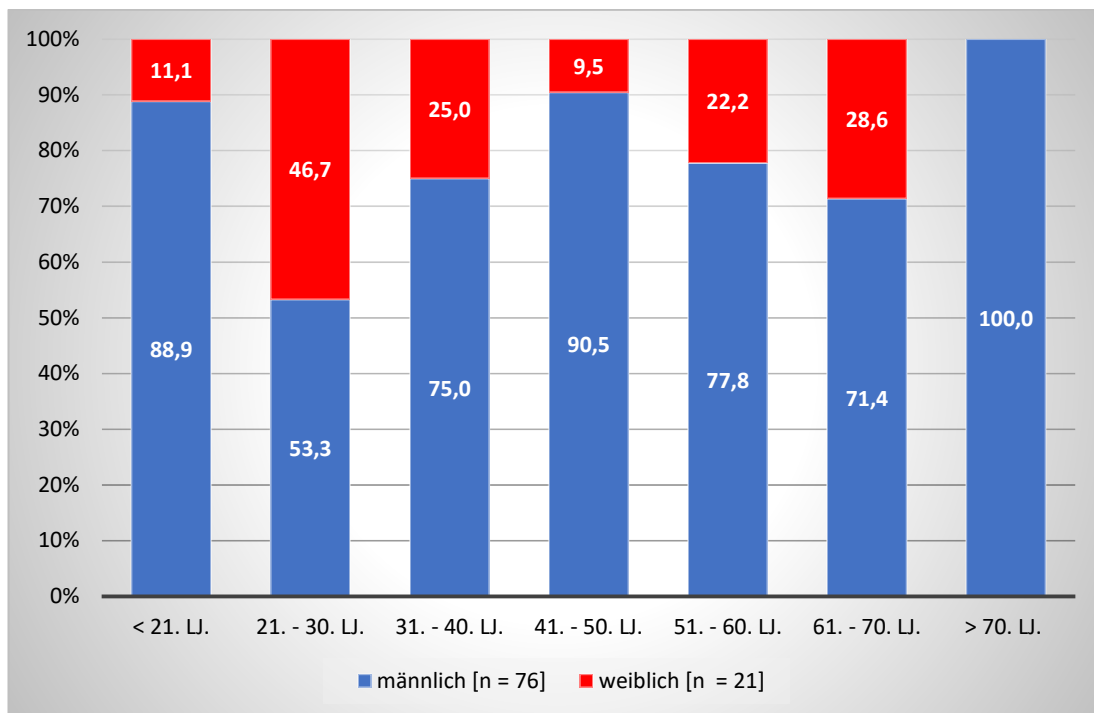


Abb. 154: Suizide – geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass sich eine kühl-feuchte Witterung und ein jahreszeitlich bedingter Lichtmangel auf das Verhalten potentieller Suizidenten auswirken. Weitverbreitet war und ist die Überzeugung, dass sie sich deshalb bevorzugt in den Wintermonaten das Leben nehmen. Auch Goethes Werther erschießt sich unmittelbar vor Heiligabend. Allerdings hat sich dessen historisches Vorbild, Karl Wilhelm Jerusalem, bereits am 29. Oktober suizidiert. Entgegen der in „einer trivialisierenden Psychologie“²⁴¹⁹ verwurzelten Anschauung war und ist die Zahl der Selbstmorde in den lichtarmen Monaten verhältnismäßig gering. In der Grafschaft Schaumburg ist die Suizidrate seit dem Spätherbst²⁴²⁰ deutlich gesunken (**Abb. 155**). Am niedrigsten sind die Werte im Dezember, also dem Monat, in dem sich auf der Nordhalbkugel die Wintersonnenwende ereignet. Wenngleich die Werte tendenziell wieder ansteigen, bleiben sie hinter den Suizidraten in den Monaten Mai bis Juli zurück. Und gerade in der Phase zwischen Frühlingsende und Beginn des Hochsommers befinden sich die längsten solaren Tagbögen der nördlichen Hemisphäre. Die sprichwörtliche

²⁴¹⁹ HARD (1988), S. 41; vgl. auch EBD., S. 25-28.

²⁴²⁰ Die Suizidrate der Frauen steigt im September erheblich an. Zu berücksichtigen ist die geringe Datenbasis [n = 21].

„dunkle Jahreszeit“ fördert somit nicht per se die Entscheidung zum Suizid.²⁴²¹ Ähnliches wurde bereits in der Vergangenheit berichtet: „In England sowohl als in Deutschland sind jedoch die Zeiten der Tag- und Nacht-Gleichen diejenigen, welche auf Gesundheit und Krankheit, (...) besonders auf den Entschluss zum Selbstmord den mächtigsten Einfluss haben. Der Monat März, mit einem Theil des Aprils, so wie der September mit einem Theil des Octobers, sind daher die Monate, in welchen Selbstmorde und plötzliche Todesfälle durch tödtende Krankheiten am häufigsten sich ereignen.“²⁴²² Den Grund vermutete man in negativen Auswirkungen atmosphärischer Luftveränderungen und stürmischen Wetters auf den Organismus.²⁴²³

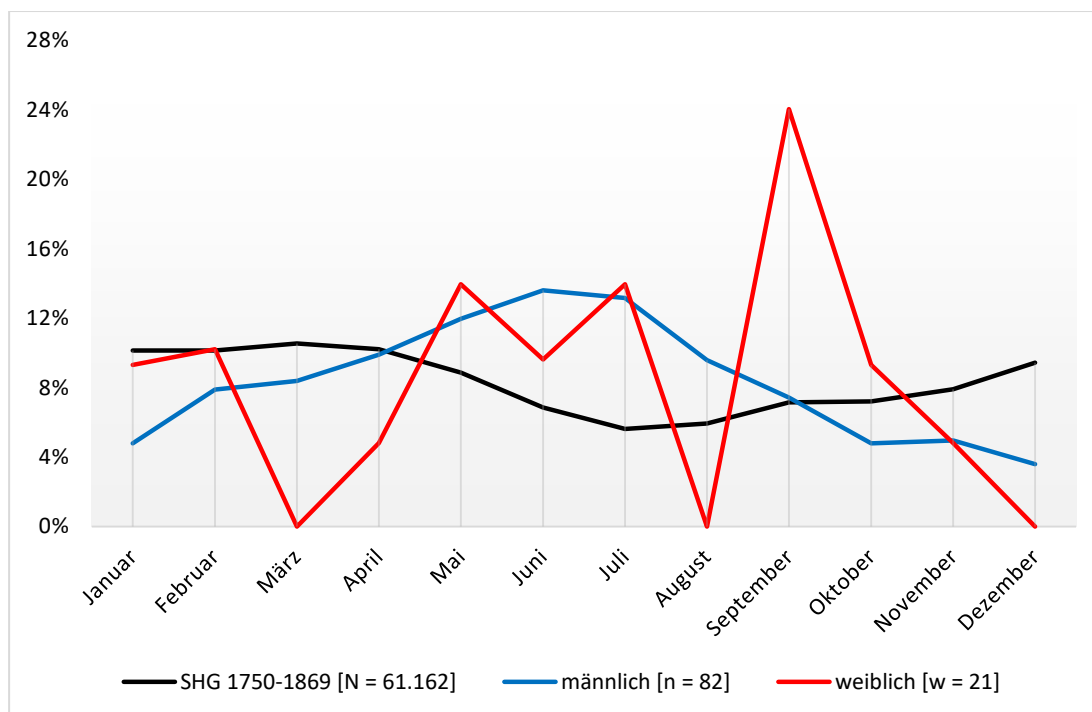


Abb. 155: Suizide – geschlechtsspezifische und saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Auch in der Gegenwart häufen sich die Suizide in den Frühlings- und Herbstmonaten und sinken im Winter ab.²⁴²⁴ Die Kosmos- und Wettertheorie konnte sich indes nicht halten und wurde im 20. Jahrhundert verworfen.²⁴²⁵ Eine Klärung der tatsächlichen

²⁴²¹ Vgl. auch LIND (1999), S. 321-323.

²⁴²² Vgl. OSIANDER (1815), S. 85.

²⁴²³ Vgl. EBD., S. 86-91.

²⁴²⁴ Vgl. KIESEL (2003), S. 31-33; vgl. auch MUMBAUER (2009), S. 20 f.

²⁴²⁵ Vgl. HARD (1988), S. 39-41.

Ursachen ist bislang nicht gelungen: „psychologische Faktoren, wie etwa die Vermutung, dass die frühsummerliche Heiratssaison schwerste Enttäuschungen vorprogrammiere und deshalb gehäuft zu selbstzerstörerischen Taten Anlass geben könnte, lassen sich kaum belegen. Möglicherweise könnten auch hier in der Zukunft neue Forschungen im biochemischen Bereich interessante Erkenntnisse verschaffen.“²⁴²⁶ So wurde bereits im 19. Jahrhundert ein Zusammenhang mit jahreszeitlich bedingten Gewichtsschwankungen angenommen.²⁴²⁷ Die Verringerung des Suizidrisikos im Winter wurde auf eine Erhöhung des Körpergewichts zurückgeführt. Ein Gewichtsverlust im Frühjahr sowie die zunehmende Hitze wiederum hätten sich belastend auf das Nervensystem ausgewirkt.²⁴²⁸

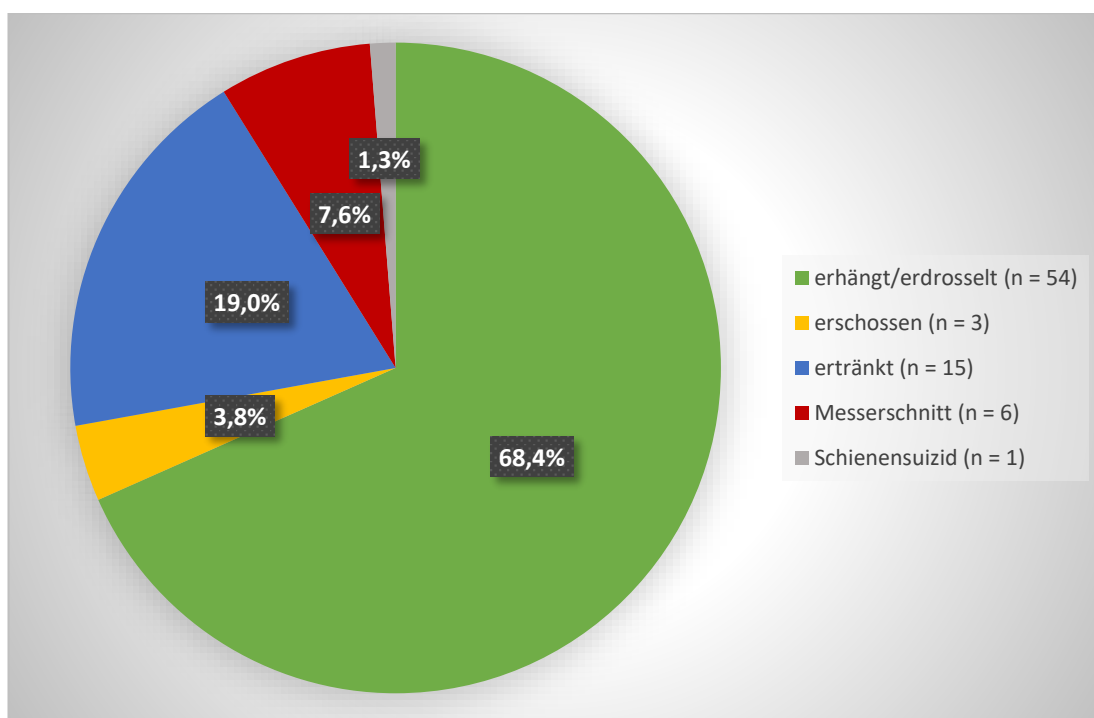


Abb. 156: Suizidale Methoden – prozentuale Anteile (Gft. SHG; 1750–1875)

Geschlechterrelation und saisonale Verteilung der Suizide im mitteleuropäischen Raum bilden zeitübergreifende Konstanten. Die Präferenzen hinsichtlich der Methode sind dagegen stark zeitgebunden. Aus der Datenanalyse der schauburgischen Sterberegister ergibt sich, dass ein unmittelbarer Bezug zu den äußeren Lebensumständen

²⁴²⁶ Vgl. LIND (1999), S. 322 f.

²⁴²⁷ Vgl. GARRIGUE MASARYK (1881), S. 8-10.

²⁴²⁸ Übergewichtige Menschen verfügen über einen höheren Anteil des „Stresshormons“ Cortisol, was sie stressresistenter machen soll.

wie beispielsweise dem Stand der Technik besteht. Bei knapp einem Viertel der registrierten Suizide ist die gewählte Methode offengeblieben, in den übrigen Fällen findet sich zumindest ein knapper Hinweis. Mehr als zwei Drittel (68,4 %) dieser Suizidenten entschieden sich für den Tod durch Erhängen, wobei sie als Lokalität zumeist einen Baum oder den Bodenraum des eigenen Hauses wählten (**Abb. 156**). Jeder fünfte Fall steht mit Wasser in Verbindung. Todesort war in der Regel die Weser bzw. die Aue im nordschaumburgischen Raum. Seltener wurde der Tod durch einen Sturz in einen Brunnen hervorgerufen. Mit einer Schnittwaffe wurden 7,6 %, mit einer Schusswaffe²⁴²⁹ 3,8 % der Suizide verübt. Darüber hinaus ereignete sich im Jahre 1871 im Kirchspiel Hohnhorst vermutlich ein Schienensuizid.²⁴³⁰

Der Tod durch Erhängen steht territorienübergreifend an erster Stelle der frühneuzeitlichen Suizidmethoden, danach folgt im Allgemeinen das Ertrinken. Das Erhängen galt zwar als „gemeines Mittel. Der unglücklich Liebende greift daher selten zum Strick“.²⁴³¹ Doch war ein Strick leicht zu beschaffen und problemlos zu befestigen. Außerdem tritt beim Erhängen der Tod relativ schnell und sicher ein. In der Garnisonsstadt Berlin war diese Methode indes von nachgeordneter Bedeutung. Dort wechselte sich das Erschießen mit dem Ertrinken als die zweithäufigste Todesart ab.²⁴³² Die drei registrierten Fälle, in denen Schaumburger sich mit Hilfe einer Schusswaffe suizidierten, ereigneten sich ausnahmslos im Kirchspiel Grove (Rbg). Keiner der Suizidenten war Soldat. Die in den ausgewerteten Kirchenbüchern registrierten Suizidenten aus der Festungs- und Garnisonsstadt Rinteln hingegen nutzten in keinem Fall eine Schusswaffe. Allerdings kamen die zumeist in Rinteln stationierten Soldaten überwiegend aus dem hessischen Stammland und waren Angehörige der reformierten Gemeinde, die ihre eigenen Kirchenbücher führte.²⁴³³ Ein vornehmlich neuzeitliches Phänomen sind Stürze aus größeren Höhen. Ähnlich den Schienensuiziden hielten sie erst im Zuge der verändernden Baustile bzw. –techniken und der Zunahme an mehrstöcki-

²⁴²⁹ Dabei handelte es sich ausnahmslos um Männer. Doch auch in der Gegenwart werden Schusswaffen von den weiblichen Suizidenten abgelehnt; vgl. LIND (1999), S. 325-327; MUMBAUER (2009), S. 23.

²⁴³⁰ Mit der Vergrößerung des Eisenbahnnetzes gewinnt diese Methode an Bedeutung; vgl. auch GARRIGUE MASARYK (1881), S. 123.

²⁴³¹ EBD., S. 125.

²⁴³² BAUMANN (2001), S. 87 u. 111 f.

²⁴³³ Die Todesursachen wurden darin nicht vermerkt.

gen Gebäuden Einzug in das Spektrum der Suizidmethoden. Bis dahin war diese Methode eher unzuverlässig. Oft trat der Tod erst nach längerem Siechtum ein, so dass sie vornehmlich von psychisch erkrankten Menschen, gegebenenfalls im Affekt, begangen worden sind.²⁴³⁴

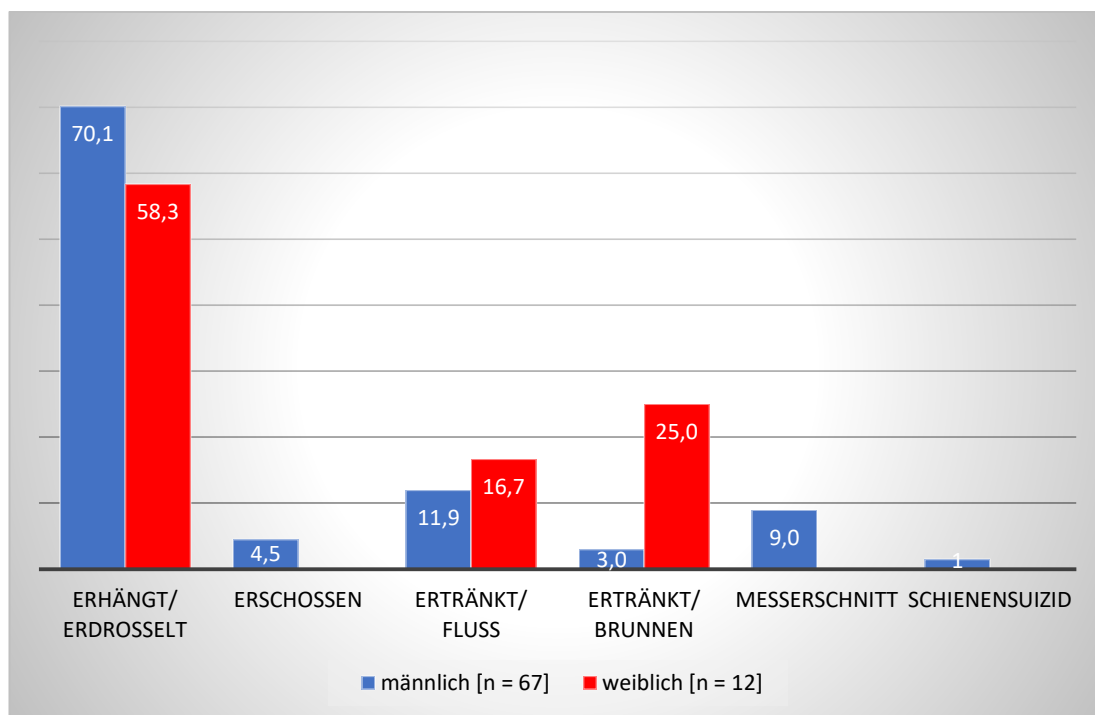


Abb. 157: Suizidale Methoden – prozentuale Anteile nach Geschlechtern (Gft. SHG; 1750–1875)

Der Tod durch Erhängen wurde geschlechtsübergreifend bevorzugt (**Abb. 157**). Daneben bestehen zeitübergreifende geschlechtsspezifische Präferenzen in der Wahl der suizidären Methode. Männer neigen eher dazu, den Tod mit Hilfsmitteln herbeizuführen.²⁴³⁵ Frauen bevorzugten Methoden, bei denen die Physis weitgehend geschont wird. Nicht nur in Schaumburg suchten mehr Frauen als Männer den Tod in einem der größeren Flüsse.²⁴³⁶ Der schauburgische Befund deckt sich darin mit einer allgemeinen und zeitübergreifenden Tendenz. Denn es „besteht generell Einigkeit in der Beobachtung, dass Frauen weniger letale und physisch zerstörende Methoden wählen – was auch zu der erheblich höheren Rate an weiblichen Selbstmordversuchen passt! – als Männer.“²⁴³⁷ Abweichend davon ist der Sturz in einen Brunnen zu bewerten, eine

²⁴³⁴ Vgl. HOFFBAUER (1842), S. 60-63.

²⁴³⁵ Vgl. auch LIND (1999), S. 325-327.

²⁴³⁶ Vgl. GARRIGUE MASARYK (1881), S. 124; VERDIER (1982), S. 149.

²⁴³⁷ LIND (1999), S. 327.

gleichfalls eher von Frauen bevorzugte Todesart. Ebenso wie ein Sturz aus großer Höhe müsste man ihn unter die insbesondere bei ausgeprägten psychischen Störungen bevorzugten „harten“ Methoden subsummieren. Eine 22-jährige Suizidentin aus Hesisch Oldendorf hatte sich *aus Geistesverwirrung* in einen Brunnen gestürzt (1830). Und auch Osiander schildert Suizidenten, die den Tod in einem Brunnen suchten, obwohl sich in der Nähe tiefe Gewässer oder Flüsse befanden, als „an der schwärzesten Melancholie leidende[n], bedaurungswürdigste[n] Menschen.“²⁴³⁸

Ursprünglich wurden Suizide ohne Unterschied verurteilt. Seit dem 16. Jahrhundert beurteilte man die Tat zunehmend milder, wenn man deren Ursache in einer Krankheit zu erkennen glaubte. Allerdings genossen vornehmlich Suizidenten aus angesehenen Familien Rücksichten dieser Art, da deren Angehörige vor Ehrverlust geschützt werden sollten.²⁴³⁹ Maßgeblichen Anteil an dem späteren Einstellungswandel hatte die Aufklärung. So dürfte die Einführung der Straffreiheit des Suizids in Preußen durch Friedrich II. unmittelbar auf den Einfluss Voltaires zurückgehen.²⁴⁴⁰ Wenngleich die Tat an sich weiterhin als verwerflich galt, betrachtete man den Suizidenten und dessen Motiv zunehmend differenzierter. Man bemühte sich, Gründe zu finden, die einen Suizid erklärbar machen, und zwar schichtenübergreifend. Das individuelle soziale Prestige konnte hier hineinspielen,²⁴⁴¹ doch musste sich dieses nicht mehr notwendig aus einem gehobenen gesellschaftlichen Rang ableiten. Der Pastor des Kirchspiels Hohnhorst vermerkte 1830 über einen 66-jährigen Leibzüchter²⁴⁴², der sich auf seinem Hof erhängt hatte: *Es konnte ihm das Zeugniß eines ordentlichen, stillen, arbeitsamen Menschen, eines guten Ehemannes und treuen Vaters nicht abgesprochen werden. – Über die Ursache seines Selbstmordes erschöpft man sich vergebens in Vermuthungen.*

Der weitaus größte Teil der in den schaumburgischen Kirchenbüchern registrierten Suizide enthält keine Informationen über mögliche Ursachen. Gelegentlich erscheinen Zusätze wie *in statu melancholico*, *aus Melancholie* oder *aus Geistesverwirrung*. In

²⁴³⁸ OSIANDER (1815), S. 126.

²⁴³⁹ Vgl. DÜLMEN (1999), S. 85 u. 88 f.

²⁴⁴⁰ Die durch Wilhelm I. verschärfte Gesetzgebung sah bis dahin die posthume Bestrafung selbst im Falle von nachgewiesener Geisteskrankheit vor; vgl. LIND (1999), S. 56 f.

²⁴⁴¹ Vgl. BAUMANN (2001), S. 21 f.

²⁴⁴² Er wohnte auf dem Brinksitzerhof Nr. 9 in einem lediglich 20 Hofstellen umfassenden Dorf und war Angehöriger der landarmen Schicht, die ihren Lebensunterhalt in der Regel überwiegend durch Tagelohn oder Landhandwerk bestreiten musste.

seltenen Fällen wird als suizidauslösend eine seelische Störung im Sinne einer Sekundärerkrankung dargestellt. So zum Beispiel als Folge eines Schlaganfalls oder einer blatternbedingten Gehirnentzündung.²⁴⁴³ In einem Fall wurde ausdrücklich vermerkt, dass sich der 78-jährige Suizident *ohne krank oder schwermüthig gewesen zu seyn* erhängt hatte (Kirchspiel Fischbeck, 1827).

In Schaumburg beträgt das Verhältnis zwischen tatauflösender *Melancholie* zur Gesamtzahl der Suizide zwischen 1750 und 1875 ca. 1 : 5 (19 von 103), wobei die Aussagekraft dieses Wertes zu relativieren ist. So mussten in Kursachsen nach 1779 die Leichen von Suizidenten, denen eine seelische Störung bescheinigt wurde, nicht mehr an die Anatomie ausgeliefert werden. Dennoch stieg das Verhältnis an Melancholikern unter den Anatomieleichen von 1 : 18 auf 1 : 9 (1780–1800), um danach wieder auf 1 : 16 (1801–1917) zu fallen.²⁴⁴⁴ Alles in allem haben psychische Erkrankungen als mutmaßliche Suizidursachen im Laufe des 19. Jahrhunderts deutlich an Bedeutung gewonnen.²⁴⁴⁵ Die Depression, als deren Steigerung die Melancholie angesehen wurde, hielt Einzug in die wissenschaftliche Betrachtung und wurde als Ursache anerkannt.²⁴⁴⁶

Obwohl sich 4-mal so viele Männer wie Frauen in der Grafschaft Schaumburg suizidierten, waren lediglich 12 der 19 Verstorbenen, die an *Melancholie* bzw. einer seelischen Erkrankung gelitten haben sollen, männlichen Geschlechts.²⁴⁴⁷ Außerdem finden sich in den schaumburgischen Sterberegistern die Hinweise auf *Melancholie* vornehmlich bei älteren Menschen (**Abb. 158**). Der Anteil der 50-Jährigen an der Gesamtzahl der Suizidenten beträgt ein Drittel, zwei Drittel von ihnen wurden als Melancholiker registriert. Naheliegend ist die Vermutung, dass diese Personen ihrem sozialen Umfeld aufgrund typischer Symptome aufgefallen sind. Vielleicht litten sie materielle Not. Im Fall eines invaliden Suizidenten beispielsweise wurde vermerkt, dass er *im Kriege ein Bein verlohren hatte und Gnaden Pension Monathl. erhielt* (Kirchspiel

²⁴⁴³ Vgl. auch KÄSTNER (2012), S. 450.

²⁴⁴⁴ Die Gründe, warum auch Leichen von Melancholikern ausgeliefert wurden, sind nicht immer ersichtlich. Einige waren vermutlich straffällig geworden, andere auf Drängen der Angehörigen überstellt worden, um eine Bestattung in der Heimatgemeinde zu vermeiden; vgl. KÄSTNER (2012), S. 320-325.

²⁴⁴⁵ GARRIGUE MASARYK (1881), S. 92, geht von einem Drittel aus (um 1880).

²⁴⁴⁶ Vgl. EBD., S. 94-97.

²⁴⁴⁷ Obwohl die Suizidrate unter Männern höher ist, leiden deutlich mehr Frauen an Depressionen; vgl. BJERKESET et al. (2008).

Grove, 1765). Eine zusätzliche Belastung war Einsamkeit infolge des Fehlens von familiären Bindungen im Wohnort. Das Leichenbuch der Dresdener Anatomie weist einen sehr hohen Anteil an (männlichen) „Auszüglern“ resp. Leibzüchtern auf, die sich suizidiert haben.²⁴⁴⁸ Alles in allem entspricht die Häufung der Suizide in der ältesten Gruppe, die in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung stehen, modernen Befunden.

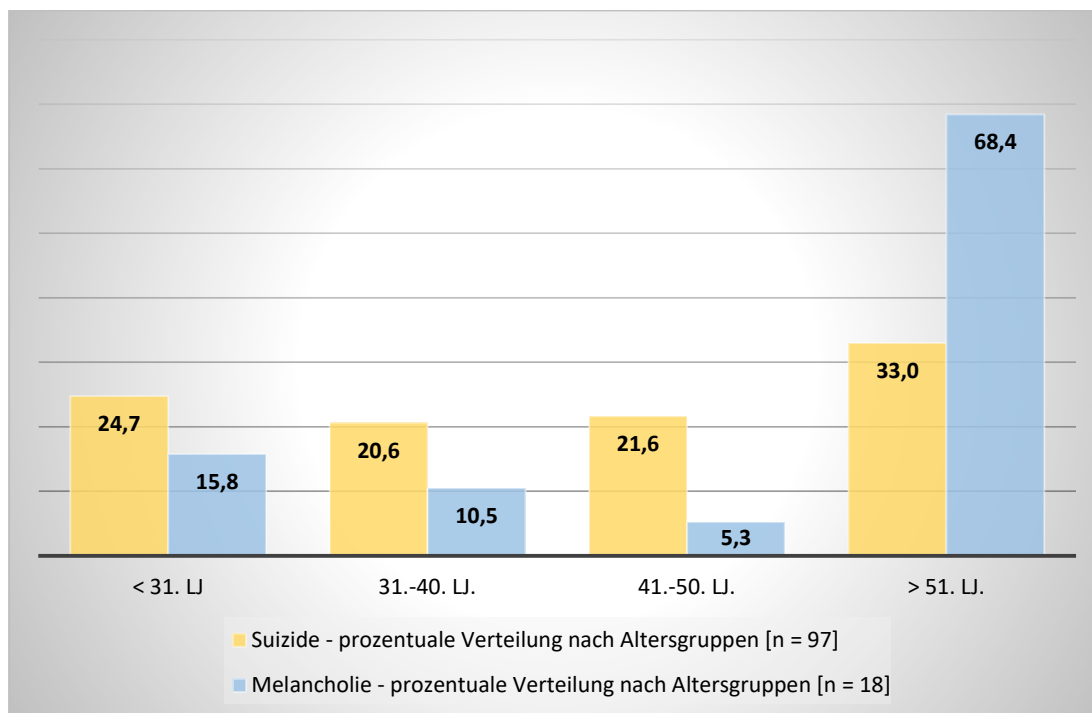


Abb. 158: Suizide und Melancholie – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent

Ein altersübergreifendes Suizidmotiv ist der Ehrverlust: Drei männliche Suizidenten²⁴⁴⁹ waren nachweislich zum Zeitpunkt des Suizids im Gefängnis untergebracht. In einem Fall wurde hervorgehoben, dass der Suizident *zu den Eisen zweyter Classe, (die er schon ehemals ausgestanden hatte, ohne sich zu bessern) abermals condemnirt worden* (Kirchspiel Grove, 1799). Weiteren drei Suiziden waren unmittelbar strafbare Delikte vorangegangen: Ein 35-jähriger Mann *ersäuftte sich eines Diebstahls in der Horster Mühle wegen* (Kirchspiel Großenndorf, 1841), ein 49-jähriger Mann, *nachdem er beim Stehlen eines Pferdes* (Kirchspiel Deckbergen, 1874) entdeckt wurde. Ein weiterer Mann war *wegen Dieberey hier verhaftet gewesen* (Kirchspiel Grove, 1820). In den

²⁴⁴⁸ Vgl. KÄSTNER (2012), S. 353 f.

²⁴⁴⁹ Sie starben im Alter von 23 bzw. 46 Jahren. In einem Fall fehlt die Altersangabe.

letztgenannten Fällen dürfte die Entscheidung zum Suizid spontan gefallen sein. Die Furcht vor der Bestrafung im engeren Sinn war nicht das auslösende Moment;²⁴⁵⁰ Suizide unter Zuchthausinsassen waren im Allgemeinen eher selten.²⁴⁵¹ Weitaus stärker wirkte sich der Ehrverlust infolge der (drohenden) Verurteilung aus, weil dieser zu sozialer Isolation und Perspektivlosigkeit führte.

Unter jüngeren Menschen ist die Neigung zu Spontansuiziden stärker ausgeprägt als unter älteren.²⁴⁵² Ausgewirkt haben dürfte sich dabei ein Mangel an Lebenserfahrung und damit letztlich das Unvermögen, den aus einer als unüberwindlich erachteten Situation resultierenden Stress zu kompensieren. Ein Hauptstressor waren sicherlich die in der beruflichen Ausbildung nicht unüblichen Erniedrigungen. Im Jahre 1825 erhängte sich ein 15-jähriger Junge aus dem schauburgischen Kirchspiel Segelhorst in einem Baum: *Ursache des Selbstmordes ist wahrscheinlich die harte Behandlung seiner Herrschaft in Rehren gewesen, worüber er sehr geklagt, und weshalb er mehrmals außer Dienst weggegangen, aber von seiner Mutter zurückgebracht worden war.* Jugendliche und junge Erwachsene waren überwiegend als Knecht bzw. Magd o. ä. beschäftigt, standen somit in einem Abhängigkeitsverhältnis und lebten außerhalb ihrer Herkunftsfamilie.²⁴⁵³ So wurde beobachtet, dass eine Erhöhung des Diensteintrittsalters eine Verschiebung der Altersgruppen unter den Suizidenten nach sich zog.²⁴⁵⁴

Ebenfalls in die Gruppe der Beziehungskonflikte²⁴⁵⁵ fallen Suizide von Soldaten im aktiven Militärdienst. Schon die Zeitgenossen hatten erkannt, dass die relative Häufigkeit von Soldatensuiziden nicht eine Folge der leichten Verfügbarkeit von Schusswaffen war. Hier war es ebenfalls eine Kombination aus Heimweh, Demütigungen und materieller Not, die den Entschluss zum Suizid begünstigte.²⁴⁵⁶

²⁴⁵⁰ Strafe scheint eher unter Jugendlichen Suizide gefördert zu haben; vgl. HOFFBAUER (1842), S. 63 f.; KÄSTNER (2012), S. 364 f.

²⁴⁵¹ Vgl. LIND (1999), S. 263 f.

²⁴⁵² Vgl. KÄSTNER (2012), S. 327 f., der einen Fall schildert, in dem eine 17-Jährige sich kurz nach der Teilnahme an einem Tanzvergnügen erhängte. Weil sie sich „sehr wild aufgeführt und sehr mit denen manns personen eingelassen“ haben soll, hatte ihr ihre Mutter Vorhaltungen gemacht.

²⁴⁵³ Vgl. LIND (1999), S. 214 f.

²⁴⁵⁴ Vgl. EBD., S. 216 f.

²⁴⁵⁵ Vgl. EBD., S. 243-252.

²⁴⁵⁶ Vgl. GARRIGUE MASARYK (1881), S. 54 f.

Ein weiteres Suizidmotiv ist die illegitime Schwangerschaft. Da sich keine Hinweise in den schauburgischen Kirchenbüchern finden, ist davon auszugehen, dass dieser Umstand weitgehend geheimgehalten wurde. Obwohl sich die allgemeine Einstellung gegenüber der Illegitimität im Laufe des 19. Jahrhunderts änderte, hatten die unverheirateten Mütter neben materieller Not den Verlust ihres sozialen Status und damit eine Einschränkung ihrer [Heirats]perspektiven zu befürchten. Der Ansehensverlust, den ein Mann im Falle einer illegitimen Zeugung zu erwarten hatte, war gering.²⁴⁵⁷ An das sittliche Verhalten von Frauen wurde von Seiten des sozialen Umfelds ein deutlich strengerer Maßstab angelegt. Männer wurden stattdessen mit finanziellen Forderungen konfrontiert, denen sie sich bisweilen durch Abwanderung entzogen.

Der Ehrverlust kommt unabhängig vom Geschlecht in der Vergangenheit als ein starkes Suizidmotiv zum Tragen.²⁴⁵⁸ Der erhöhte Anteil an Frauen im gebärfähigen Alter in Schaumburg indiziert illegitime Schwangerschaften. In größerem Maße dürfte der Aspekt der verlorenen Ehre die männlichen Suizidenten in ihrer Entscheidung beeinflussen haben. Die Annahme, wonach sich deren höhere Suizidrate durch einen erleichterten Zugang zu Schusswaffen erklärt, trifft nicht zu.²⁴⁵⁹ Die Zuweisung zu bestimmten Geschlechterrollen, die die „kräftige physische Beschaffenheit und Energie des Mannes gegen die natürliche Schwäche und Zartheit des Weibes“²⁴⁶⁰ stellt, kommt hier zum Ausdruck. Tatsächlich war und ist der Anteil an Suiziden, in denen der Tod durch eine Pistole oder ein Gewehr herbeigeführt worden ist, verschwindend gering.

Unvollendete Suizide sind oftmals keine missglückten Versuche.²⁴⁶¹ Wurden sie ohne echte Tötungsabsicht unternommen, sind sie als Hilferuf zu werten. Der Anteil des weiblichen Geschlechts liegt aus zweierlei Gründen signifikant über dem männlichen: Zum einen aufgrund ihrer Rollenzuweisung als „schwaches“ Geschlecht, zum andern aufgrund der Tatsache, dass Frauen in ihrem Sozialverhalten deutlich kommunikativer sind als Männer. Die Vorteile beim Aufbau und Erhalt eines Unterstützungssystems

²⁴⁵⁷ Der gelegentlich in Kirchenbüchern erscheinende Zusatz *scortator* (Schürzenjäger) deutet an, dass die betreffenden Männer durchaus mit ihrem schlechten Ruf leben konnten.

²⁴⁵⁸ Für die höheren gesellschaftlichen Schichten gilt dies im Besonderen; vgl. KÜHNEL (2013).

²⁴⁵⁹ Die populäre Vorstellung, dass häufig zur Pistole gegriffen wurde, geht auf Berichte über Suizide hochgestellter bzw. bekannter Persönlichkeiten (z. B. Heinrich von Kleist) zurück, die mit der Wahl dieser Todesart dem Ehrenkodex des Adels folgten; vgl. LIND (1999), S. 318.

²⁴⁶⁰ HOFFBAUER (1842), S. 89.

²⁴⁶¹ Vgl. KIESEL (2003), S. 60.

wirken sich suizidmindernd aus. Männern fällt es grundsätzlich schwerer, Schwäche einzugestehen, was sie einem zusätzlichen Stressor aussetzt.²⁴⁶² „Die männliche Rolle ist charakterisiert durch Streben nach Macht und Dominanz, Aggressivität, Mut, Unabhängigkeit, Effektivität, Rationalität, Wettbewerb, Erfolg, Aktivität, Kontrolle und Unverwundbarkeit. Um Hilfe wird nicht gesucht (...) und der Suizid als Stressreaktion dient als letzte Möglichkeit der Selbstkontrolle, um eine Situation endgültig zu verändern.“²⁴⁶³ Im jugendlichen Alter äußert sich das männliche Rollenverständnis durch die Neigung zu aggressivem bis delinquentem Verhalten. Nach der Gründung einer Familie werden diese Tendenzen in der Regel durch ein erhöhtes Verantwortungsgefühl verdrängt. Der in der Frühen Neuzeit gebräuchliche Begriff des „Hausvaters“ macht klar, welche Erwartung von Seiten der Gesellschaft an den Mann gestellt wurde. Die auf ihm lastende Verantwortung dürfte im Falle einer Krise – man denke an den „Bankrotteur“ des gehobenen Bürgertums – einen nicht geringen Anteil am Zusammenbruch von Abwehrmechanismen gehabt haben. Eine verhängnisvolle Dynamik entwickelte sich aus dieser Rollenzuweisung, wenn Männer als Straftäter auffällig geworden sind. Neben den Makel der verlorenen Ehre kam das Problem, dass sie fortan von ihrer Umwelt als Bedrohung wahrgenommen wurden. Auch in den Gefängnissen der Gegenwart sind es „fast ausschließlich“ Männer, die Suizid begehen.²⁴⁶⁴

Ein weiteres Motiv, das zum erhöhten Anteil männlicher Suizidenten beigetragen haben dürfte, ist Homosexualität.²⁴⁶⁵ Da dieses Thema in der Vergangenheit weitgehend tabuiert wurde, ist es in den Quellen kaum präsent.²⁴⁶⁶ Im Zentrum der seit dem Hochmittelalter verschärften Verfolgung der gemeinhin als Sodomie²⁴⁶⁷ bezeichneten Homosexualität standen seit der römisch-christlichen Kaiserzeit²⁴⁶⁸ die Männer.²⁴⁶⁹ Inso-

²⁴⁶² Vgl. auch FAUST (A), S. 31 f.

²⁴⁶³ BRONISCH (2007), S. 35. Zur Geschlechtscharakteristik siehe auch OEHLER (2001), S. 24.

²⁴⁶⁴ Vgl. FAUST (A), S. 26.

²⁴⁶⁵ Dieses Motiv kommt in der Gegenwart vor allem bei Suiziden jugendlicher Personen weiterhin zum Tragen; vgl. WUNDERLICH (2004), S. 44 f.

²⁴⁶⁶ Vgl. ROECK (1993), S. 121 f.

²⁴⁶⁷ Der Begriff Sodomie ist abzugrenzen von der „bestialischen Sodomie“ bzw. Zoophilie und bezeichnete in erster Linie die männliche Homosexualität; vgl. CARRASCO (1997), S. 48 f.

²⁴⁶⁸ Vgl. SPREITZER (1988), S. 17; HERGEMÖLLER (2000), S. 36 f. Wenngleich in der vorchristlichen Zeit immer wieder Vorbehalte gegenüber homosexuellen Handlungen geäußert wurden, waren Homosexuelle voll in die römische Gesellschaft integriert; vgl. allg. BOSWELL (1980), S. 61-87.

²⁴⁶⁹ Vgl. SPREITZER (1988), passim.

fern ist davon auszugehen, dass unter ihnen das Bewusstsein der individuellen Normabweichung weitaus stärker ausgeprägt war. Leidensdruck und Suizidbereitschaft homosexueller Männer waren somit erhöht.²⁴⁷⁰

Gelegentliche Hinweise in den schauburgischen Kirchenbüchern deuten darauf hin, dass die Mehrzahl der Suizide in der Nacht oder den frühen Morgenstunden verübt worden sind.²⁴⁷¹ Die Menschen in der Vergangenheit unterlagen im Allgemeinen einer umfassenden sozialen Kontrolle. Verhaltensauffälligkeiten wie beständige Traurigkeit oder Äußerungen von Lebensüberdruß wurden durchaus vom sozialen Umfeld registriert.²⁴⁷² Sofern es sich nicht um Spontanataten handelte, scheint die Wahl der Tageszeit bewusst getroffen worden zu sein. Um die Tat erfolgreich ausführen zu können, musste eine Tageszeit gewählt werden, in der das Risiko einer Entdeckung gering war. Nicht zuletzt war die Heimlichkeit dem Umstand geschuldet, dass der Suizid in hohem Maße schambehaftet war, wurde er doch lange Zeit als gottlose Tat und folglich als ein Verbrechen desavouiert. Die Kriminalisierung des Suizids lebte im gesellschaftlichen Bewusstsein noch fort, als der Umgang mit den Leichen von Suizidenten längst nicht mehr als entehrend galt.

Bei der Bewertung eines Suizids galten ursprünglich nur moralische und strafrechtliche Aspekte als relevant. Die Kompetenzen fielen somit in den Zuständigkeitsbereich der Theologie, gegebenenfalls unter Hinzuziehung der weltlichen Behörden. Die Medizin hatte lediglich zu überprüfen, ob tatsächlich ein Suizid vorlag.²⁴⁷³ Eine Klärung war aufgrund der Konsequenzen, die sich in Hinblick auf die Bestattung des Suizidenten sowie das Ansehen seiner Angehörigen ergaben, notwendig. Darüber hinaus kam, wenn der Tod durch einen Pistolenschuss oder Messerstiche bewirkt worden war, nicht nur ein Unfall, sondern auch Mord in Frage.²⁴⁷⁴ Bereits in der Frühen Neuzeit gewann die Auffassung Raum, dass der Entschluss zur Tat zumindest bei einem Teil der Suizidenten durch eine geistige Störung hervorgerufen wird. Die Erweiterung medizinischer Fragestellungen im Zuge der Aufklärung führte schließlich zu einer veränderten

²⁴⁷⁰ In der Gegenwart geht man bei jungen Männer von einem zwei- bis dreifach erhöhten Suizidrisiko aus; vgl. FAUST (A), S. 31.

²⁴⁷¹ Vgl. auch LIND (1999), S. 320 f.

²⁴⁷² Vgl. EBD., S. 297-299.

²⁴⁷³ Vgl. EBD., S. 74 f.

²⁴⁷⁴ Vgl. DÜLMEN (1999), S. 86; vgl. auch allg. BAUMANN (2001), S. 90-96.

Betrachtung des Suizids und seiner Motivik.²⁴⁷⁵ Die Bewertung in einem moraltheologischen Sinne wurde maßgeblich durchbrochen, als sich die Betreuung gefährdeter Menschen im Rahmen medizinischer Institutionen etabliert hatte.²⁴⁷⁶ Überdies trug die Medizin zur Entkriminalisierung bei, indem sie motivisch nicht nachvollziehbare Suizide auf pathologische Veränderungen zurückführte.²⁴⁷⁷ Litt der Suizident also unter einem Ungleichgewicht seiner Körpersäfte, war die Tat *in statu melancholico* oder *aus Geistesverwirrung* begangen worden und von ihm moralisch nicht zu verantworten. *Melancholie* machte „unzurechnungsfähig“ im wörtlichen Sinne. Eine moderne Diagnose würde auf (Alters-)Depression lauten. Die dieses Krankheitsbild potentiell begründenden oder begünstigenden biochemischen Ursachen werden in der modernen Medizin nicht mehr auf ein Ungleichgewicht der Körpersäfte, sondern u. a. auf einen Mangel an Neurotransmittern oder eine Störung des Hormonhaushalts zurückgeführt.

Die psychologische Dimension eines Suizids stand im Mittelpunkt, wenn ein Suizident im Gefängnis saß oder unmittelbar zuvor²⁴⁷⁸ wegen eines strafbaren Delikts verhaftet worden war. Auch im Falle illegitimer Schwangerschaften kam das Motiv des Ehrverlusts und der damit verbundenen Perspektivlosigkeit zum Tragen. Hinweise in den Kirchenbüchern, dass Suizidenten in fortgeschrittenem Alter auf Unterstützung angewiesen waren oder im Armenhaus lebten, erklären die Tat als Reaktion auf den Verlust des sozialen Status.²⁴⁷⁹ Spontansuizide scheinen eher von jüngeren Menschen begangen worden zu sein, die sich in einer als unerträglich empfundenen Lebenssituation befunden haben. Auslösend können beispielsweise Konfrontationen mit Lehrherren in Verbindung mit Heimweh und Einsamkeitsgefühlen aufgrund einer Trennung vom gewohnten sozialen Umfeld gewesen sein. Dasselbe gilt für die Berliner Garnisonssoldaten, die unter der schlechten Behandlung durch ihre Vorgesetzten litten.²⁴⁸⁰ Die äußeren Umstände, die die Tat begünstigten, blieben nicht unbeachtet. Doch unabhängig

²⁴⁷⁵ Vgl. LIND (1999), S. 75-77.

²⁴⁷⁶ Vgl. auch KÄSTNER (2012), S. 562-564.

²⁴⁷⁷ Vgl. BAUMANN (2001), S. 180-185; BOBACH (2004), S. 12 f. Dieser Ansatz findet seine Fortsetzung in der modernen Medizin, die im depressiven Syndrom die Folge einer Stoffwechselstörung sieht; vgl. POHLMEIER (1995), S. 124-133.

²⁴⁷⁸ Auch in der Gegenwart ist das Suizidrisiko unter Häftlingen gerade in der Untersuchungshaft erhöht; vgl. FAUST (A), S. 13.

²⁴⁷⁹ Berufliche Inaktivität und/oder eine negative Zukunftsperspektive treibt die Suizidwahrscheinlichkeit generell in die Höhe; vgl. KIESEL (2003), S. 29 f.

²⁴⁸⁰ Vgl. BAUMANN (2001), S. 112.

vom Motiv fand der medizinische Standpunkt bei der Bewertung und letztlich Verurteilung jahrhundertlang keine Berücksichtigung. Erst im Übergang zur Neuzeit rückte die Frage nach den Gründen für die Tat in den Vordergrund.

Über die quantitative Entwicklung der Suizidraten in der Grafschaft Schaumburg lässt sich wenig Konkretes sagen. Immerhin hat die Analyse ergeben, dass sich im Laufe des 19. Jahrhunderts mehr Menschen das Leben nahmen. Zeitlich überschneidet sich diese Entwicklung mit der einsetzenden Industrialisierung im mitteleuropäischen Raum. Da eine Urbanisierung in Schaumburg nicht erfolgt ist, kann soziale Isolation die Zahlen kaum beeinflusst haben. Der Anstieg der Suizidrate ist vielmehr Ausdruck des Wandels der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber dem Suizid, der bereits so tiefgreifend war, dass er sich selbst in der Bevölkerung eines ländlich geprägten Territoriums bemerkbar machte.

3.8 Die Krankheiten des Alters

Die gesellschaftliche Einstellung gegenüber dem Alter hat sich im Übergang zur Neuzeit maßgeblich verändert. Borscheid (1994) fasst die Entwicklung wie folgt zusammen:

„Der frühen Neuzeit erschien der alte Mensch als Bürde und Jammergestalt. Erst der Prozeß der Versittlichung und Sozialdisziplinierung steigerte seit dem späten 17. Jahrhundert die Achtung vor den alten Mitmenschen. Er gipfelte in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in einer Inthronisation des Alters. Die tiefgreifenden ökonomischen und sozialen Veränderungen seit der Wende zum 19. Jahrhundert führten zunächst nicht zu einer gesellschaftlichen Abwertung der Alten. Diese wurden jedoch in eine Idylle abgeschoben, in der sie zwar Achtung genossen, aber nicht mehr als Autoritäten wirken konnten. Erst seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert wurde Jugend zum neuen Programm.“ (S. 35)

Der beschriebene Wandel setzte in der Phase nach dem Dreißigjährigen Krieg ein und deckt sich zeitlich mit dem Prozess der Medikalisierung. Die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen Krankheit und Alter wurde von Beginn an thematisiert. Da man sowohl das Alter als auch die Alten immer weniger als Last empfand, rückte die Suche nach dem Erhalt der Gesundheit und Möglichkeiten einer Verlängerung der Lebensdauer in den Vordergrund.²⁴⁸¹ Eine zentrale Rolle hatte zunächst das auf antiken Vorstellungen fußende „Marasmus-Konzept“, das im Alter eine durch zu große Hitze hervorgerufene Krankheit sah.²⁴⁸² In Todesursachen wie *Darrsucht*, *Auszehrung* oder *zehrendes Fieber* aus den schauburgischen Sterberegistern finden diese Vorstellungen einen Nachhall.²⁴⁸³ Im ausgehenden 18. Jahrhundert löste man sich von diesem Konzept und forschte nach weiteren Ursachen für die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen des Alters.²⁴⁸⁴ Das Bild vom Alter als einer Phase des physischen

²⁴⁸¹ Vgl. BORSCHIED (1994), S. 41.

²⁴⁸² Vgl. SCHÄFER (2008), S. 56-60.

²⁴⁸³ Hierzu auch KONDRATOWITZ (2008), S. 73 f.

²⁴⁸⁴ Vgl. BORSCHIED (1994), S. 48 f.

Verfalls im Sinne einer progredienten Schwächung blieb freilich präsent. Die Konjunktur, die der Begriff Altersschwäche²⁴⁸⁵ erlebte, lässt sich auch an den Sterberegistern der Grafschaft Schaumburg nachvollziehen. Im 19. Jahrhundert war *Altersschwäche* eine der meistverzeichneten Todesursachen.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Todesursachen, die bevorzugt bei Verstorbenen registriert wurden, die ein gehobenes Lebensalter erreicht hatten. In Betracht kommt eine Vielzahl an internistischen Leiden, die Todesursache enthält in der Regel aber nur eine Information über ein mehr oder weniger aussagekräftiges Symptom. Wurde beispielsweise *Wassersucht* vermerkt, ist davon auszugehen, dass die verstorbene Person an Ödemen litt. Da diese Ödeme zu Lebzeiten Beschwerden hervorgerufen haben dürften, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie das Symptom einer Krankheit sind, die letztlich zum Tod der betreffenden Person führte. Andere Todesursachen sind konkreter und benennen einen körperlichen Bereich oder einzelne Organe, gelegentlich mit weiterführenden Hinweisen. Obwohl der medizinische Kenntnisstand reduziert und die therapeutischen Möglichkeiten bis in die Neuzeit hinein beschränkt waren, war man in der Lage, pathologische Veränderungen zu erkennen und innerhalb eines begrenzten Rahmens zu bestimmen. Der Mangel an zuverlässigen diagnostischen Hilfsmitteln hätte sich nach dem Tod durch das Verfahren der medizinischen Sektion vielleicht annähernd kompensieren lassen. Allein aufgrund der personellen Kapazitäten blieb sie die Ausnahme. Ohnehin bestand außerhalb medizinischer Fachkreise wenig Interesse daran. Im Allgemeinen war die wirkliche Ursache für den Tod eines Menschen von untergeordneter Bedeutung. Man lebte in einer Gesellschaft, in der der Tod bereits in der frühesten Lebensphase massenhaft zuschlug. Akzeptanzprobleme, wie wir sie von Johann Wolfgang von Goethe kennen, der selbst der Bestattung seiner Ehefrau fernblieb, waren die Ausnahme.

Medizinisch stand man sowohl akuten als auch chronischen Erkrankungen weitgehend hilflos gegenüber. Der Tod war stets präsent, die Frage nach der Ursache eher müßig. Dies galt um so mehr für Personen im fortgeschrittenen Lebensalter. Körperliche Hilflosigkeit wird nach wie vor als Ablauf der Lebensuhr gedeutet, in moderner Zeit hat sich lediglich die Altersgrenze verschoben. Eine Todesursache wie *Altersschwäche*

²⁴⁸⁵ Zu Begriffsgeschichte und Diskurs vgl. KONDRATOWITZ (2008), S. 72-76 f.

war vor diesem Hintergrund vollkommen plausibel, der Einzug exakterer Diagnosen in die Kirchenbücher erfolgte erst allmählich zum Ende des Untersuchungszeitraums hin. Für eine halbwegs sichere Zuordnung liegen in den allermeisten Fällen keine Informationen vor. Doch über eine Analyse der Daten lassen sich Tendenzen herausarbeiten und damit Rückschlüsse sowohl auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung als auch die diagnostischen Möglichkeiten der zeitgenössischen Medizin ziehen.

Im Folgenden werden Todesursachen untersucht, die zumeist bei Verstorbenen im gehobenen Lebensalter verzeichnet worden sind.²⁴⁸⁶ Um sinnvolle Vergleiche zu ermöglichen, werden die Todesursachen zu kleinen Gruppen zusammengefasst. Gemeinsames Merkmal sind Symptomatik und/oder Lokalisation der mitgeteilten pathologischen Veränderung. Die erste Gruppe bilden die Todesursachen *Altersschwäche*, *Schwäche* (ohne expliziten Altersbezug), *Entkräftung* und *Auszehrung*. Die zweite Gruppe beinhaltet Todesursachen, die kardiale oder arteriosklerotische Störungen indizieren, also Komposita mit *Herz* sowie *Schlagfluss*, *Wassersucht* und *Geschwulst*. Für die Krebserkrankungen, einer weiteren Gruppe, ist mangels moderner Hilfsmittel wie bildgebender Verfahren von einer erheblichen Unterregistrierung auszugehen. Ergänzend wurden Todesursachen herangezogen, die auf Magen und Leber sowie Galle verweisen; da Todesursachen *Magen-* und *Leberkrebs* erst zum Ende des Untersuchungszeitraums erscheinen, müssen die entsprechenden Fälle zuvor unter einer anderen Bezeichnung registriert worden sein. Die letzten beiden Gruppen bilden Todesursachen mit Bezug zu einer ernsthaften Erkrankung im Bereich des Unterleibs sowie die Geschwürsleiden.

[Alters]schwäche, Entkräftung, Auszehrung

Die lippische Consistorialverordnung von 1789 führt am Schluss der Aufstellung den Tod „Altershalber“ auf: „Hieher gehören alle sehr alte Leute, die ohne eine augenscheinliche Krankheit bloß daran sterben, daß mit dem Alter die Kräfte abgenommen, die Theile des Körpers hart und unbiegsam geworden, wodurch endlich die Ernährung und auch die Ausleerungen des Körpers gehindert werden, und die Personen nach und

²⁴⁸⁶ Zeitgenössische Literatur wurde für dieses Kapitel nur bedingt herangezogen und die einzelnen Todesursachen eher oberflächlich vorgestellt. Eine ausführliche Behandlung der einzelnen Todesursachen, die zum Teil zu Gruppen zusammengefasst wurden, würde jedoch den Rahmen sprengen, während der Erkenntniswert nicht gesteigert würde.

nach, ohne deutliche Zufälle irgend einer andern Krankheit hinsterven.“ In der zeitgenössischen Sicht war das fortgeschrittene Alter weniger mit einer Häufung und Chronifizierung von Krankheiten verknüpft als vielmehr mit dem Schwinden der Kräfte und einem zunehmenden Verlust der Körperfunktionen. Dieser Prozess endet in der Regel mit Bettlägerigkeit, so dass das fortgeschrittene Lebensalter mit dem Zustand der „Schwäche“ assoziiert wird.

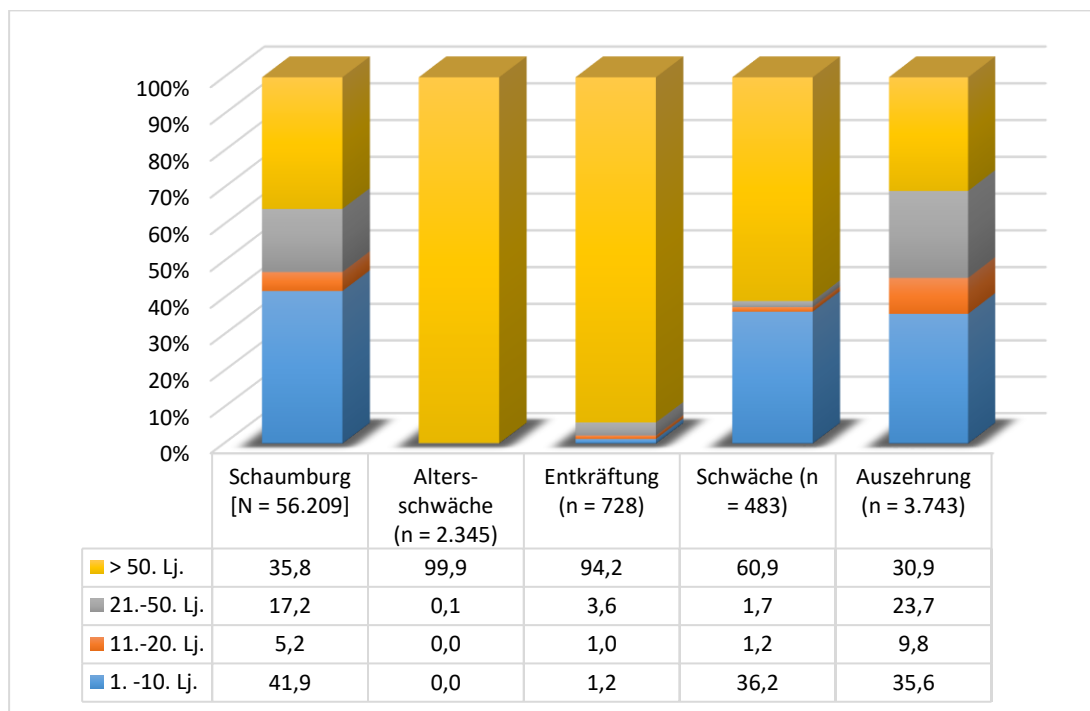


Abb. 159: „[Alters]schwäche“ und altersspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

Schwäche wurde als Todesursache auch in den schaumburgischen Sterberegistern verzeichnet. Ähnliche Todesursachen sind *Altersschwäche*, *Entkräftung* sowie *Auszehrung*. *Altersschwäche* erscheint bereits mit Einführung der Kirchenbücher in Grove (Rbg) in den 1660er Jahren und wurde dann in allen Kirchspielen bis zum Ende des Untersuchungszeitraums registriert. Meistens steht der Begriff *Alter* allein, gelegentlich erweitert wie beispielsweise *das Alter war ihre Krankheit*. Einige Male wurde vermerkt, dass dem Tod eine Phase der Bettlägerigkeit voranging, wobei die zeitliche Dauer zwischen wenigen Tagen bis zu 3 Jahren schwankt. In rund 7 % der Eintragungen wurde *Altersschwäche* noch um mindestens eine weitere Todesursache ergänzt. Am häufigsten sind neben *Auszehrung* und *Schlagfluß* Todesursachen aus dem Spektrum der respiratorischen Krankheiten (u. a. *Brustkrankheit*, *Dumpf*, *Engbrüstigkeit*,

Lungenlähmung). Der prozentuale Anteil der verstorbenen Frauen mit der Todesursache *Altersschwäche* beträgt 57,0 % (75,4 : 100; n = 2.345) und liegt damit deutlich über dem der Männer. 99,9 % der Verstorbenen gehören der Gruppe der über 49-Jährigen an (**Abb. 159**). Schlüsselst man diese Gruppe nach dem Sterbealter weiter auf, ergibt sich, dass 83,7 % mindestens das 70. Lebensjahr vollendet hatten, also nach damaligem Verständnis hochbetagt waren. Der Verlauf der saisonalen Sterblichkeit bei *Altersschwäche* entspricht in seiner Tendenz dem der Gesamtsterblichkeit in Schaumburg (**Abb. 160**), doch steigt die Kurve in den Wintermonaten spürbar an, während sie in den warmen Monaten durchgehend etwas darunter liegt.

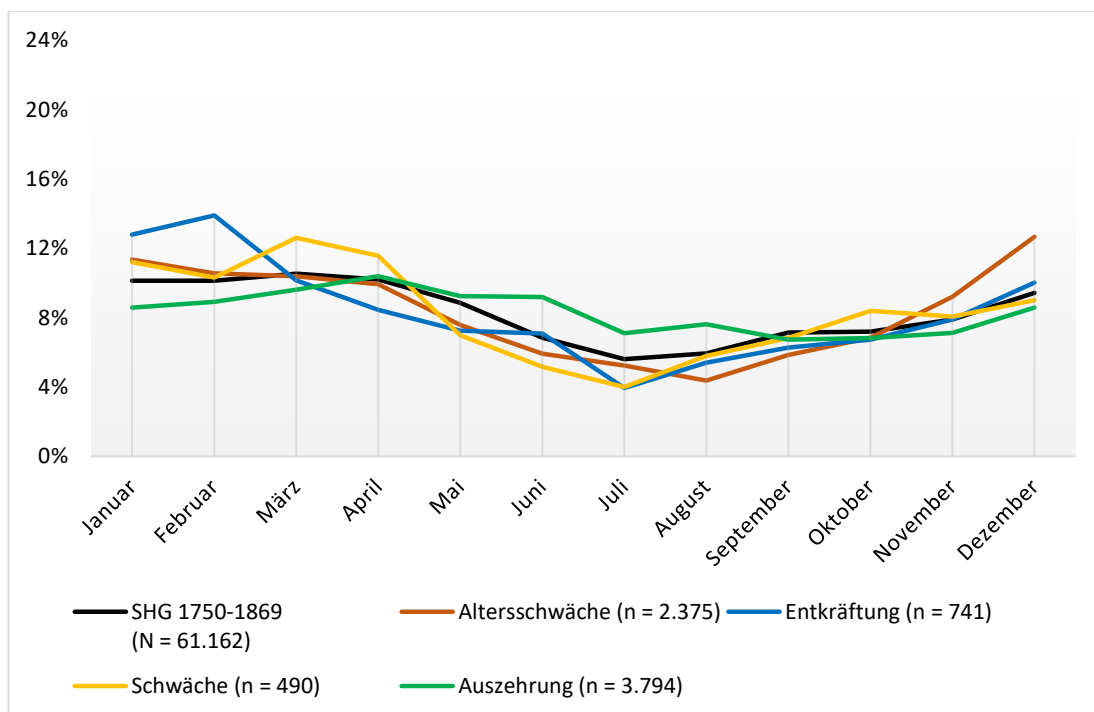


Abb. 160: „[Alters]schwäche“ und saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)

Die Todesursache *Entkräftung* ist erstmals 1766 belegt. Seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert erscheint sie vermehrt, ab den 1850er Jahren nimmt die Zahl der Belege rasch ab. Angaben zur zeitlichen Dauer des Siechtums sind äußerst selten, tendenziell wurden eher lange Zeiträume mitgeteilt. In einem Fall wurde berichtet, dass das *Krankenlager* 23 Jahre andauerte. Kombinationen mit mindestens einer weiteren Todesursache wie beispielsweise *Auszehrung*, *Geschwulst* oder einer respiratorischen Erkrankung betreffen rund 10 % der Fälle. Der Anteil an verstorbenen Frauen ist mit 53,3 % (87,6 : 100; n = 728) erhöht. *Entkräftung* wurde vorwiegend bei älteren Menschen verzeichnet (**Abb. 159**). 24,7 % aus dieser Gruppe starb im 7. Lebensjahrzehnt, 64,1

% waren 70 Jahre und älter. Die saisonale Sterblichkeit ist ebenso wie *Altersschwäche* in der kalten Jahreszeit ziemlich hoch, der Mortalitätsgipfel wird allerdings erst im Februar erreicht (**Abb. 160**). Der Begriff Entkräftung impliziert einen langandauernden Verlauf. Die Winterzeit wird ihrerseits als kräftezehrend empfunden, was dazu beigetragen haben kann, dass man *Entkräftung* in dieser Phase vermehrt verzeichnete. Daneben wurden in einigen der schauburgischen Kirchspiele während mehrjähriger Phasen entweder *Entkräftung* oder *Altersschwäche* registriert, was für eine synonyme Verwendung spricht.

Die Todesursache *Schwäche* erscheint ebenso wie *Entkräftung* erstmals in den 1760er Jahren und wird in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts seltener. Rund 15 % aller Eintragungen stehen in Kombination mit in der Regel einer weiteren Todesursache wie *Krämpfe*, *Auszehrung* oder einer der respiratorischen Infektionskrankheiten. Mit 52,6 % (90 : 100; n = 477) überwiegt auch bei *Schwäche* der prozentuale Anteil der verstorbenen Frauen. Eine Abweichung ergibt die Analyse der altersspezifischen Sterblichkeit (**Abb. 159**): Lediglich 60,9 % der Verstorbenen hatten zum Zeitpunkt des Todes das 50. Lebensjahr vollendet. Sehr hoch ist der Anteil der jüngsten Altersgruppe mit 36,2 %. Zumeist wurde die Todesursache bei Kindern vermerkt, die den ersten Geburtstag nicht erreichten (31,5 %). Von diesen überlebte rund die Hälfte die Geburt höchstens um ein paar Stunden. Die andere Hälfte verstarb zu einem großen Teil innerhalb der ersten beiden Wochen nach der Geburt. Ergänzenden Hinweisen wie *kam als schwaches Zwillingsskind schwach zur Welt* oder *Schwäche wegen zu früher Geburt* ist zu entnehmen, dass es sich nicht selten um Mehrlings- und/oder Frühgeburten handelte. Kombiniert sind die Eintragungen im Falle der Kinder oft mit *Krämpfe* bzw. in Erweiterung als *Kinderschwäche* oder *Lebensschwäche*.

Schwäche stellt sich damit als eine Todesursache dar, die sowohl für einen körperlichen Verfall als auch eine unzureichende körperliche Reifung stehen kann. Dennoch weicht die saisonale Sterblichkeit nicht wesentlich von der für *Altersschwäche* und *Entkräftung* ermittelten ab. Die Werte sind in der warmen Jahreszeit also niedrig, in der kalten hoch (**Abb. 160**). Der hohe Anteil an unmittelbar nach der Geburt verstorbenen Säuglingen mit der Todesursache *Schwäche* hat den Kurvenverlauf beeinflusst. Der leichte Mortalitätsanstieg im Herbst korrespondiert mit dem Zuwachs an Geburten

in dieser Jahreszeit (siehe Kap. 2.3.4a). Die hohe Sterblichkeit im Übergang vom Winter zum Frühling wird im Fall der Todesursache *Schwäche* etwas übertroffen, die Werte in März und April liegen jeweils über der Gesamtsterblichkeit in Schaumburg.

Auszehrung, eine der häufigsten Todesursachen in den schaumburgischen Sterberegistern, impliziert ebenso wie *Entkräftung* einen allmählichen Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit. Im 17. Jahrhundert war dieser Begriff vermutlich nicht gebräuchlich, zumindest fehlt vor den 1750er Jahren die Todesursache *Auszehrung* im Kirchspiel Grove (Rbg) gänzlich. Mit zunehmender Registrierung von Todesursachen in den schaumburgischen Kirchspielen steigt die Zahl an Belegen an.²⁴⁸⁷ Am Ende des Untersuchungszeitraums ist *Auszehrung* als Todesursache zwar immer noch präsent, aber weniger zahlreich. Damit unterscheidet sie sich von der Todesursache *Altersschwäche*, die im 19. Jahrhundert quantitativ steigt.²⁴⁸⁸ Wurden exakte Angaben zur Krankheitsdauer gemacht, handelte es sich überwiegend um Zeiträume von mehreren Monaten bis zu 2 oder 3 Jahren. Daneben gibt es bisweilen Hinweise auf ein *lang[wierig]es Krankenlager* o. ä. In rund 7 % aller Eintragungen wird *Auszehrung* um zumeist eine weitere Todesursache ergänzt. Das Spektrum dieser weiteren Todesursachen ist mit *Geschwulst*, *Krämpfe* sowie *Altersschwäche*, *Schwäche* oder *Entkräftung* recht breitgefächert. Respiratorische Erkrankungen sind im Verhältnis zu ihrer großen Verbreitung in diesem Zusammenhang eher unterrepräsentiert.

Die Verteilung der Geschlechtersterblichkeit ist bei *Auszehrung* mit 49,4 % Männern und 50,6 % Frauen relativ ausgeglichen (97,6 : 100; n = 3.743). Die Analyse der altersspezifischen Mortalität ergibt eine hohe Übereinstimmung mit der durchschnittlichen Gesamtsterblichkeit in Schaumburg (**Abb. 159**). Die älteste Altersgruppe ist nicht überrepräsentiert wie im Fall der Todesursachen *Altersschwäche*, *Schwäche* und *Entkräftung*. Stattdessen sind die anderen Altersgruppen stark vertreten. Der Anteil der Kinder, die in ihrem 1. Lebensjahr starben, beträgt 4,7 % und ist im Vergleich zur Todesursache *Schwäche* unerheblich. Der Anteil an verstorbenen Kleinkindern (2.–6. Lebensjahr) ist mit 23,3 % auffallend hoch. Im 7.–13. Lebensjahr starben 11,5 % aller Personen in Schaumburg, bei denen die Todesursache *Auszehrung* vermerkt wurde. Auch bei der saisonalen Sterblichkeit weicht *Auszehrung* deutlich von den anderen

²⁴⁸⁷ Berücksichtigt wurden hier auch Umschreibungen wie *an einer zehrenden Krankheit* o. ä.

²⁴⁸⁸ Vgl. auch KONDRATOWITZ (2000), S. 234.

drei vorgenannten Todesursachen ab (**Abb. 160**): In der kalten Jahreszeit liegen die Werte durchgehend unter dem schauburgischen Gesamtschnitt, im Hochsommer darüber. Damit lässt sich die Todesursache *Auszehrung* nicht pauschal unter dem Oberbegriff Alterserscheinungen subsummieren. Anzunehmen ist vielmehr, dass der Todesursache *Auszehrung* eine oder mehrere konkret zu benennende Krankheiten zugrunde liegen.

Auszehrung verweist auf eine symptomatische Abmagerung als Folge des Verlusts an Körperfett und ist bis weit in das 20. Jahrhundert hinein ein üblicher Begriff in der medizinischen Literatur. Ein Beispiel für eine durch Auszehrung begleitete Krankheit ist das Hodgkin-Lymphom (Lymphgranulomatose).²⁴⁸⁹ In den Entwicklungsländern der Gegenwart wird diese Krankheit oftmals bei Kindern diagnostiziert, in den westlichen Industrieländern eher im Erwachsenenalter.²⁴⁹⁰ Das Risiko für Morbus Hodgkin liegt in der Bundesrepublik bei 0,2–0,3 %, ist also vergleichsweise gering. Allerdings ist die Kachexie, so die moderne medizinische Bezeichnung für Auszehrung, ein typisches Begleitsymptom von Krebserkrankungen.²⁴⁹¹ Da in der Vergangenheit letztlich keine Heilungschancen bestanden, führten Tumorstadium sowie der umfassende Abbau von Fett- und Muskelgewebe zum sicheren Tod. Die Todesursache *Auszehrung* beinhaltet somit auch unerkannte Krebserkrankungen, zu denen insbesondere Lymphome zählen. Die relativ ausgeglichene seasonspezifische Mortalität lässt sich auf diese Gruppe von Krankheiten zurückführen; denn der körperliche Verfall erfolgt losgelöst von saisonalen Bindungen.

Die in den schauburgischen Sterberegistern gemeinhin als *Schwindsucht* verzeichnete Tuberkulose geht gleichfalls mit einem zunehmenden körperlichen Verfall einher und wurde überdies durch „das Volk klassischerweise als Auszehrung“²⁴⁹² bezeichnet. Während aber die Sexualproportion im Fall der Todesursache *Auszehrung* ausgegli-

²⁴⁸⁹ Vgl. ABRIKOSSOFF (1930).

²⁴⁹⁰ Vgl. RKI (2019c), S. 122.

²⁴⁹¹ In der begrifflichen Erweiterung als Tumorkachexie kommt die Vorstellung zum Ausdruck, der körperliche Verfall werde durch den Energiehunger der Krebszellen hervorgerufen. Ursache ist möglicherweise ein Entzündungsprozess, der im Organismus Erkrankter eine Umwandlung des weißen Fettgewebes zu braunem Fettgewebe, das keine Energie speichert, hervorruft; vgl. PETRUZZELLI (2014).

²⁴⁹² RÓTH (1926), S. 292. Die Einschätzung, dass es sich um identische Krankheiten handelt, findet sich auch in der historischen Fachliteratur; vgl. RETTINGER (1989), S. 209; ROTHE (1998), S. 135.

chen ist, wurde bei *Schwindsucht* bzw. Tuberkulose eine Übersterblichkeit der männlichen Individuen in Schaumburg festgestellt (siehe Kap. 3.6.4). Die Gegenüberstellung der Altersgruppen ergibt sowohl Abweichungen als auch Übereinstimmungen (**Abb. 161**). Die Verteilung von *Auszehrung* ähnelt der Todesursache *Tuberkulose* weitaus stärker als der von *Schwindsucht* und *Lungenschwindsucht*. Die Aussagekraft für *Tuberkulose* ist indes gering, weil nur wenige Belege vorliegen. Die Todesursache *Schwindsucht*, die auf einer soliden Datenbasis fußt, weist in den Altersgruppen 11.–20. Lj. und >50. Lj. fast identische Prozentwerte auf, weicht aber in den Altersgruppen 1.–10. Lj. und 21.–50. Lj. signifikant von *Auszehrung* ab.

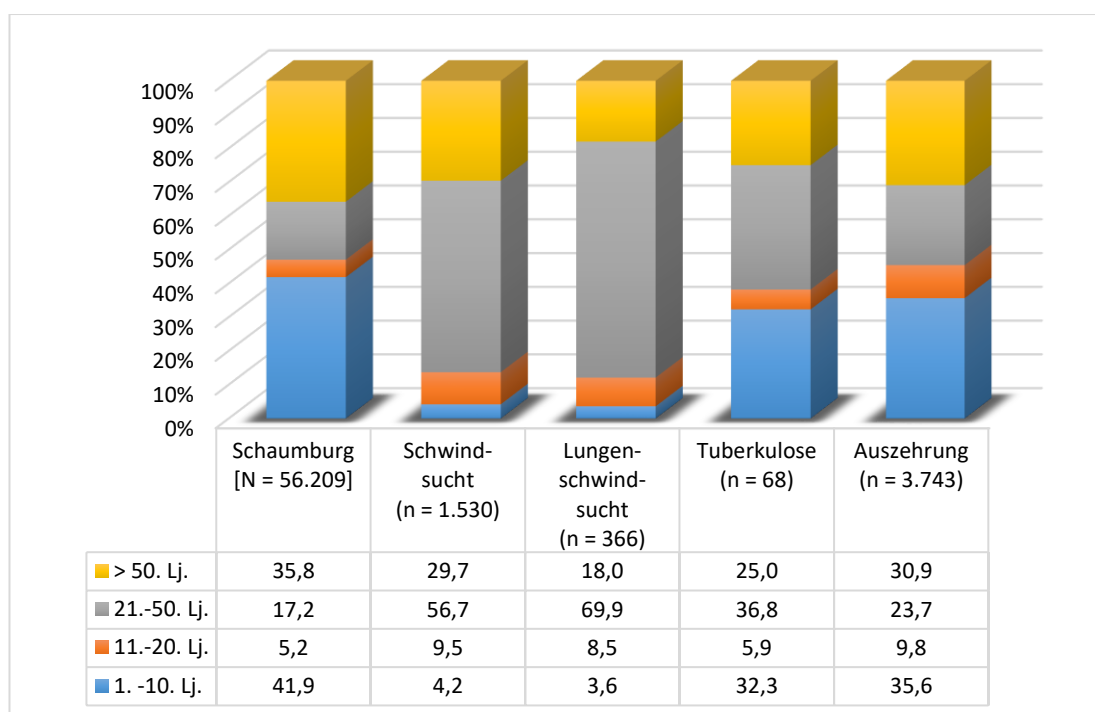


Abb. 161: Auszehrung und Tuberkulose – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Der Vergleich der saisonalen Sterblichkeit der Todesursachen *Auszehrung* und *Schwindsucht* ist nicht eindeutiger (**Abb. 162**). Die beiden Kurven liegen im Hochsommer über, im Herbst unter der saisonalen Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg. Der Mortalitätspeak bei *Auszehrung* wird im April erreicht, bei *Schwindsucht* im Mai. Die prozentualen Anteile der einzelnen Monate sind im Fall von *Auszehrung* ausgeglichener, der Kurvenverlauf also etwas weniger unruhig.

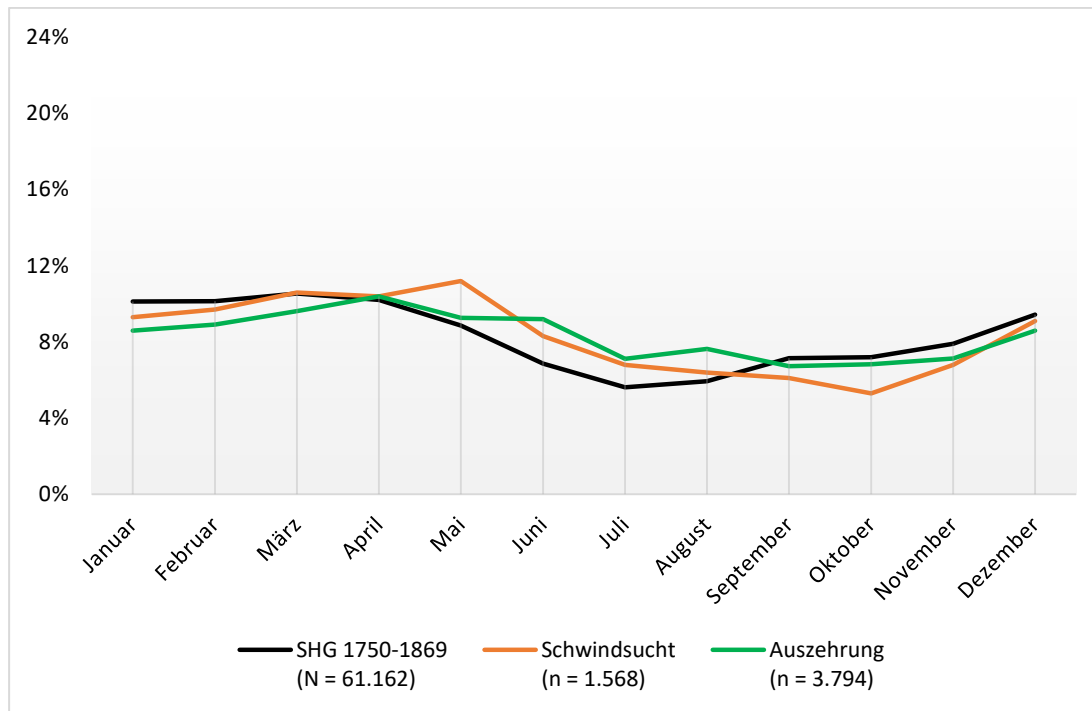


Abb. 162: Auszehrung und Tuberkulose – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Als Resultat bleibt festzuhalten, dass die Todesursache *Auszehrung* keiner bestimmten Krankheit mit tödlichem Verlauf entspricht. In Betracht kommen grundsätzlich alle Beeinträchtigungen mit symptomatischem körperlichem Abbauprozess. Die Größe der Schnittmenge zwischen *Auszehrung* und der Tuberkulose lässt sich nicht abschätzen, eine synonyme Verwendung ist für die Grafschaft Schaumburg im Allgemeinen auszuschließen. Überdies dürften nicht zuletzt unerkannte Krebserkrankungen wie pathologische Veränderungen von Pankreas und blutbildenden oder lymphatischen Organen als *Auszehrung* verzeichnet worden sein. Ein Teil der verstorbenen Kinder könnte an Diabetes mellitus (Typ 1) gelitten haben.²⁴⁹³ Ein unmittelbarer Bezug zum Alter ist bei der Todesursache *Auszehrung* nicht ersichtlich.

Wassersucht, Geschwulst, „Herzleiden“ und Schlagfluß

Eine Reihe von Krankheiten, die im fortgeschrittenen Lebensalter auftreten, äußert sich symptomatisch durch die Ausbildung von Ödemen. Hinter diesem Begriff, der sich vom altgriechischen „Oidema“ ableitet und „Schwellung“ bedeutet, verbergen sich Flüssigkeitseinlagerungen im Körpergewebe. Die volkstümliche Bezeichnung

²⁴⁹³ Der Energiebedarf des Organismus wird durch Fettzellen gedeckt, was schließlich zu einem Verlust an Körpergewicht führt.

lautet „Wassersucht“. Ödeme haben unterschiedliche Erscheinungsformen. Sie können generalisiert auftreten oder begrenzt auf einzelne Körperregionen. Ödeme entstehen, wenn Gewebeflüssigkeit zunimmt oder diese sich aufstaut. Harmlose Formen sind beispielsweise Ansammlungen im Bereich der unteren Gliedmaßen aufgrund von Bewegungsmangel. Mit der Beseitigung der Störung verschwinden die Ödeme wieder. Dauerhafte Flüssigkeitseinlagerungen sind dagegen die Folge ernsthafter Erkrankungen wie Niereninsuffizienz oder Leberzirrhose. Ist die Nierenfunktion gestört, scheidet der Körper zu viele Proteine über den Urin aus. Die Erkrankung der Leber kann die Bildung von Proteinen hemmen. Eine zu geringe Proteinkonzentration im Blut führt zu einer Druckverringerung, so dass Flüssigkeit nicht mehr in den Kreislauf zurückgeführt wird, sondern im Interstitium, dem umschließenden Gewebe, verbleibt. Nicht selten entstehen Lymphödeme. Bei der – angeborenen – primären Variante sind die Lymphgefäße unzureichend ausgebildet. Das sekundäre Lymphödem wird hervorgerufen beispielsweise durch die operative Entfernung von Lymphknoten, Thrombosen oder den tumorbedingt gehemmten Abfluss von Lymphflüssigkeit.

Eine weitere Ursache von Ödemen ist oftmals eine Herzinsuffizienz. Hervorgerufen werden kann sie u. a. durch einen Herzklappenfehler, eine Herzmuskelentzündung oder eine koronare Herzkrankheit. Zu unterscheiden sind die Linksherz- und die Rechtsherzinsuffizienz. Bei beiden ist die Pumpleistung des Herzens beeinträchtigt. Bei der Linksherzinsuffizienz wird einströmendes Blut nicht schnell genug aus der Herzkammer transportiert, was zu einem Rückstau und Anstieg des Blutdrucks in der Lunge führt. Sammelt sich Flüssigkeit in den Lungenbläschen, entsteht ein Lungenödem. Wird sie in den Pleuraspalt gepresst, kommt es zum Pleuraerguss. Ist die rechte Herzkammer beeinträchtigt, verzögert sich der Weitertransport des Bluts in die Lunge. Das vor dem Herz gestaute Blut wird in die Kapillaren zurückgedrückt, der Blutdruck steigt und zwischen dem Gewebe sammelt sich Flüssigkeit. Bei der Rechtsherzinsuffizienz bilden sich die Ödeme in der Regel im Bereich der unteren Gliedmaßen. Die durch Herzinsuffizienzen verursachten Blutstauungen können auch Schädigungen von Leber, Nieren oder dem Magen hervorrufen. Als Folge der Organschädigungen können sich ebenfalls Ödeme ausbilden.

Die Wassersucht war in der Vergangenheit eine weitverbreitete Erscheinung und galt als eine der „gefährlichsten und unheilbarsten“²⁴⁹⁴ Krankheiten. Der Umstand, dass Ödeme durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen werden und sich überall im Körper ausbilden können, erschwerte Diagnostik und Therapie. Die verschiedenen Erscheinungsformen der Wassersucht wurden daher in umfassende Systematiken eingefügt.²⁴⁹⁵ Die Bestimmung der möglichen Ursachen schuf Raum für Spekulationen. Uneinigkeit bestand beispielsweise in der Frage, ob es sich um eine asthenische oder sthenische Krankheit handelt.²⁴⁹⁶ Einig war man sich in der Annahme, dass eine Störung im Flüssigkeitshaushalt des Körpers vorliegt. Verstopfungen konnten demnach zu einer „widernatürlich vermehrten Absonderung oder Ausdampfung der aus den unorganischen Duftlöchern der Arterien und Venen beständig ausdünstenden Feuchtigkeiten“²⁴⁹⁷ führen. Auch die erhöhte Aufnahme von Flüssigkeit aus der Atmosphäre galt als mögliche Ursache: „So erzählt unter andern Keill von einem an sich gesunden, aber durch Fasten und Spazierengehen von 750 Schritten abgematteten Jünglinge, daß er in einer Nacht 18 Unzen²⁴⁹⁸ Feuchtigkeit aus der Luft durch die Haut eingesogen habe.“²⁴⁹⁹ Wassersucht könne sowohl durch die „im Uebermaß genoßnen geistigen Getränke“²⁵⁰⁰ als auch den „Mißbrauch warmer Getränke“²⁵⁰¹ hervorgerufen werden. Die Landbevölkerung galt als besonders anfällig, weil sie dazu neigte, nach starker körperlicher Arbeit erhitzte kalte Getränke zu sich zu nehmen.²⁵⁰² Neben diesen eher abstrusen Erklärungen wurde u. a. ein Zusammenhang zu den Lymphgefäßen in Betracht gezogen.²⁵⁰³ Man erkannte auch die Beeinträchtigung des Blutflusses durch die Venen aufgrund einer Herzkammerschwäche. Weil man die Wassersucht als eine ernstzunehmende Krankheit erachtete, fiel die Prognose der zeitgenössischen Ärzte nicht selten sehr ungünstig aus. Wegen der Vielfalt an Ursachen und Erscheinungsformen entwickelte man eine breite Palette an therapeutischen Maßnahmen.²⁵⁰⁴ Zentrale

²⁴⁹⁴ SACHTLEBEN (1795), Vorrede.

²⁴⁹⁵ Vgl. EBD., S. 4-12; KNEBEL (1801), S. 77-97; SUNDELIN (1830), S. 35-37.

²⁴⁹⁶ Vgl. KNEBEL (1801), S. 58 f. Die Unterscheidung fußt auf dem Krankheitskonzept des Brownianismus. Sthenisch beschreibt eine starke Reizbarkeit, asthenisch das Gegenteil.

²⁴⁹⁷ SACHTLEBEN (1795), S. 22; zu den Ursachen vgl. auch SUNDELIN (1830), S. 31-35.

²⁴⁹⁸ Dies entspricht rund 0,5 Liter Flüssigkeit.

²⁴⁹⁹ SACHTLEBEN (1795), S. 29.

²⁵⁰⁰ EBD.; vgl. auch RECKNAGEL (1836), S. 16.

²⁵⁰¹ SACHTLEBEN (1795), S. 25.

²⁵⁰² Vgl. EBD., S. 27.

²⁵⁰³ Vgl. EBD., S. 35-45 u. 67; RECKNAGEL (1836), S. 18.

²⁵⁰⁴ Vgl. SACHTLEBEN (1795), passim; SUNDELIN (1830), S. 39-47.

Elemente waren Diäten sowie die Gabe von Medikamenten mit „ausleerender“ Wirkung.

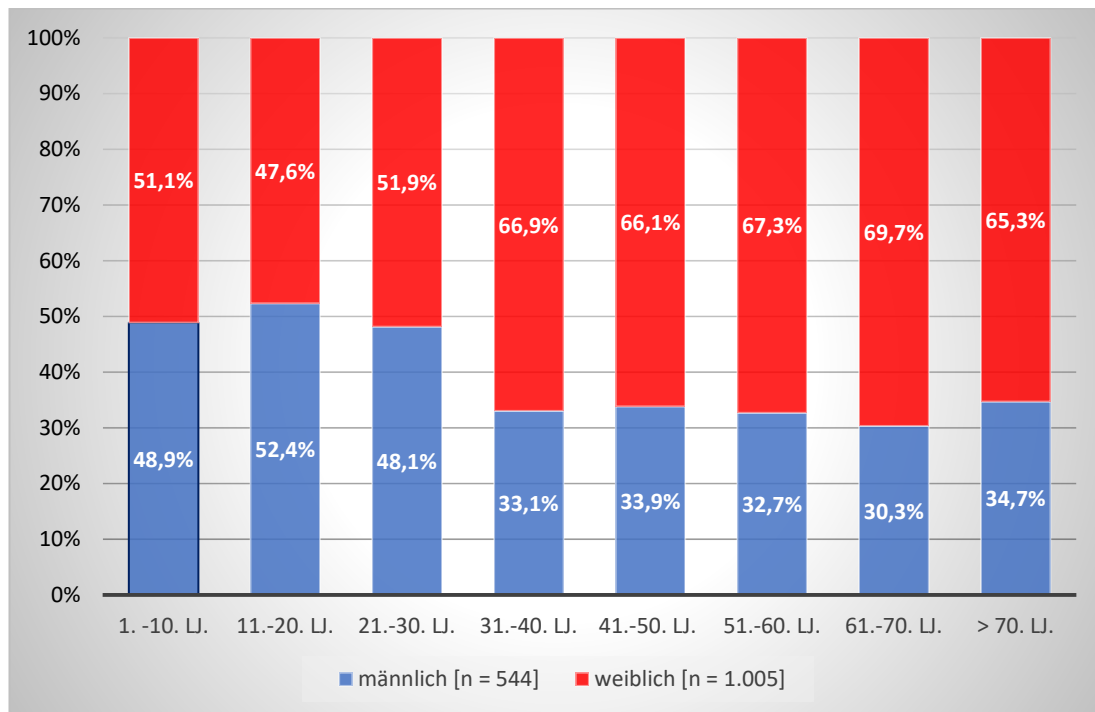


Abb. 163: Wassersucht – geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die Todesursache *Wassersucht* wurde in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) durchgehend seit 1667 registriert. Auch in den anderen schauburgischen Kirchspielen findet sich *Wassersucht* vom Beginn der Dokumentation der Todesursachen bis zum Ende des Untersuchungszeitraums. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde der Sitz des Ödems gelegentlich lokalisiert und die Todesursache zu *Brust-, Bauch-, Haut- und Herzbeutelwassersucht* sowie *Kopf- oder Gehirnwassersucht* erweitert. In rund 14 % der betreffenden Sterbefälle steht *Wassersucht* in Kombination u. a. mit *Auszehrung, Geschwulst* oder *Schwindsucht*. Der Hinweis zeitgenössischer Mediziner über einen erhöhten Anteil des weiblichen Geschlechts unter den Personen, die an der *Wassersucht* litten,²⁵⁰⁵ bestätigt das Ergebnis der Datenauswertung: Der Anteil der Frauen, die in Schaumburg aufgrund der Todesursache *Wassersucht* starben, beträgt 64,9 % (54,1 : 100; n = 1.549). In den jüngeren Altersgruppen ist die Verteilung zwi-

²⁵⁰⁵ Vgl. SACHTLEBEN (1795), S. 52; KNEBEL (1801), S. 170 f.; SUNDELIN (1830), S. 37; BIELKE (1986), S. 179.

schen den Geschlechtern annähernd ausgeglichen (**Abb. 163**). Ab dem 4. Lebensjahrzehnt wird die Todesursache *Wassersucht* durchgehend bei doppelt so vielen Frauen wie Männern verzeichnet. *Wassersucht* findet sich zwar unter Verstorbenen aller Altersgruppen, doch sind neun von zehn betroffenen Personen älter als 20 Jahre (**Abb. 164**).

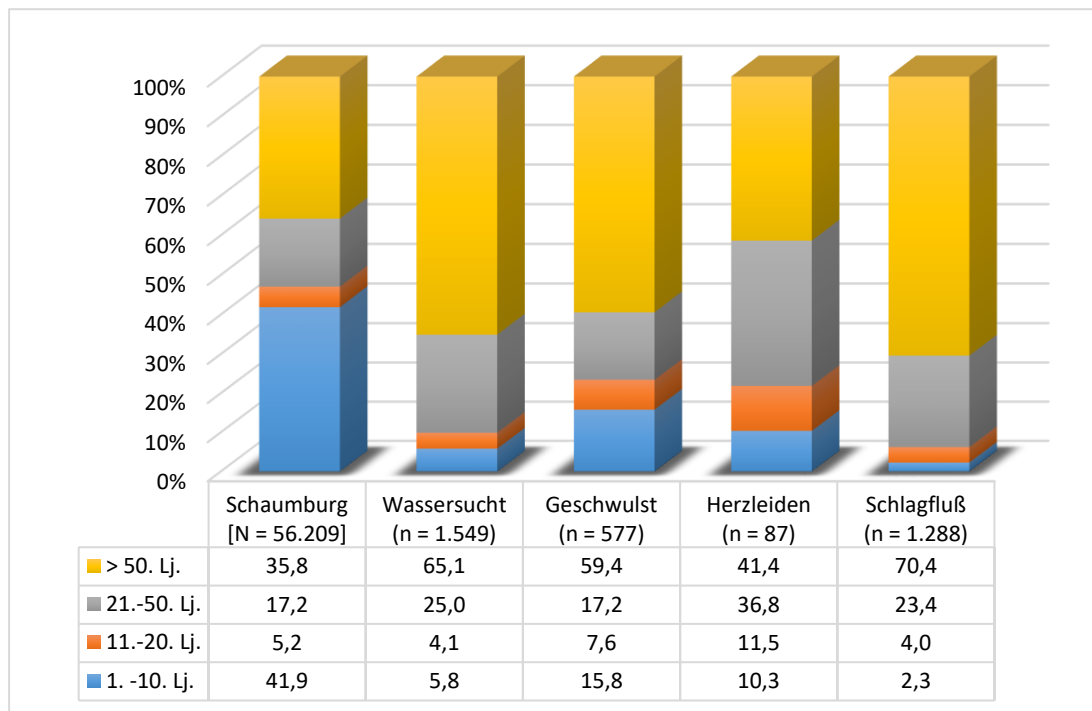


Abb. 164: Wassersucht, Geschwulst, „Herzleiden“ und Schlagfluß – altersspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

Die prozentualen Anteile der Monate weichen etwas von der seasonspezifischen Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg ab. Im Frühling liegt die Kurve unter dem schauburgischen Durchschnitt, im Hochsommer ist die Sterblichkeit erhöht (**Abb. 165**). Den leichten Anstieg in der kalten Jahreszeit erklärte man sich mit einer erhöhten „Wasseransammlung“ im Winter.²⁵⁰⁶

²⁵⁰⁶ Vgl. SACHTLEBEN (1795), S. 31; KNEBEL (1801), S. 73.

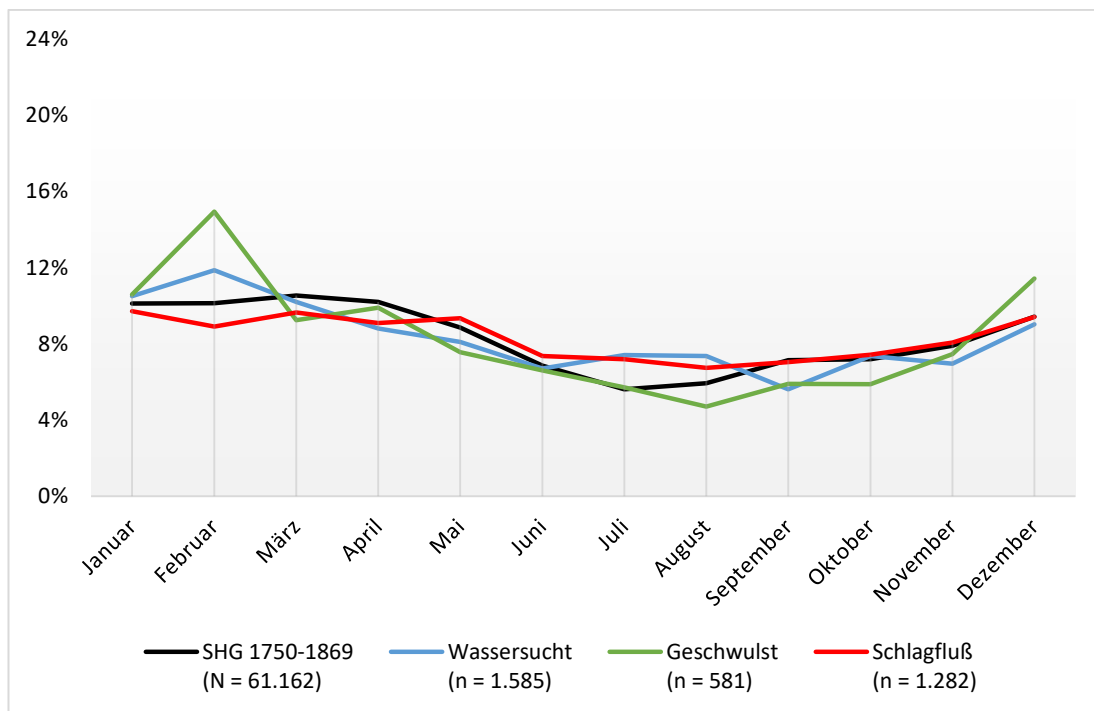


Abb. 165: Wassersucht, Geschwulst, „Herzleiden“ und Schlagfluß – saisonale Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent

Ebenso wie *Wassersucht* verweist die Todesursache *Geschwulst* auf ein Ödem bzw. eine Schwellung.²⁵⁰⁷ Die Consistorial=Verordnung von 1789 enthält Hinweise zu „Geschwulst“. Zunächst erscheint dieser Begriff im Zusammenhang mit Fieberkrankheiten und der Tuberkulose („Nr. XI. An Schwindsucht oder Auszehrung“). Um Verwechslungen zu vermeiden, wird hervorgehoben:

„Jedoch muß hier noch bemerkt werden, daß auszehrende oder schwindsüchtige Personen am Ende ihrer Krankheit insgemein anfangen zu schwellen oder wasserschwülstig zu werden, dergleichen Kranke dürfen aber, wenn sie sterben, nicht unter die Rubrik der Wassersucht Nr. XIII gebracht werden, denn bey ihnen ist der Geschwulst bloß ein Zufall oder eine Folge der Auszehrung oder der Schwindsucht, und sie sterben nicht an der Wassersucht, sondern an der Auszehrung oder Schwindsucht.“

Erwähnt wird „Geschwulst“ auch im Abschnitt zu Asthma und COPD („Nr. XII. An Dumpf, Engbrüstigkeit und Steckfluß“). Demnach dürfe bei einem eventuell mit den

²⁵⁰⁷ Viele Beispiele für die unterschiedlichen Erscheinungsformen von „Geschwulst“ finden sich bei CHELIUS (1830); RICHTER, AUGUST GOTTLIEB (1831).

aufgeführten Krankheiten einhergehenden „Geschwulst“ der äußeren Extremitäten oder des Gesichts nicht auf Wassersucht geschlossen werden. Im Abschnitt zu „Wassersucht“ ist dieser Begriff dann ohne weitere Ausführungen zu „Wassergeschwülsten“ erweitert. Unter „äußerlichen Schäden“ werden noch „Kniegeschwülste“, unter „mancherley andern Krankheiten“ wird „Windgeschwulst“ aufgezählt. Lediglich bei letzterem handelt es sich nicht um ein Ödem, also eine Flüssigkeitseinlagerung im Gewebe. Zedlers Universal-Lexicon unterscheidet Geschwulst vom „Wind-Geschwulst, lat. Tumor flatulentus, da an statt derer Feuchtigkeiten, als Blut, Eyter ec. Winde und Blähungen sich finden.“²⁵⁰⁸ Diese Erscheinungsform wird also nicht durch Wasser, sondern Gasansammlungen im Körper verursacht.

Tabelle 40

Krankheiten des Alters – Geschwulst und „Herzleiden“ – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

	Geschwulst [n = 577]		"Herzleiden" [n = 85]	
	m	w	m	w
1. - 10. Lj.	145,9	100	80,0	100
in %	59,3	52,3	44,4	55,6
11. - 20. Lj.	109,5	100	66,7	100
in %	52,3	47,7	40,0	60,0
21. - 30. Lj.	81,3	100	100,0	100
in %	44,8	55,2	50,0	50,0
31. - 40. Lj.	45,0	100	50,0	100
in %	31,0	69,0	33,3	66,7
41. - 50. Lj.	86,4	100	140,0	100
in %	46,3	53,7	58,3	41,7
51. - 60. Lj.	68,0	100	54,5	100
in %	40,5	59,5	35,3	64,7
61. - 70. Lj.	59,8	100	25,0	100
in %	37,4	62,6	20,0	80,0
> 70. Lj.	96,7	100	16,7	100
in %	49,2	50,8	14,3	85,7

²⁵⁰⁸ Bd. 10 (1735), S. 1255.

Im Vergleich zur Todesursache *Wassersucht* sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei *Geschwulst* weniger stark ausgeprägt. Die Übersterblichkeit der weiblichen Individuen liegt bei 54,5 % (83,8 : 100; n = 577). Getrennt nach Lebensjahrzehnt wurde für die ersten 10 Jahre ein Verhältnis von 59,3 % Jungen zu 40,7 % Mädchen (145,9 : 100) errechnet, für das 2. Lebensjahrzehnt von 52,3 % zu 47,7 % (105,5 : 100) (**Tab. 40**). Die prozentualen Anteile der erwachsenen Frauen übersteigen zwar durchgehend die der Männer, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind jedoch weniger extrem als bei *Wassersucht*. Die altersspezifische Sterblichkeit der Todesursache *Geschwulst* unterscheidet sich von *Wassersucht* durch höhere Anteile der beiden jüngsten Altersgruppen und einen geringeren Wert bei den Erwachsenen im mittleren Lebensalter (**Abb. 164**). Die Anteile der ältesten Gruppe sind bei beiden Todesursachen ähnlich hoch. Der saisonale Vergleich ergibt im Hochsommer eine prägnante Abweichung. Das Mortalitätsminimum von *Geschwulst* liegt im August, während die Zahlen bei *Wassersucht* gerade in dieser Phase steigen (**Abb. 165**). Das Mortalitätsmaximum beider Todesursachen fällt in den Februar. In der kalten Jahreszeit wurde *Geschwulst* vermehrt registriert, so dass die Kurve einen etwas prägnanteren Verlauf beschreibt als die von *Wassersucht*.

Die Todesursache *Geschwulst* wurde vergleichsweise häufig beim Tod von Kindern verzeichnet, wobei eine Übersterblichkeit männlicher Individuen ermittelt wurde. Eine mögliche Ursache für Wasseransammlungen ist der Hydrocephalus (Gehirnwassersucht).²⁵⁰⁹ Hervorgerufen wird er durch eine Stauung des Liquor, die angeboren sein oder als Begleitsymptom beispielsweise einer Meningitis auftreten kann. In den schauburgischen Kirchenbüchern finden sich rund 30 Belege für die Todesursache *Hydrocephalus* bzw. *Wasserkopf*. Bei den Verstorbenen handelt es sich durchgehend um Säuglinge und Kinder überwiegend männlichen Geschlechts. Die Todesursache *Geschwulst* leitet sich ebenso wie *Wassersucht* von einem nicht seltenen Begleitsymptom ab, so dass eine Reihe von Krankheiten und Fehlbildungen zur Auswahl stehen. Hierzu zählen insbesondere diejenigen, bei denen es zur Ausbildung eines Hydrocephalus kommt. Über die eigentliche Ursache lässt sich keine Aussage treffen.

²⁵⁰⁹ Hierzu auch RICHTER, AUGUST GOTTLIEB (1831), S. 122-138.

Die Schwellung als begriffliche Ableitung von Geschwulst kann nicht nur durch Flüssigkeiten, sondern auch durch raumgreifende Gewebewucherungen hervorgerufen werden.²⁵¹⁰ Besonders augenfällig sind Wucherungen in Form von „Knochen-Geschwülsten“. Trotz aller Risiken neigte man in der Vergangenheit dazu, diese operativ zu entfernen. Das fachliche Interesse an dieser Erscheinung war groß, zu den vielfältigen tumorösen Erscheinungsformen liegen zahlreiche Abhandlungen vor. Trotzdem war man in der Prognose des pathologischen Potentials des Tumors einer erkrankten Person eingeschränkt.²⁵¹¹ Die zunehmende Verbesserung der Mikroskope änderte daran nicht viel. Ob es sich also um eine gutartige oder eine bösartige Wucherung handelt, blieb abzuwarten. Ein Teil der Verstorbenen mit der Todesursache *Geschwulst* dürfte an tumorösen Wucherungen gelitten haben. Ein operativer Eingriff scheint in diesen Fällen nicht erfolgt zu sein; andernfalls wäre die Lokalisation der Geschwulst in den Sterberegistern thematisiert worden.

Für pathologisch bedingte Flüssigkeitsansammlungen kommen unterschiedliche Prozesse in Betracht. Dennoch sind die Abweichungen, die sich im Rahmen des Datenvergleichs zwischen *Wassersucht* und *Geschwulst* ergeben haben, geringfügig. Die Wahrscheinlichkeit weitreichender Überschneidungen, wenn nicht gar synonyme Verwendung, ist hoch. So deutet die Kombination der Todesursache *Geschwulst* mit *Dumpf* bzw. *Engbrüstigkeit* ebenso wie *Brustwassersucht* auf eine chronische Atemwegserkrankung hin. Überdies werden Herzerkrankungen insbesondere durch COPD gefördert.²⁵¹² Aus diesem Grund zählen kardiopulmonale Beschwerden zu den typischen Erscheinungen, die sich im fortgeschrittenen Lebensalter manifestieren. Die Komplexität dieser Vorgänge kommt in Todesursachen wie *Wassersucht* oder *Geschwulst* natürlich nicht zum Ausdruck, gleichwohl hatten die Mediziner im Übergang zur Neuzeit bereits konkrete Erkenntnisse zu den Folgen entsprechender Organschädigungen gesammelt.²⁵¹³ Exakter[e] Diagnosen nahmen im Laufe des 19. Jahrhunderts in den schauburgischen Registern zu, verdrängten die herkömmlichen Todesursachen wie *Wassersucht* aber nur allmählich.

²⁵¹⁰ Vgl. LANGENMANTEL (1847), passim. Zu „Lymphgeschwulst“ vgl. BUSCH, DIETRICH WILHELM HEINRICH ET AL. (1840), S. 140-152.

²⁵¹¹ Vgl. BUSCH u. a. (1841), S. 236; HANNOVER (1852), S. 1-8.

²⁵¹² Zum Ausdruck kommt dies in der volkstümlichen Bezeichnung Lungenherz für Cor pulmonale, einer Ausdehnung der Hauptkammer als Folge einer pulmonalen Hypertonie.

²⁵¹³ Exemplarisch vgl. PHILIPP (1838); ROTTECK (1839).

Die Todesursachen mit einem namentlichen Bezug auf eine Erkrankung des Herzens (z. B. *Herzbeutelwassersucht*, *Herzfehler*, *Herzvergrößerung*, *Herzentzündung*) wurden zur Gruppe „Herzleiden“ zusammengefasst und mit den Werten von *Wassersucht* verglichen. Dabei haben sich deutliche Übereinstimmungen ergeben: Der Anteil der verstorbenen Frauen entspricht mit 62,4 % (60,4 : 100; n = 85) in etwa dem von *Wassersucht*. Im 4. Lebensjahrzehnt beträgt ihre Sterblichkeit bereits 66,7 % (**Tab. 159**). Lediglich im 5. Lebensjahrzehnt übersteigt der Anteil der Männer mit 58,3 % den der Frauen. Die folgenden Altersstufen sind durch eine Übersterblichkeit der Frauen mit Anteilen von bis zu 85,7 % gekennzeichnet. Die ermittelte altersspezifische Sterblichkeit von „Herzleiden“ weist relativ hohe Anteile bei den beiden jüngsten Gruppen sowie den Erwachsenen im mittleren Lebensalter auf, worin sich diese Gruppe zum Teil von den Todesursachen *Wassersucht* und *Geschwulst* unterscheidet (**Abb. 164**). Zu beachten ist jedoch die dünne Datenbasis mit lediglich 87 Belegen.²⁵¹⁴

Zwischen der Todesursache *Schlagfluss* und *Wassersucht*, *Geschwulst* sowie der Gruppe „Herzleiden“ besteht ein enger Bezug. Sowohl Ödeme als auch Schlaganfälle sind oftmals Folge einer kardiologischen Beeinträchtigung. Die überkommene Bezeichnung Schlagfluss fußt auf der humoralpathologischen Lehre, wobei der vermeintliche „Schlag“ durch ein „Stocken der Säfte“ verursacht wird. Ganz falsch ist diese Vorstellung nicht, denn ein Schlaganfall (Apoplexia cerebri, zerebraler bzw. apoplektischer Insult) äußert sich in ca. 80 % aller Fälle als Durchblutungsstörung in Form des Hirninfarkts (ischämischer Schlaganfall).²⁵¹⁵ Bis zu einem Drittel aller Hirninfarkte wird auf freigesetzte Blutgerinnsel (Kardioembolie) aufgrund von Herzrhythmusstörungen zurückgeführt. Jeder fünfte Schlaganfall geht auf Blutungen zurück, die unmittelbar im Bereich des Hirns entstehen. Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, steigt mit zunehmendem Lebensalter.

Die Todesursache *Schlagfluß* indiziert einen abrupten Tod. Tatsächlich endet ein Hirninfarkt nicht zwangsläufig unmittelbar letal oder mit dem Fall ins Koma. „(...) der das Leben plötzlich aufhebende Capitalschlag (...) gehört unter den Schlagflüssen zu den

²⁵¹⁴ Daher wurde auf die Ermittlung der saisonalen Verteilung verzichtet.

²⁵¹⁵ Vgl. RKI (2014), S. 27 f.; RKI (2020), S. 28 u. 38 f.

seltner vorkommenden Fällen.²⁵¹⁶ Schon die Mediziner in der Vergangenheit bemühten sich, Erscheinungsformen voneinander abzugrenzen: „denn da bei einer so rasch zum Tode führenden Krankheit alles davon abhängt, daß man im ersten Augenblicke zu bestimmen vermöge, ob hier unterdrückte Lebenskraft oder der Mangel an Vitalität obwalte, um dieser Entdeckung gemäß Blut zu entziehen, oder nicht“.²⁵¹⁷ Die weitere Therapie richtete sich nach den vermeintlichen Ursachen, Rückschlüsse zog man u. a. aus Konstitution und Alter der Betroffenen.²⁵¹⁸ Dass Schlaganfälle mit Bewusstseinsverlust und anschließender Letalität stets fachkundig diagnostiziert worden sind, ist in Anbetracht der geringen Dichte an medizinisch geschultem Personal in ländlichen Regionen zweifelhaft. Die Redensart „vom Schlag getroffen“ indiziert, dass die Bevölkerung bei einem plötzlichen Todesfall wenig differenzierte. Im lippischen Silixen wurde sogar der Tod eines rund 7 Monate alten Säuglings mit der Todesursache *Schlagfluß* verzeichnet. Allerdings relativiert der Eintrag die vermeintliche Todesursache durch die Zusätze *angeblich* und *wahrscheinlich ist dieses Kinde von seiner Amme im Schlafe erdrückt*.

Die Todesursache *Schlagfluß* wurde bereits 1665 im Kirchspiel Grove (Rbg) registriert und findet sich in Schaumburg kirchspielübergreifend bis zum Ende des Untersuchungszeitraums. Kombiniert wurde *Schlagfluß* mit Todesursachen, die bisweilen keine Gemeinsamkeiten aufweisen, darunter *Auszehrung*, *Gicht*, *Brustentzündung*, *Durchfall*, *Faulfieber*. Ermittelt wurde eine leichte Übersterblichkeit der weiblichen Individuen mit einem Anteil von 52,2 % (91,6 : 100; n = 1.255). Die altersspezifische Sterblichkeit entspricht derjenigen von *Wassersucht* mit wenigen Kindern und Jugendlichen, während die Gruppe der Erwachsenen im fortgeschrittenen Alter mehr als 70 % aller Verstorbenen umfasst (**Abb. 164**). Die saisonale Verteilung stellt sich als recht unspektakulär dar, die monatlichen Werte weichen kaum voneinander ab (**Abb. 165**). Das Mortalitätsmaximum entfällt mit 9,7 % auf den Januar, das Mortalitätsminimum mit 6,7 % auf den August.

Im Gegensatz zu *Schlagfluss* wurden die Todesursachen *Wassersucht* und *Geschwulst* in den Wintermonaten vermehrt registriert. Die Analyse der geschlechtsspezifischen

²⁵¹⁶ Vgl. FISCHER, ANTON FRIEDRICH (1831a), S. III.

²⁵¹⁷ Vgl. EBD., S. 18.

²⁵¹⁸ Vgl. EBD., passim.

Unterschiede hat zudem für die beiden Todesursachen sowie die Gruppe „Herzleiden“ aus den schauburgischen Sterberegistern eine deutliche Übersterblichkeit der weiblichen Individuen ergeben. Eine auf 16 Jahre angelegte Langzeitstudie aus Schweden, in der annähernd 300.000 Datensätze ausgewertet wurden, hat einen generellen Anstieg des Risikos für Herzinfarkte unabhängig vom Alter oder von möglichen Vorerkrankungen in der kalten Jahreszeit ergeben.²⁵¹⁹ Ödeme sind ein Indiz für die Herzinsuffizienz, von der in der Gegenwart nachweislich sehr viele Frauen aufgrund der Beschaffenheit des weiblichen Herzens betroffen sind.²⁵²⁰ Da Östrogenmangel Bluthochdruck und die Vermehrung des Bindegewebes des Herzens begünstigt, nehmen die Probleme im Alter zu. Die für den Deutschen Herzbericht ermittelten Sterbeziffern der Frauen aufgrund von Herzinsuffizienz im Zeitraum 1990–2014 überstiegen die der Männer einige Male um mehr als das Doppelte.²⁵²¹ Sowohl die saisonale Verteilung als auch die geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit der Todesursachen *Wassersucht* und *Geschwulst* legen die Annahme nahe, dass ein Großteil der Betroffenen an einer Beeinträchtigung des Herzens, insbesondere an einer Herzinsuffizienz, gelitten hat.

Die Todesursache *Schlagfluß* verweist auf den Hirninfarkt. Betroffen sind auch in der Gegenwart in erster Linie Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter.²⁵²² In jüngerer Zeit ist eine Erhöhung des Frauenanteils an den Neuerkrankungen wahrzunehmen. Allerdings sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht so ausgeprägt wie die der Herzinsuffizienz. Vor allem aber unterscheidet sich die saisonale Verteilung signifikant von den Todesursachen, die auf eine Beeinträchtigung der Herzfunktion verweisen. Verwechslungen waren durchaus möglich. Daher wies die Consistorial-Verordnung von 1789 darauf hin:

²⁵¹⁹ Vgl. MOHAMMAD et al. (2018).

²⁵²⁰ Das weibliche Herz ist kleiner und weniger elastisch als das männliche Herz; vgl. <https://idw-online.de/de/news756155> – letzter Zugriff: 2023-11-12, sowie allg. <https://www.herzstiftung.de/>.

²⁵²¹ Vgl. DEUTSCHE HERZSTIFTUNG (2016), S. 127. Für Herzinfarkte gilt das Gegenteil. Männer neigen eher zu gesundheitsschädlichem Verhalten und sind nach wie vor am häufigsten insbesondere von der koronaren Herzerkrankung, Folge einer Arteriosklerose, betroffen. Risikofaktoren sind Hypertonie, Nikotinabusus und Hypercholesterinämie. Allerdings sind die Überlebenschancen von Frauen geringer, da Herzinfarkte bei ihnen oftmals zu spät diagnostiziert werden; vgl. HÄRTEL (2002), S. 273-277.

²⁵²² Vgl. RKI (2014), S. 27 f.; RKI (2020), S. 38 f.

„(...) und der Prediger sollte in jedem Fall, wo ihm gemeldet wird, diese oder jene Person sey am Schlagfluß gestorben, genau untersuchen, ob der Todte nicht vorher schon eine Krankheit gehabt habe, die ihm nach und nach dem Tode zugeführt, und er also nur am Ende wie ein Schlagflüssiger gestorben sey; ist dies, so gehöret der Todte unter die Rubrik der Krankheit, die er vorher gehabt; starb der Todte aber plötzlich und ohne daß er vorher eine Krankheit gehabt hatte, die ihm den Tod hätte zuziehen können und mit den oben beschriebenen Zufällen des Schlagflusses, so gehört der Todte unter diese Rubrik.“

Die Vorgaben für die Geistlichen im Fürstentum Lippe lassen vermuten, dass die Personen aus den schauburgischen Kirchspielen mit der Todesursache *Schlagfluss* buchstäblich wie „vom Schlag getroffen“ gestorben sind. Hinsichtlich der Bedeutung des Schlaganfalls im Gesundheitsgeschehen der Grafschaft Schaumburg ist die Aussagekraft der Belege daher eingeschränkt. Denn die meisten Schlaganfälle werden zumindest vorübergehend überlebt oder wiederholen sich mit zeitlichen Abständen. Die Symptomatik ist charakterisiert durch vorübergehende neurologische Störungen bis hin zu andauernden vollständigen Ausfällen von Körperfunktionen. Dass in der Vergangenheit mehr Menschen in unmittelbarer zeitlicher Folge des Schlaganfalls verstorben sind, liegt auf der Hand. Darüber hinaus müssen Schlaganfälle bei einem großen Teil der Betroffenen dauerhafte Schwerstpflegebedürftigkeit nach sich gezogen haben. Ob beim Ableben dieser Personengruppe die Todesursache *Schlagfluss* registriert worden ist, ist zweifelhaft.

Eine weitere Frage, die sich stellt, ist die nach der Repräsentativität der letal verlaufenen Herzerkrankungen in den schauburgischen Sterberegistern. Allgemeine Herzbeschwerden werden von Atemnot und einer Minderung des Leistungsvermögens begleitet, Herzinfarkte kündigen sich darüber hinaus in der Regel durch Schwindel sowie den sogenannten Vernichtungsschmerz an. Eher auszuschließen ist, dass diese Symptome bei der Feststellung der Todesursache vom sozialen Umfeld, sofern es denn Kenntnis hatte, mitgeteilt worden sind. Denn abgesehen von einigen wenigen Belegen für *Herzschlag* in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums finden sich keine

einschlägigen Todesursachen. Viele der betreffenden Fälle werden als *Schlagfluss* verzeichnet worden sein. Insbesondere der plötzliche Herztod, Folge einer Herzrhythmusstörung, wird auf Außenstehende wie ein tödlicher „Schlag“ gewirkt haben.

Das Festhalten an den Begriffen *Wassersucht* und *Geschwulst* belegt, dass der Zusammenhang zwischen Ödemen und Beeinträchtigungen der Herzfunktion nicht bekannt war oder kaum wahrgenommen wurde. Verzeichnet wurden diese Todesursachen bei Verstorbenen, die unter entsprechenden Beschwerden litten, dennoch. Die tödlichen Herzerkrankungen fanden durchaus Berücksichtigung in den Kirchenbüchern. Je nach Verlaufsform wurde der größte Teil von ihnen als *Wassersucht*, *Geschwulst* oder *Schlagfluss* aufgenommen.

Krebserkrankungen, Magen- und Leberleiden

Krebs zählt in den modernen Industriegesellschaften zu den allgegenwärtigen Krankheiten. Insbesondere seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden viele Faktoren identifiziert, die die Entstehung einer Krebserkrankung fördern. Zugleich ist das Bewusstsein für die umweltbelastenden Folgen des übermäßigen Ressourcenverbrauchs gewachsen. In der modernen Gesellschaft besteht eine große Besorgnis vor bösartigen Zellmutationen aufgrund von Schadstoffen in Lebensmitteln, der Atemluft oder synthetischen Produkten. Krebs wird in der Gegenwart als eine Art Volkskrankheit wahrgenommen, in der Vergangenheit scheint er kaum präsent gewesen zu sein. Doch sind an dieser Einschätzung Zweifel angebracht. Voraussetzung für eine statistische Erfassung des Ausmaßes an Krebserkrankungen sind zuverlässige Diagnosen. Mit Verbesserung der Diagnostik stiegen die Zahlen an. Weil Zellmutationen vorzugsweise im gehobenen Alter auftreten, wirkt sich auch die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung aus. Dies bedeutet natürlich nicht, dass der moderne Lebensstil keinen maßgeblichen Anteil am Anstieg der Krebsraten hat. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass Krebserkrankungen in den Sterberegistern bis weit in die Neuzeit hinein unterrepräsentiert sind.

Die Todesursache *Krebs* erscheint bereits in den Sterberegistern des Kirchspiels Grove (Rbg) aus dem 17. Jahrhundert. Obwohl *Krebs* dann kirchspielübergreifend bis zum Ende des Untersuchungszeitraums registriert wurde, zählt er mit weniger als 200 Belegen zu den eher seltenen Todesursachen. Unter diesen Belegen gibt es einige, bei

denen der Bezug zu einer Karzinomerkrankung unsicher ist. Ein konkreter Hinweis findet sich im Fall einer 46-jährigen Witwe aus Algesdorf, die im Jahre 1674 *am Krebs, so ihr die linke Brust ganz weggefressen*, verstorben ist. Auch bei dem *Geschwür in der Brust*, an dem 1769 eine 37-jährige Frau aus Hessisch Oldendorf starb, dürfte es sich um ein Mammakarzinom gehandelt haben. Nicht eindeutig zu bestimmen ist die tödliche Krankheit eines 8-jährigen Jungen aus Rodenberg (1684), *welcher eine böse Blatter Unter d. angesicht bekommen Dadurch in [das?] ganze gesicht angesteckt und versehret worden*. *Blatter* verweist auf eine auf der Haut aufsitzende Erscheinung. Denkbar ist ein unbehandeltes malignes Melanom. Ähnliches gilt für einen Eintrag im Jahre 1700 über einen 34-jährigen Schmied aus der Rodenberger Vorstadt Mühlenstraße, *so einen Fleck am rechten Arme gehabt, wohin balten Brand geschlagen, daran er gestorben*. Desgleichen könnte ein 60-jähriger Mann aus Kathrinhagen, der im Jahre 1815 starb, an Hautkrebs gelitten haben: Denn dieser *hatte mehrere Jahr einen schrecklichen Krebs, der ihm beinah das halbe Gesicht verzehrt hatte*.

In rund einem Drittel der mutmaßlichen Todesfälle aufgrund einer Karzinomerkrankung fehlt eine Information über das befallene Organ. Die dokumentierten Karzinome manifestierten sich bis weit in das 19. Jahrhundert hinein vergleichsweise oft im Bereich von Gesicht oder Hals. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist die mit Abstand am häufigsten auf eine Karzinomerkrankung verweisende Todesursache *Magenkrebs*, obwohl sie erstmals 1839 erscheint. Auffallend ist weiterhin, dass mehr als 50 % der Belege mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine Karzinomerkrankung in die Jahre 1850–75²⁵²³ fallen. Von diesen stammen die meisten aus den Registern der Stadt Rinteln sowie der Kirchspiele im Norden Schaumburgs. Für einen drastischen Anstieg der Krebsrate unter der schaumburgischen Bevölkerung innerhalb des kurzen Zeitraums gibt es keinerlei Anhaltspunkte. Vielmehr bilden die schaumburgischen Kirchenbücher die in der Mitte des 19. Jahrhunderts bereits fortgeschrittene Medikalisierung ab. Die Ärzte, die sich insbesondere in Rinteln und Rodenberg niederließen, führten neue und exaktere Diagnosen ein. Im Fall der Karzinomerkrankungen stand nach wie vor der Primärtumor im Vordergrund,²⁵²⁴ inwiefern Metastasierungen mit ihren

²⁵²³ Berücksichtigt wurde hier der Zeitraum 1665–1875.

²⁵²⁴ Die karzinomatöse Wucherung galt als eine lokal begrenzte Erscheinung, die nach Möglichkeit chirurgisch zu entfernen war; vgl. BORGERS (2002), S. 291.

Auswirkungen wahrgenommen wurden, lässt sich nicht beurteilen. Neben der Todesursache *Magenkrebs*, die in den letzten 30 Jahren des Untersuchungszeitraums bei annähernd jedem zweiten Todesfall in dieser Gruppe angegeben wurde, finden sich u. a. *Blasenkrebs*, *Darmkrebs*, *Unterleibskrebs* sowie *Leberkrebs*. Eintragungen über Erkrankungen gerade dieser Organe, die in den Sterberegistern bis weit ins 19. Jahrhundert hinein nur selten oder überhaupt nicht im Zusammenhang mit einem Karzinombefall aufgeführt sind, nehmen in den Sterberegistern zu. Karzinome, die äußerlich sichtbare Schäden insbesondere im Kopfbereich hervorrufen, erscheinen kaum unter den Todesursachen. Da Todesursachen mit dem Begriff *Krebs* bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts unterrepräsentiert sind, müssen die entsprechenden Sterbefälle unter einer anderen Bezeichnung registriert worden sein.

Die Analyse der Daten zu Todesursachen mit einem möglichen Bezug zu einer Karzinomkrankung ist nicht unproblematisch. Insbesondere betrifft dies geschlechtsspezifische Unterschiede. So wurde die Todesursache *Lungenkrebs* in den schauburgischen Kirchenbüchern nur ein einziges Mal registriert (Kirchspiel Sachsenhagen, 1831). In der Gegenwart ist dies die häufigste Krebsart mit tödlichem Ausgang, betroffen sind vorrangig Männer.²⁵²⁵ Das höchste Risiko für die Entwicklung eines Bronchialkarzinoms geht von der Inhalation von Tabakrauch aus. Zwar ist die Gefährdung für rauchende Frauen 2-mal höher als die der Männer,²⁵²⁶ doch war der Nikotinabusus unter Männern insbesondere während des Untersuchungszeitraums weitaus stärker verbreitet. Zigarren waren relativ teuer und daher außerhalb der gehobenen gesellschaftlichen Schichten unüblich.²⁵²⁷ Konsumiert wurde vornehmlich über die Tabakpfeife, was das Risiko für die Entstehung eines Lungenkarzinoms etwas verringerte.²⁵²⁸ Dass deutlich mehr Männer als Frauen rauchten, indizieren die Todesursachen, die auf Tumorschäden an der Lippe bzw. im Mundbereich verweisen. Diese Erkrankungen werden eher durch die Tabakpfeife hervorgerufen. Lediglich eine von 14 betroffenen Personen ist weiblichen Geschlechts. Da vermutlich nicht wenige Männer

²⁵²⁵ 2012 litt rund ein Viertel aller an Krebs verstorbenen Männer in der Bundesrepublik Deutschland an einem Tumorbefall der Lunge. Bei den Frauen stand die Erkrankung der Brustdrüse mit 17,4 % aller Sterbefälle an erster Stelle, danach Lungenkarzinome mit 15,3 %. 2016 hatte sich daran nichts geändert; vgl. RKI (2014), S. 17; RKI (2020), S. 44.

²⁵²⁶ Vgl. allg. HENSCHKE (2006).

²⁵²⁷ Vgl. VASOLD (2016), S. 349 f.

²⁵²⁸ Im Vergleich zu Nichtrauchern ist das Risiko für Zigarettenraucher um den Faktor 14,9, für Pfeifraucher 7,9 erhöht; vgl. BOFFETTA (1999), S. 698.

in Schaumburg Tabak konsumiert haben, müssen die Tumorlokalisationen der Lunge unter einer anderen Todesursache registriert worden sein. Aufgrund des Fehlens der Todesursache *Lungenkrebs* ist davon auszugehen, dass Männer im Geschlechtervergleich nicht angemessen repräsentiert sind. Weiterhin gibt es in den schaumburgischen Kirchenbüchern keinen eindeutigen Beleg für ein Prostatakarzinom, der zweithäufigsten tödlichen Krebsart bei Männern.²⁵²⁹ Karzinomatöse Erkrankungen der Prostata wurden zwar nicht diagnostiziert, haben aber sicherlich unter einer anderen Bezeichnung Eingang in die schaumburgischen Kirchenbücher gefunden. Beispielsweise als Todesursachen mit einem Bezug zu einer Erkrankung des Unterleibs, von denen es relativ viele Belege gibt (siehe unten).

Karzinomerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane wurden in den schaumburgischen Kirchenbüchern explizit benannt. Die Todesursache [*Gebär*]mutterkrebs²⁵³⁰ ist 15-mal belegt, *Brustkrebs* 8-mal, wobei die ungleiche Relation Fragen aufwirft. Denn Tumorlokalisationen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane machen in der Gegenwart zusammengenommen einen eher kleinen Teil im Spektrum der tödlichen Karzinomerkrankungen aus. Die Brustdrüsen sind ungleich öfter betroffen. Im Gegensatz zu *Brustkrebs* ist bei den Todesursachen [*Gebär*]mutterkrebs überwiegend vermerkt, dass sie durch einen Arzt festgestellt wurden. Denkbar ist, dass man in diesen Fällen eher dazu neigte, die exakte Diagnose in das Sterberegister aufzunehmen, die Brustdrüsenkarzinome in den schaumburgischen Kirchenbüchern somit lediglich unterregistriert sind. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass sich die quantitative Relation dieser beiden Tumorlokalisationen seit dem 19. Jahrhundert verschoben hat. Eine statistische Erhebung der Todesursachen aller Frauen über 20 Jahre in Wien hat ergeben, dass in den Jahren 1862–69 2,5 % an „Mutterkrebs“ und nur 0,6 % an „Brustkrebs“ verstorben sind.²⁵³¹ Vermutet wurde, „dass die geschlechtlichen Reizungen (im weitesten Sinne des Wortes), welche im Ehestande viel häufiger sind, als im ehelosen Leben, hier mächtig einwirken.“²⁵³² Die Aufschlüsselung nach Berufsgruppen hatte

²⁵²⁹ Die tödliche Erkrankung der Prostata betraf 11,3 % aller im Jahre 2012 an einem Karzinom verstorbenen deutschen Männer; vgl. RKI (2014), S. 17.

²⁵³⁰ Eine Karzinomerkrankung des Uterus (Gebärmutter) kann sich sowohl unmittelbar im Uterusgewebe als auch in der Schleimhaut der Zervix (Gebärmutterhals) manifestieren. Darüber hinaus kommt auch ein Karzinombefall der Ovarien (Eierstöcke) in Betracht; vgl. BORGERS (2002), S. 295 f.

²⁵³¹ Vgl. GLATTER (1870), S. 165.

²⁵³² EBD., S. 167 f.

außerdem einen überproportional hohen Anteil an Prostituierten unter den an „Mutterkrebs“ verstorbenen Frauen ergeben, während „Brustkrebs verhältnismäßig häufiger unter den bemittelten Ständen vorkommt“. Als weitaus größter Risikofaktor für ein Zervixkarzinom gilt die Infektion durch bestimmte Typen der humanen Papillomaviren, da diese maligne Zellveränderungen hervorrufen können. Die Lebensumstände in der Vergangenheit könnten diesen Prozess begünstigt haben, was das nicht seltene Vorkommen der Todesursache [*Gebär*]mutterkrebs in der Vergangenheit erklären würde.

Um die Unterregistrierung von Prostata- und Bronchialkarzinomen im Zusammenhang mit der Todesursache *Krebs* in Schaumburg auszugleichen, blieben bei der Analyse der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit die Varianten *Brustkrebs* und [*Gebär*]mutterkrebs unberücksichtigt. Dennoch ist der Anteil der an einer Karzinomerkrankung verstorbenen Frauen mit 54,2 % (84,5 : 100; n = 155) erhöht. In der Bundesrepublik Deutschland hingegen ist das allgemeine Risiko für Männer, sowohl an einem Karzinom zu erkranken als auch zu sterben, größer.²⁵³³ Die Frage, ob tatsächlich mehr Frauen in Schaumburg von einer tödlichen Karzinomerkrankung betroffen waren oder ob das Ergebnis der geschlechtsspezifischen Analyse lediglich die Diagnoseunsicherheit widerspiegelt, muss unbeantwortet bleiben.

In einem anderen Punkt unterscheidet sich die Situation in der Vergangenheit von der gegenwärtigen: Obwohl man sich um ein „sicheres Mittel wider alle, sowohl versteckte als auch offene, Krebschaden“²⁵³⁴ bemühte, blieb eine Karzinomerkrankung lange praktisch unheilbar.²⁵³⁵ Erst moderne Therapien und Heilungsansätze sowie die Entwicklung von Möglichkeiten zur Früherkennung verbesserten die Prognose oder tragen zumindest zu einer Verlängerung der Lebenserwartung Erkrankter bei. Doch schon während des Untersuchungszeitraums war die Todesursache *Krebs* in Schaumburg eindeutig eine Krankheit des Alters (**Abb. 166**).²⁵³⁶ Annähernd Dreiviertel der Verstorbenen hatten das 50. Lebensjahr vollendet. Schlüsselte man diesen Wert weiter

²⁵³³ Vgl. RKI (2017), S. 16-23.

²⁵³⁴ NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1757, S. 335; siehe auch EBD., S. 415 f. u. 557 f., sowie LE FEBÜRE (1776), S. 8.

²⁵³⁵ Vgl. UCKERMANN (1832), S. 25 u. 27-29; NAGEL, LUDWIG (1853), S. 31.

²⁵³⁶ In der Gegenwart betreffen vier von fünf durch eine Karzinomerkrankung verursachten Todesfälle Personen, die älter als 60 Jahre sind. Die Zunahme der Karzinomerkrankungen gilt als eine Folge der Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung; vgl. KLOTZ (2002), S. 245 f.

auf, so ergibt sich, dass 29,1 % im 6. Lebensjahrzehnt und 29,8 % im 7. Lebensjahrzehnt starben.²⁵³⁷ Mindestens 70 Jahre alt waren zum Zeitpunkt ihres Todes 13,2 %.

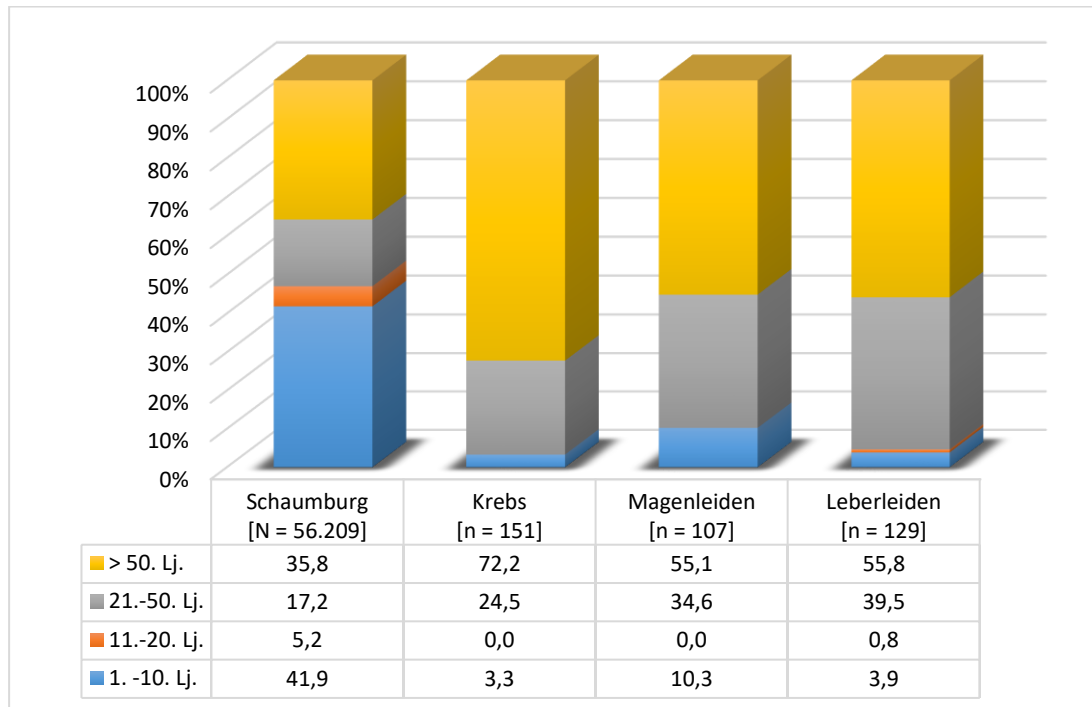


Abb. 166: Krebs, Magen-/Leberleiden – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Eindeutige Belege für Karzinomerkrankungen im juvenilen Alter liegen nicht vor. Der Anteil der jüngsten Altersgruppe ist mit 3,3 % sehr gering. Die Eintragungen zu drei der insgesamt sechs Kinder enthalten die Information, dass sie an *Auszehrung als Folge des Knochenfraßes am Fuße, an einem krebsartigen Beinschaden* bzw. *am Knochenkrebs* litten. Diese Informationen sowie das geringe Lebensalter der Verstorbenen verweisen auf ein Osteosarkom.²⁵³⁸ Dabei treten die Tumoren bevorzugt an den unteren Gliedmaßen auf, wo sie sehr schnell wachsen und metastasieren. Die Ursachen sind unbekannt. Vermutet werden insbesondere eine genetische Disposition und Einflüsse des Körperwachstums. Todesursachen, die auf Knochentumore im Erwachsenenalter verweisen, sind in den schauburgischen Sterberegistern äußerst selten. Anzunehmen ist, dass sie unter anderen Bezeichnungen registriert worden sind. Für die Todesursache *Beinschaden* ohne Hinweis auf ein tumoröses Geschehen beispielsweise

²⁵³⁷ Die Werte wurden im Zehn-Jahres-Schnitt ermittelt: 1.-10. Lj. = 3,3 %; 11.-20. Lj. = 0 %; 21.-30. Lj. = 5,3 %; 31.-40. Lj. = 5,3 %; 41.-50. Lj. = 13,9 %; 51.-60. Lj. = 29,1 %; 61.-70. Lj. = 29,8 %; > 70. Lj. = 13,2 %.

²⁵³⁸ Vgl. DEUTSCHE KINDERKREBSSTIFTUNG (2012), S. 57-62.

liegen 40 Belege vor.²⁵³⁹ Nur ein Viertel der Betroffenen starb vor Erreichen des Erwachsenenalters.

Jahreszeitliche Gegebenheiten begünstigen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Eine unmittelbare Wechselwirkung zwischen Jahreszeit und Mortalität bei Karzinomerkrankungen ist eigentlich nicht zu erwarten. Die saisonale Verteilung der Todesursache *Krebs* in Schaumburg ergibt dennoch ein eigentümliches Muster, das sich vom allgemeinen Sterblichkeitstrend in Schaumburg signifikant unterscheidet. Der prozentuale Anteil des Monats März fällt extrem ab, die Mortalitätsmaxima werden in Mai und September erreicht (**Abb. 167**). Die daraus resultierende Zackenform ließe sich mit der relativ geringen Anzahl an Daten erklären, wenn dieses Muster nicht Ähnlichkeiten mit zwei weiteren Gruppen von Todesursachen, die als „Magenleiden“ bzw. „Leberleiden“ zusammengefasst wurden,²⁵⁴⁰ aufweisen würde.

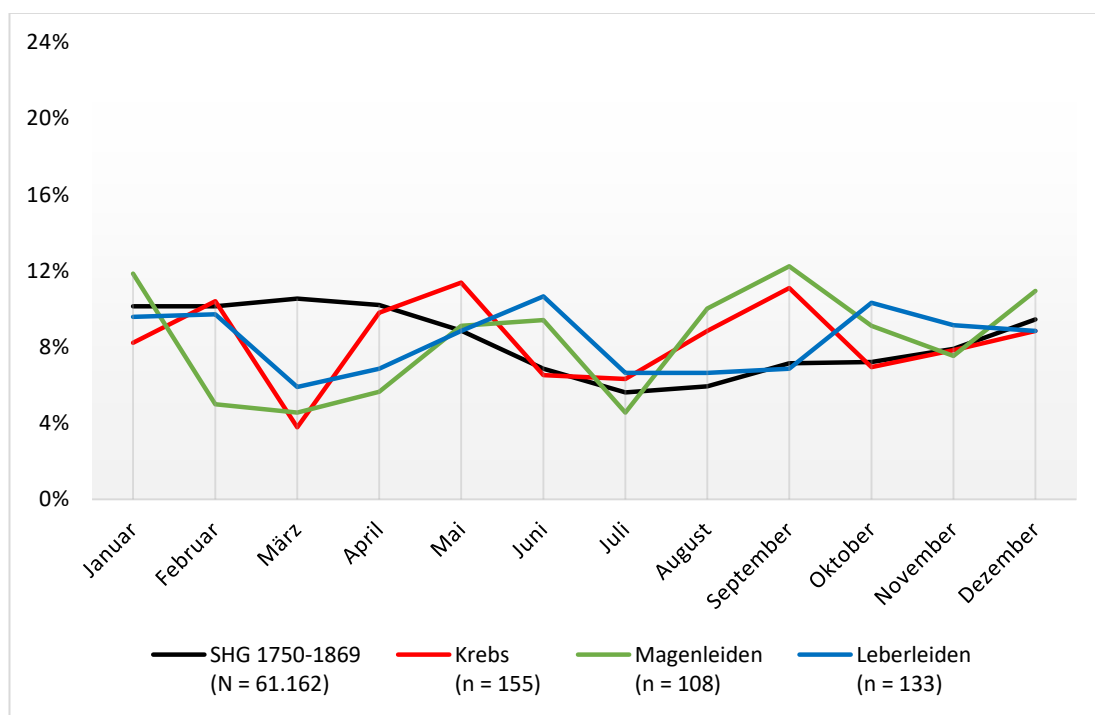


Abb. 167: Krebs, Magen-/Leberleiden – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

²⁵³⁹ Als Ursachen sind auch weitere Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus denkbar. So enthalten einige dieser Fälle den Hinweis, dass sich der „Schaden“ u. a. in Form eines Geschwürs geäußert hat oder von *Auszehrung* begleitet wurde.

²⁵⁴⁰ Todesursachen, die auf einen Bezug zu einer Krebserkrankung (z. B. *Magenkrebs*) verweisen, wurden in diese Gruppen nicht aufgenommen.

Der Magen gehört zu den inneren Organen, die in den schauenburgischen Sterberegistern am häufigsten namentlich verzeichnet worden sind. Allerdings sind vor dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts Todesursachen, die mit dem Begriff *Magen* kombiniert wurden, selten. Die frühesten Todesursachen lauten *Magenkrampf* (1769) und *Magenfieber*²⁵⁴¹ (1783). Neben *Magenkrebs* wurden im 19. Jahrhundert u. a. *Magenentzündung*, *Magengeschwür*, *Magenverhärtung* sowie *Magen- und Darmkatarrh* diagnostiziert. Während *Katarrh* auf eine akute gastrointestinale Infektion verweist, ist für die anderen Todesursachen ein chronischer Verlauf anzunehmen. Die Vermutung, dass ein großer Teil dieser Personen an einem Karzinomleiden verstorben ist, liegt nahe.

Als wichtigster Risikofaktor für die Entstehung einer Karzinomerkrankung des Magens (Adenokarzinom) wurde in jüngerer Zeit das Bakterium *Helicobacter pylori* identifiziert.²⁵⁴² Auf das Vorkommen von *Helicobacter pylori* in der Magenschleimhaut wurde im Rahmen einer Publikation erstmals 1893 hingewiesen. Die Einstufung als Karzinogen erfolgte jedoch erst 1994.²⁵⁴³ Bis dahin galten psychosoziale Belastungen im Sinne von Ärger, der auf den Magen „schlägt“, als hauptsächlich Auslöser für Erkrankungen dieses Organs.²⁵⁴⁴ Zumeist verläuft die Infektion harmlos. Auch eine durch *Helicobacter pylori* hervorgerufene akute oder chronische Gastritis (Entzündung der Magenschleimhaut) verläuft oftmals unsymptomatisch. Bei 10–20 % der Infizierten kommt es infolge der bakteriellen Belastung der Magenschleimhaut zur Ausbildung eines Ulcus (Geschwür) im Bereich von Magen oder Zwölffingerdarm, das bei einem Teil der Betroffenen schließlich zur Entstehung eines Karzinoms führt. Je früher die Infektion erfolgt, desto höher ist das Risiko. Die Übertragung erfolgt vermutlich auf dem Wege der Schmierinfektion und wird durch engen Körperkontakt gefördert. Der Mensch ist der einzig bekannte Wirt, verbreitet ist *Helicobacter pylori* global. Die Prävalenz in den westlichen Industrieländern liegt bei 25–50 %, in Entwicklungsländern können mehr als 90 % der Bevölkerung infiziert sein. Zudem bestimmen „die

²⁵⁴¹ 1798 wird zudem *Gastrisches Fieber* aufgeführt. Die Todesursache erscheint 1828 erneut und wird dann bis zum Ende des Untersuchungszeitraums u. a. in Kombination mit *nervös* noch 26-mal registriert. Die frühneuzeitlichen „Fieber“ erscheinen zum Teil sehr konstruiert und lassen sich keinen konkreten Krankheiten zuordnen (vgl. Kap. 3.5.1). Daher wurden die Todesursachen *Magenfieber* und *Gastrisches Fieber* hier nicht berücksichtigt.

²⁵⁴² Vgl. SUERBAUM (2009), S. 362-365; LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE (2019), S. 30-35.

²⁵⁴³ Bis in die 1980er Jahre hinein hatte man es nicht für möglich gehalten, dass ein Bakterium in dem extrem sauren Milieu des Magens überleben kann.

²⁵⁴⁴ Vgl. auch UCKERMANN (1832), S. 18; BRESSLER (1841), S. 99; WEINZIERL (1841), S. 12 f.; NAGEL, LUDWIG (1853), S. 11 f.; LUTZE (1878), S. 15.

Lebensbedingungen in der Kindheit die Infektionswahrscheinlichkeit eines Individuums (...). So sind beispielsweise Alterskohorten, in deren Kindheit ein Krieg geherrscht hat, besonders infektionsgefährdet.²⁵⁴⁵ Für die schauburgische Bevölkerung während des Untersuchungszeitraums kann eine hohe Infektionsrate angenommen werden. Andere Faktoren wie Atrophie (Unterernährung), individuelle Ernährungsgewohnheiten oder Alkohol- und Nikotinabusus können das Risiko erhöhen. In den modernen Industrienationen liegt die durchschnittliche Erkrankungsrate an einem Magenkarzinom mittlerweile bei über 70 Jahren.²⁵⁴⁶ Auch der Trend von Neuerkrankungen sowie die Sterblichkeitsrate sind seit einigen Jahrzehnten rückläufig. Bei der Entstehung spielen sowohl genetische Faktoren als auch der individuelle Lebensstil eine Rolle. Als Grund für die rückläufige Erkrankungsrate kommt daher die nachlassende Bedeutung insbesondere der Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum in Betracht. Gleichwohl sind Männer weiterhin deutlich gefährdeter als Frauen, an einem Magenkarzinom sowohl zu erkranken als auch zu sterben.²⁵⁴⁷

Die geschlechtsspezifische Analyse der in den schauburgischen Kirchenbüchern verzeichneten Todesursachen, die auf eine Erkrankung des Magens verweisen, ergibt mit 55,1 % (122,9 : 100; n = 107) einen erhöhten Männeranteil. Betroffen waren überwiegend Menschen mittleren bis fortgeschrittenen Alters (**Abb. 166**). Damit bestätigt sich eine zeitgenössische Beobachtung, wonach „Kinder und Weiber (...) seltener an Magenverhärtung, die sich erst gegen das 36. Lebensjahr zu zeigen pflegt“, litten.²⁵⁴⁸ 55,1 % der Verstorbenen aus den schauburgischen Kirchenbüchern waren zum Zeitpunkt ihres Todes über 50 Jahre alt. Der Anteil der Personen, die in ihrem 21.–50. Lebensjahr verstarben, beträgt 34,6 %. Mit 10,3 % entfällt ein relativ hoher Anteil auf die jüngste Altersgruppe. Allerdings lauten die Todesursachen bei den vor Vollendung des 10. Lebensjahres verstorbenen Kindern: *akuter Magen- und Darmkatarrh, Magenübel* sowie *Magendarm lähmung u. Schwäche*. Sie litten also nicht an einer langjährigen Krankheit, sondern an einem akuten Infekt, der eine Beeinträchtigung des Verdauungstrakts hervorrief. Zudem starben 7,5 % aller Verstorbenen vor Erreichen des

²⁵⁴⁵ SUERBAUM (2009), S. 365.

²⁵⁴⁶ Vgl. RKI (2016a), S. 64–67; RKI (2017a), S. 32–35.

²⁵⁴⁷ Im Jahre 2014 starben 9.610 Personen an einem Magenkarzinom. Davon waren 5.545 männlichen Geschlechts; vgl. RKI (2017), S. 32.

²⁵⁴⁸ GÖTTINGISCHE GELEHRTE ANZEIGEN, Band 3, 1809, S. 1438; vgl. auch UCKERMANN (1832), S. 18; NAGEL, LUDWIG (1853), S. 19.

ersten Geburtstags. Säuglinge bilden für Infekte dieser Art eine besonders vulnerable Gruppe.

Wie bereits erwähnt, ähnelt das Muster der saisonalen Sterblichkeit in der Gruppe der „Magenleiden“ sehr stark dem des für die Todesursache *Krebs* ermittelten Musters (**Abb. 167**): Gerade im Übergang vom Winter zum Frühling, also in der gemeinhin sterbeträchtigen Phase, sind die Werte auffallend gering. Der Sterblichkeitsgipfel im Mai/Juni ähnelt – um einen Monat versetzt – dem der Todesursache *Krebs* im April/Mai. Eine weitere Übereinstimmung bildet dann ein zweiter Sterblichkeitsgipfel im September. Gerade in dieser Phase ist die Gefährdung durch Erreger, die Diarrhoen hervorrufen, sehr hoch, was den Anstieg der „Magenleiden“ erklären würde. Allerdings sind weder die Zahl der Säuglinge bzw. Kleinkinder noch die Todesursachen *akuter Magen- und Darmkatarrh* und *Durchfall und Magenkatarrh* in den Monaten August bis Oktober erhöht. Der extreme Anstieg im Übergang zum Herbst ist damit keine Folge von Diarrhoen. Die Ähnlichkeit des saisonalen Verlaufs mit der Todesursache *Krebs* spricht ebenfalls für die Annahme, dass sich hinter Todesursachen wie *Magenverhärtung* etc. oftmals eine Karzinomerkrankung verbirgt. Aussagen zeitgenössischer Ärzte stützen diese Aussage.²⁵⁴⁹ Man kannte durchaus den Unterschied zwischen einer (chronischen) Entzündung und einem Karzinom und wusste um den ursächlichen Zusammenhang im Krankheitsprozess. Zugleich war man sich über die diagnostischen Unsicherheiten – die Gastroskopie wurde erst 1868 erfunden²⁵⁵⁰ – im Klaren.

Ebenso wie der Magen wurden auch Lebererkrankungen relativ häufig als Todesursache in den schauburgischen Kirchenbüchern aufgeführt: Die Todesursache *Leberkrebs* wurde erstmals 1855 in Schaumburg registriert. Die frühesten Belege für weitere Todesursachen, die in einem Bezug zu diesem Organ stehen, erscheinen in den schauburgischen Kirchenbüchern bereits im 18. Jahrhundert, vermehrt registriert werden sie aber erst seit dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts. Die Diagnosen lauteten zunächst *Verstopfung der Leber*, *Leberschaden* und *Lebergeschwür*, später oft (*chronische*) *Leberentzündung*. *Leberverhärtung* findet sich im gesamten Zeitraum und ist mit annähernd 40 % aller Belege die meistverzeichnete Todesursache innerhalb

²⁵⁴⁹ Vgl. WEINZIERL (1841), S. 7-9; NAGEL, LUDWIG (1853), S. 8 u. 26.

²⁵⁵⁰ Vgl. HILLEMANN (2000), S. 1797; zur Diagnostik vgl. auch EBD., S. 1793.

dieser Gruppe. Leberverhärtung, auch Schrumpfleber, ist eine veraltete begriffliche Umschreibung. Heute spricht man von Leberfibrose bzw. -zirrhose und versteht darunter das Resultat einer permanenten Organschädigung, die verschiedene Ursachen haben kann. Leberverhärtung entspricht keinem einheitlichen Krankheitsbild, sondern umfasst insbesondere Leberzellkarzinom und Hepatitis.²⁵⁵¹ Der Begriff Hepatitis findet sich in den schauenburgischen Kirchenbüchern nicht, wohl aber die Todesursache Gelbsucht. Ikterus bzw. Gelbsucht ist ebenfalls keine Krankheit, sondern ein Symptom, das zumeist krankhafte Störungen der Leber- oder Gallenfunktion begleitet.²⁵⁵² Die Hepatitisformen²⁵⁵³ B und C können, wenn sie chronifizieren, nicht nur eine Leberschädigung in Form einer Zirrhose hervorrufen, sondern auch zur Entstehung eines Karzinoms führen.

Die geschlechtsspezifische Analyse der zu einer Gruppe zusammengefassten „Leberleiden“ (ohne *Leberkrebs*) hat einen erhöhten Anteil an weiblichen Verstorbenen mit 54,3 % (84,3 : 100; n = 129) ergeben. Von acht Verstorbenen mit der Todesursache *Leberkrebs* waren fünf weiblich. Diese Befunde decken sich zwar mit der Geschlechterverteilung der Todesursache *Krebs*, weichen indes von der für die Gruppe der „Magenleiden“ ermittelten ab. Noch höher ist der Anteil verstorbener Frauen mit 59,3 % (68,8 : 100; n = 81) bei der Todesursache *Gelbsucht*. Anders verhält es sich in der Gegenwart: Erkrankungs- und Sterberate von Männern in der Bundesrepublik Deutschland sind sowohl bei Leberzellkarzinomen²⁵⁵⁴ als auch Hepatitisinfektionen²⁵⁵⁵ deutlich erhöht. Zu berücksichtigen sind das veränderte Sexualverhalten sowie der Konsum von Rauschdrogen, den wichtigsten Risikofaktoren in den modernen Industriegesellschaften.²⁵⁵⁶ Das erhöhte Risiko für Frauen in der Vergangenheit dürfte aus vermehrten Schwangerschaften sowie dem Umgang mit kontaminierten Lebensmitteln resultieren.

²⁵⁵¹ Vgl. BRESSLER (1841), S. 51 f.

²⁵⁵² Der Ikterus ist eine Folge des Anstiegs von des Gallenfarbstoffs Bilirubin im Blut. Dieser Farbstoff, der normalerweise vom Organismus ausgeschieden wird, ist ein Abfallprodukt und entsteht beim Abbau von Hämoglobin.

²⁵⁵³ Die Hepatitis D spielt in diesem Kontext ebenfalls eine Rolle. Allerdings tritt sie nur auf, wenn bereits eine Infektion durch den Typ B erfolgt ist. Kommt es zu einer Superinfektion, steigen Letalität bzw. Karzinomrisiko im Vergleich zum Typ B deutlich an; vgl. MEISEL (2009), S. 383.

²⁵⁵⁴ Vgl. RKI (2017), S. 40-43.

²⁵⁵⁵ Vgl. RKI (2013), S. 85.

²⁵⁵⁶ Vgl. EBD., S. 82-84 u. 130.

Der sehr hohe Frauenanteil im Zusammenhang mit der Todesursache *Gelbsucht* indiziert, dass viele Betroffene an einer Beeinträchtigung der Gallenblase litten. Im Gegensatz zum Magen- und Leberzellkarzinom entspricht in der Bundesrepublik Deutschland das Risiko für Frauen, an einem Karzinom der Gallenblase und der Gallenwege zu erkranken, dem der Männer oder liegt darüber.²⁵⁵⁷ Die Prävalenz von Frauen für eine Cholezystitis bzw. Gallenblasenentzündung und die Formation von Gallensteinen übersteigt sogar deutlich die der Männer.²⁵⁵⁸ Bei der Bestimmung der Hochrisikogruppe hat sich die 6-F-Regel herausgebildet: female – forty – fat – fertile – family – fair. Demnach leiden Frauen, die mindestens 40 Jahre alt, hellhäutig und übergewichtig sind, bereits Schwangerschaften hatten und bei denen eine positive Familienanamnese besteht, überdurchschnittlich oft an Gallensteinen. Dass auch während des Untersuchungszeitraums Frauen besonders oft an Beeinträchtigungen der Gallenfunktion litten, bestätigen die Todesursachen, die sich zur Gruppe der „Gallenleiden“ zusammenfassen lassen: In den schauenburgischen Sterberegistern gibt es zwölf Belege für *Gallensucht*, *Gallen[stein]krankheit* o. ä. In acht Fällen handelte es sich um Frauen, nur vier der Verstorbenen waren männlichen Geschlechts.

Ablagerungen finden sich nicht nur in der Galle, sondern auch in anderen Organen. Neben der Todesursache *Gallensteinkrankheit* enthalten die schauenburgischen Sterberegister 37 Belege für „Steinleiden“ ohne Angabe des betroffenen Organs (*am Steinschaden*, *Steinschmerzen* o. ä.). Doch dürfte es sich bei diesen Todesursachen nur ausnahmsweise um Gallensteine handeln. Frauen sind dabei kaum betroffen, der Anteil der an einem „Steinleiden“ verstorbenen Männer beträgt 83,8 %. Dieser Wert entspricht wiederum dem Anteil der Männer mit der Todesursache *Blasensteine*, *Verstopfung der Blase* oder *Verhalten des Urins*. Nur zwei Verstorbene aus dieser Personengruppe (n = 20) sind weiblichen Geschlechts, 90 % also Männer. Als Ursache für die Miktionsstörung im Sinne eines Harnverhalts kommen zum einen Blasensteine in Betracht. Der primäre Blasenstein wird unmittelbar in der Harnblase gebildet, der sekundäre in der Niere oder den Harnleitern, von wo aus er in die Harnblase transportiert wird. Zum andern kann die Ursache auch eine benigne Prostatahyperplasie sein. Die vergrößerte Prostata kann durch Druck auf den Harnleiter den Harnabfluss so stark

²⁵⁵⁷ Vgl. RKI (2017), S. 44.

²⁵⁵⁸ Vgl. RKI (2005a), S. 20.

behindern, dass eine vollständige Entleerung der Blase nicht mehr möglich ist (Überlaufblase bzw. chronischer Harnverhalt). Beim akuten Harnverhalt ist die Blasenentleerung unmöglich. In diesem Fall kann die Blase reißen. Auch eine Verschlechterung der Nierenfunktion bis hin zur vollständigen Niereninsuffizienz ist möglich. An den in den schauburgischen Sterberegistern aufgeführten „Steinleiden“ starben – ebenso wie an den Todesursachen, die explizit auf einen Harnverhalt verweisen – vorzugsweise Männer. Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass ein Großteil der männlichen Verstorbenen nicht an Blasen- oder Nierensteinen, sondern an einer krankhaften Vergrößerung der Prostata litt.

Die zu unterschiedlichen Gruppen zusammengefassten Todesursachen lassen sich nicht streng voneinander abgrenzen. Doch scheinen in diesen Gruppen bestimmte Organbeeinträchtigungen bzw. Krankheiten schwerpunktmäßig vertreten zu sein. So ist Hepatitis eher bei den „Leberleiden“ zu vermuten, zumindest nicht vorrangig bei der Todesursache *Gelbsucht*. Ohnehin ist Ikterus ein Symptom, das durch unterschiedliche Krankheiten hervorgerufen werden kann. Im Falle der gleichnamigen Todesursache aus den schauburgischen Sterberegistern indes deutet einiges darauf hin, dass die Ursache oftmals eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gallenfunktion war. Dafür spricht auch die Altersverteilung: Von den zwölf Personen, die an „Gallenleiden“ starben, hatten neun das 40. Lebensjahr vollendet. Bei der Todesursache *Gelbsucht* beträgt der Anteil der Altersgruppe ab 50 Jahren knapp 70 %.²⁵⁵⁹

Sowohl die Karzinomerkrankungen als auch „Magenleiden“ etc. haben gemeinsam, dass die Verstorbenen zumeist ein relativ hohes Alter erreicht hatten. Indes ergibt ein Vergleich der altersspezifischen Verteilung der Todesursache *Krebs* mit „Magenleiden“ und „Leberleiden“, also den beiden Gruppen mit den meisten Belegen, eine leichte Abweichung (**Abb. 166**). Denn während mehr als 70 % der Verstorbenen, die das 50. Lebensjahr vollendet hatten, aufgrund von *Krebs* starben, waren es im Falle der „Magen-“ und „Leberleiden“ jeweils nur rund 55 %. Die Todesursachen, die auf eine Karzinomerkrankung verweisen, sind hinsichtlich des primär oder sekundär betroffenen Organs zwar heterogen. In ihrer Gesamtheit aber stellen sich diese Todesursachen in Schaumburg als ein Phänomen des fortgeschrittenen Lebensalters dar. Nun

²⁵⁵⁹ Der Anteil der Säuglinge und Kinder beträgt 8.8 %, der der Verstorbenen vom 21.–50. Lebensjahr 22,5 %. In der Gruppe der Jugendlichen wurde die Todesursache *Gelbsucht* nicht registriert.

gab es noch keine wirksamen Therapien, um das Tumorwachstum zumindest zu verlangsamen. Und Operationen bargen an sich schon ein erhebliches Risiko, wirkten eher lebensverkürzend. Daraus ist zu schließen, dass sich tumoröse Gewebsveränderungen zu einem großen Teil erst in einer späteren Lebensphase manifestierten. Auch der Anteil der Personen, die an einer Beeinträchtigung des Magens oder der Leber litten und in einem fortgeschrittenen Lebensalter starben, ist vergleichsweise hoch. Hinzu kommt, dass die saisonalen Sterblichkeitskurven von „Magen-“ und „Leberleiden“ trotz des eher ungewöhnlichen Mortalitätsmusters stark mit der Todesursache *Krebs* korrespondieren (**Abb. 167**). Eine plausible Erklärung ist, dass viele Personen aus diesen beiden Gruppen ebenfalls an einer Karzinomerkrankung verstorben sind. Ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg lässt sich nicht seriös schätzen. Doch muss die tatsächliche Zahl an Karzinomerkrankungen deutlich über derjenigen gelegen haben, die von den zeitgenössischen Medizinern als solche diagnostiziert worden sind.

Erkrankungen des Unterleibs

Ein verhältnismäßig großer Teil der Todesursachen, die altersbedingte Beeinträchtigungen der inneren Organe indizieren, entfällt auf den Bereich des Unterleibs. Die damit einhergehenden gesundheitlichen Beschwerden können von den Betroffenen in der Regel gut lokalisiert und präziser beschrieben werden. Zudem ist die Symptomatik oftmals relativ eindeutig. Diarrhoen und Obstipationen verweisen auf den Darm, vaginale Blutungen auf die weiblichen Geschlechtsorgane, Leistenbrüche lassen sich ertasten. In der weiterführenden Diagnostik waren die zeitgenössischen Ärzte allerdings stark eingeschränkt. So war vor der Entdeckung bildgebender Verfahren selbst die Diagnose eines mechanischen Darmverschlusses nicht sicher.²⁵⁶⁰ Darüber hinaus war der Bereich des Unterleibs schambesetzt, was eine Untersuchung erschweren konnte.

Der Begriff *Unterleib* wurde rund 250-mal in den schaumburgischen Kirchenbüchern verzeichnet. Die größte Gruppe bildet dabei die Todesursache *Unterleibsentzündung*, für die es von 1797 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums 131 Belege gibt. Daneben finden sich Varianten wie *Unterleibsleiden*, *Unterleibsschwindsucht*, *Unter-*

²⁵⁶⁰ Vgl. allg. RUST (1836), S. 414-421.

leibsverhärtung, rheumatische Unterleiberkrankung oder in Folge von Unterleibsbeschwerden. Diese Todesursachen wurden als „Unterleibsleiden“²⁵⁶¹ zu einer Gruppe zusammengefasst und mit *Unterleibsentzündung* verglichen: Die Analyse der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit hat jeweils eine Übersterblichkeit auf Seiten der weiblichen Individuen ergeben. Ihr Anteil beträgt bei der Todesursache *Unterleibsentzündung* 64,1 % (56 : 100; n = 131), in der Gruppe der „Unterleibsleiden“ 58,3 % (71,4 : 100; n = 84).

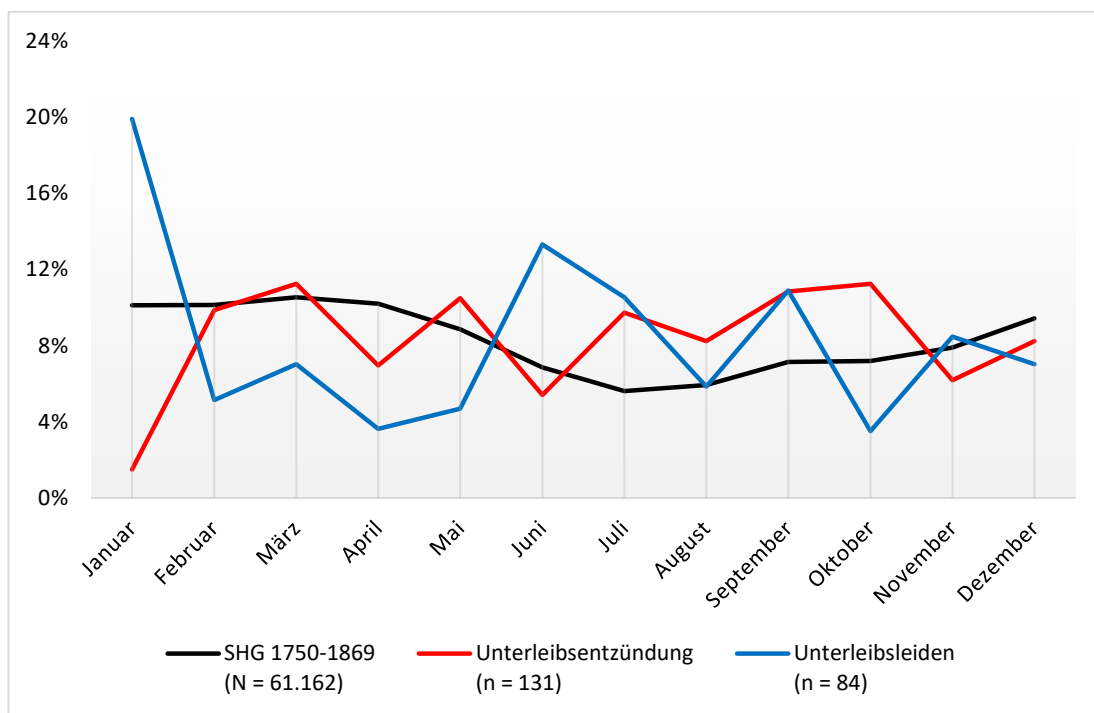


Abb. 168: Unterleiberkrankungen – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)

Die Kurven der saisonalen Sterblichkeit bilden keine klimatischen Einflüsse ab (**Abb. 168**). Sie verlaufen zum Teil gegenläufig zur Gesamtsterblichkeit, *Unterleibsentzündung* auf das Jahr gesehen tendenziell ausgeglichen. Die zackenartigen Ausschläge nach oben und unten sind keine Indizien für einen epidemischen Ursprung, sondern auf die geringe Datengrundlage zurückzuführen. Die Ermittlung der Altersverteilung ergibt prozentuale Anteile der zusammengefassten Erwachsenengruppen von jeweils weit mehr als 70 % (**Abb. 169**). Allerdings wurde die Todesursache *Unterleibsentzündung* etwas öfter bei Kindern und Jugendlichen registriert.

²⁵⁶¹ Nicht aufgenommen wurden Todesursachen, bei denen lt. Sterberegister die Beeinträchtigung des Unterleibs Folge der Tuberkulose, eines Unfalls, einer Karzinomerkrankung o. ä. ist.

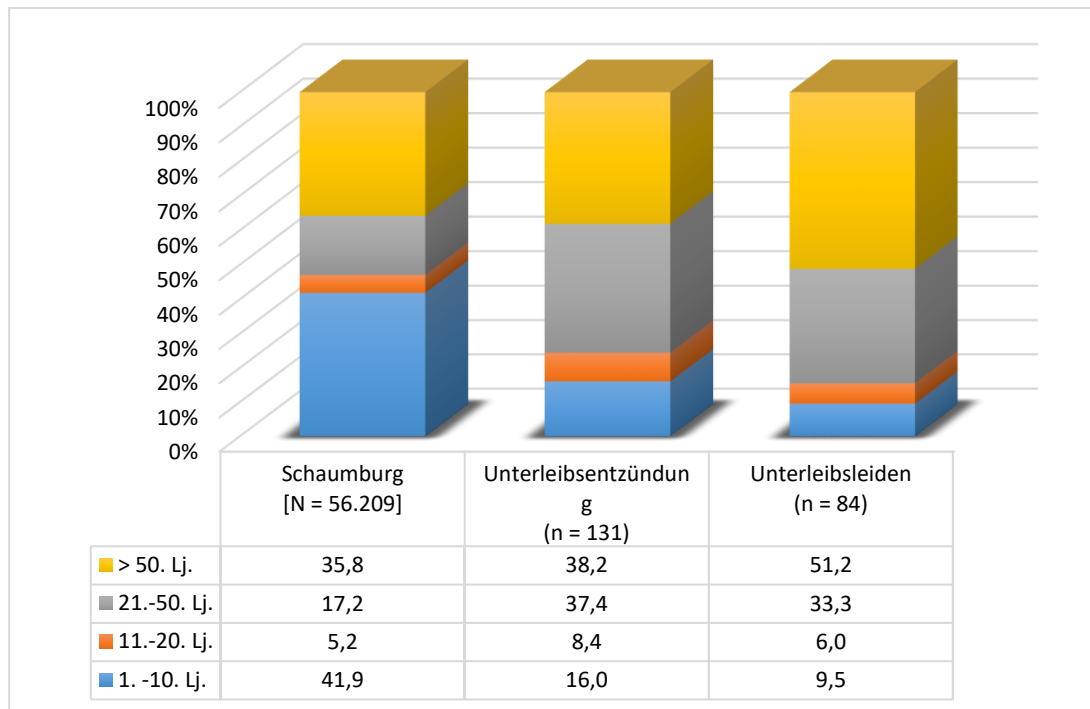


Abb. 169: Unterleibserkrankungen – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)

Die Ermittlung der Altersverteilung nach Lebensjahrzehnten getrennt nach Geschlechtern ergibt eine hohe Übereinstimmung zwischen *Unterleibsentzündung* und „Unterleibsleiden“ mit zunehmendem Lebensalter (**Tab. 41**). Dass im Fall der Todesursache *Unterleibsentzündung* der Anteil der weiblichen Individuen den der männlichen bereits in der Pubertät beträchtlich übersteigt, verweist auf eine überdurchschnittliche Vulnerabilität heranwachsender Frauen. Eine Abweichung vom Trend, die in beiden Fällen zu beobachten ist, bildet die erhöhte Sterblichkeit der Männer in der Altersgruppe vom 61.–70. Lebensjahr. Auch in dieser Altersgruppe scheint eine ausgeprägte Vulnerabilität für tödlich verlaufende Erkrankungen des Unterleibs, insbesondere der Geschlechtsorgane, bestanden zu haben. Trotz der geringen Zahl an Datensätzen besteht eine Reihe von Gemeinsamkeiten, was nur den Schluss zulässt, dass sich hinter der Todesursache *Unterleibsentzündung* keine eigenständige Krankheit verbirgt. Sie umfasst eine Reihe unterschiedlicher Erkrankungen, die sich zu einem großen Teil mit denen aus der Gruppe „Unterleibsleiden“ decken.

Todesursachen wie *Unterleibsbeschwerden* oder *Unterleibsentzündung* enthalten keine konkreten Informationen über die pathologischen Veränderungen. Die Verstorbenen könnten an einer Beeinträchtigung der Geschlechtsorgane gelitten haben; in diesem Fall ließen sich die verallgemeinernden Beschreibungen damit erklären, dass ein

schambesetzter Bereich betroffen war. Eine Inaugenscheinnahme im Rahmen der Untersuchung war keineswegs selbstverständlich, die Behandlung „unter der Bettdecke“ lange üblich.²⁵⁶²

Tabelle 41

Krankheiten des Alters – Unterleibserkrankungen – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

	Unterleibsentzündung [n = 131]		Unterleibsleiden [n = 84]	
	m	w	m	w
1. - 10. Lj.	162,5	100	100	100
in %	61,9	38,1	50,0	50,0
11. - 20. Lj.	22,2	100	150	100
in %	18,2	81,8	60,0	40,0
21. - 30. Lj.	28,6	100	100	100
in %	22,2	77,8	50,0	50,0
31. - 40. Lj.	18,8	100	33,3	100
in %	15,8	84,2	25,0	75,0
41. - 50. Lj.	50,0	100	33,3	100
in %	33,3	66,7	25,0	75,0
51. - 60. Lj.	57,1	100	77,8	100
in %	36,4	63,6	43,8	56,3
61. - 70. Lj.	142,9	100	137,5	100
in %	58,8	41,2	57,9	42,1
> 70 Jahre	37,5	100	33,3	100
in %	27,3	72,7	25,0	75,0

Mehr Aussagekraft besitzen die Todesursachen *Kolik*, *Verstopfung* und *Bruchschaden*, die ebenfalls den Bereich des Unterleibs betreffen, aber eine weiterführende Information enthalten, die Rückschlüsse auf die Art der körperlichen Beeinträchtigungen zulassen. Da diese Todesursachen in den schaumburgischen Kirchenbüchern hinreichend belegt sind, bietet sich eine vergleichende Analyse an. Einbezogen wurden darüber hinaus noch verschiedene weitere Todesursachen mit Bezug zum Verdauungstrakt, die zur Gruppe der „Darmleiden“ zusammengefasst wurden.

²⁵⁶² Vgl. DREES (1988), S. 38.

Kolik steht mit mehr als 180 Registrierungen innerhalb dieser Gruppe an erster Stelle. Der Begriff *Kolik* leitet sich vom lateinischen *colicus* bzw. *colon* (dt. Dickdarm) ab. *Koliken* sind heftige Schmerzen, die nicht nur den Darm betreffen. Verbreitet sind vor allem Nieren- und Gallenkoliken, gelegentlich treten *Koliken* in weiteren Organen auf. Belege für die Todesursache *Kolik* finden sich kirchspielübergreifend seit den 1760er Jahren, nach den 1830er Jahren sind sie selten. Gelegentlich erscheint *Kolik* zusammen u. a. mit *Schlagfluss*, *Dumpf* oder *Verstopfung*. Die Todesursache *Verstopfung* ist mit rund 150 Belegen ebenfalls häufig vertreten. Im Vergleich zu *Kolik* erscheint *Verstopfung* seltener in Kombination mit einer weiteren Todesursache. Der erste Beleg datiert in das Jahr 1695, im Laufe des 19. Jahrhunderts wird *Verstopfung* ebenso wie *Kolik* unüblich. Umgekehrt verhält es sich mit *Bruchschaden*. Die ersten Belege stammen zwar ebenfalls aus dem 17. Jahrhundert, bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts ist diese Todesursache aber äußerst selten. In einigen Fällen ist nicht klar, ob es sich um die Folgen eines Knochenbruchs handelt. Doch zumeist sind die Eintragungen, die oft Zusätze wie *eingeklemmter*, *ausgetretener* oder *außgestoßener* enthalten, eindeutig. Varianten sind *hernia incarcerata*, *eingeklemmte Darmschläuche*, *Folge eines Leistenbruchs* etc.

Der Gruppe der „Darmleiden“ wurden Todesursachen zugeordnet, die eher selten belegt sind, aber einen begrifflichen Bezug zur Beeinträchtigung des Darms enthalten. Diese können sowohl mechanisch bedingt als auch durch Entzündungen oder Infektionen hervorgerufen worden sein. Neben Todesursachen wie z. B. *Darmentzündung*, *[Mast]darmgeschwür[e]*, *Darmlähmung* oder *[acuter] [Magen- u.] Darmcatarrh* wurden auch *Darmverschlingung*, *Miserere* oder *Darmgicht*²⁵⁶³ unter „Darmleiden“ subsummiert. Der Vergleich der geschlechtsspezifischen Mortalität beziehungsweise der Sexualproportionen ergibt eine durchgehende Übersterblichkeit auf Seiten der männlichen Individuen (**Tab. 42**).²⁵⁶⁴ Allerdings fällt der Wert der heterogen zusammengesetzten Gruppe der „Darmleiden“ mit 53,9 % etwas von den Werten der Todesursachen *Kolik*, *Verstopfung* und *Bruchschaden* ab.

²⁵⁶³ *Miserere* bzw. *Darmgicht* äußert sich u. a. durch Koterbrechen infolge eines Darmverschlusses; vgl. auch GALLESKY (1767), S. 8-10.

²⁵⁶⁴ Die Übersterblichkeit der Männer aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane besteht auch in der Gegenwart; vgl. RKI (2005a), S. 16 f.

Tabelle 42

Krankheiten des Alters – Darmerkrankungen – geschlechtsspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869)

	m	w
Kolik		
(n = 186)	138,5	100
in %	58,1	41,9
Verstopfung		
(n = 148)	127,7	100
in %	56,1	43,9
Bruchschaden		
(n = 91)	133,3	100
in %	57,1	42,9
"Darmleiden"		
(n = 89)	117,1	100
in %	53,9	46,1

Die Gruppe der „Darmleiden“ unterscheidet sich auch bei der Altersverteilung von den drei Todesursachen (**Abb. 170**). Signifikant erhöht ist im Vergleich die Mortalität der Säuglinge und verstorbenen Kinder bis zum 10. Lebensjahr, deren Anteil ein knappes Drittel beträgt.

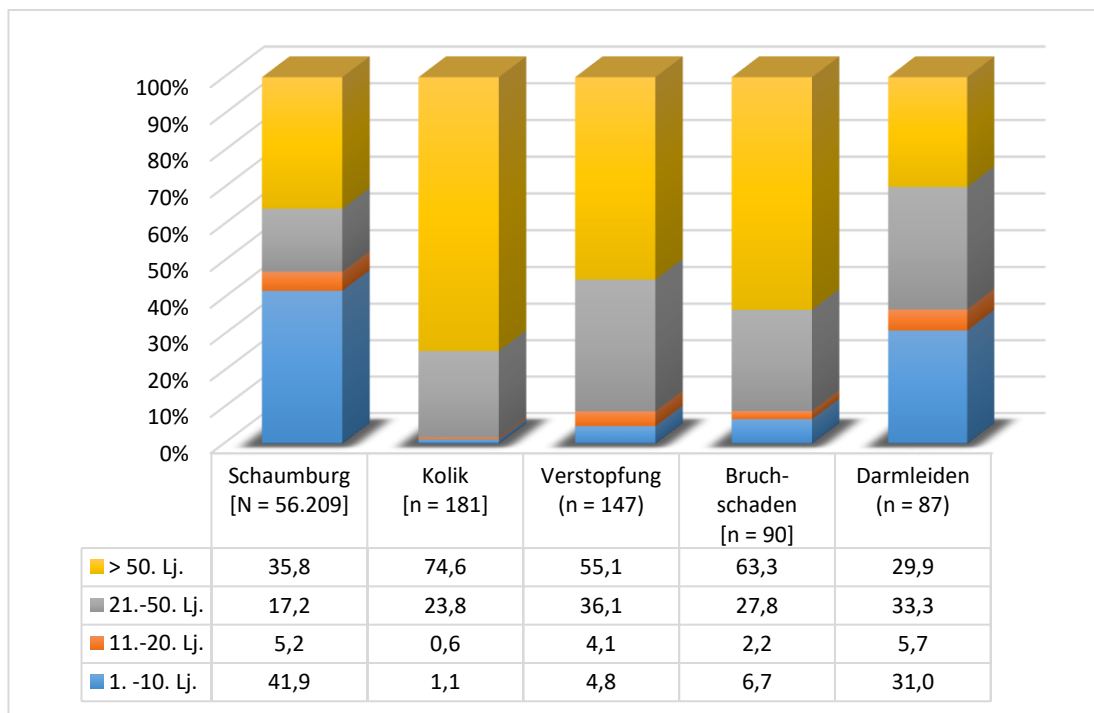


Abb. 170: Darm- und Unterleibsleiden – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

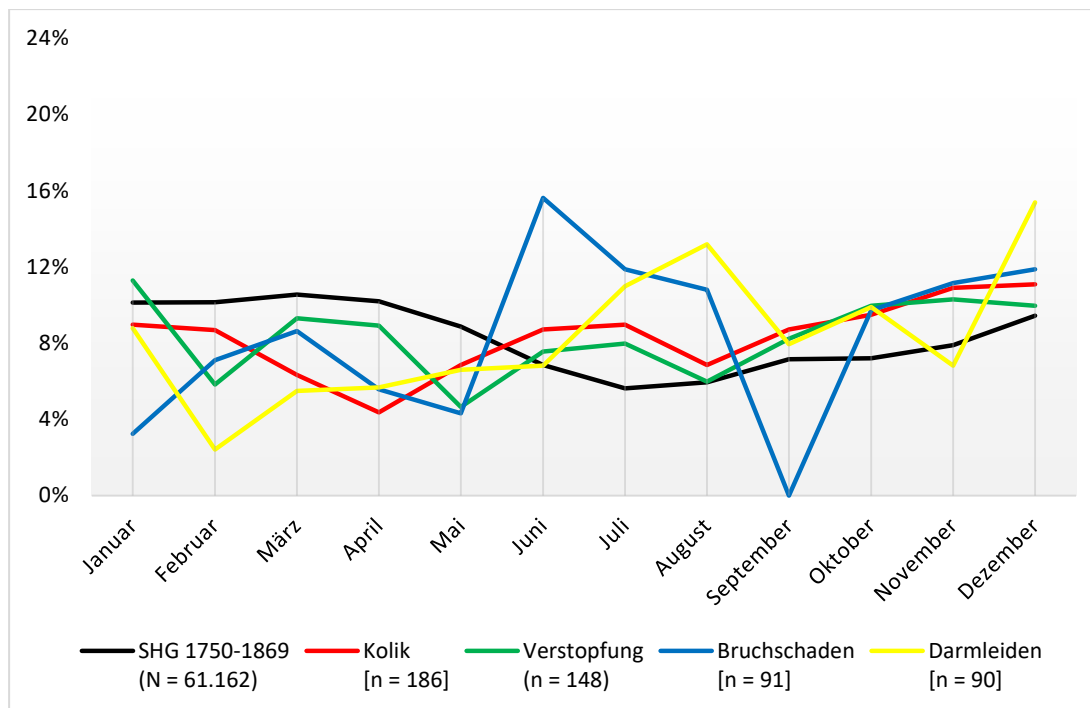


Abb. 171: Darm- und Unterleibsleiden – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent

Die saisonale Verteilung schließlich ergibt zu einer starken Abweichung von der Gesamtsterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (**Abb. 171**). In der ersten Jahreshälfte liegen die Werte fast durchgehend darunter, in der zweiten Jahreshälfte darüber. Zudem fallen zwei Mortalitätsgipfel in der warmen Jahreszeit auf. Die Anteile der Todesursache *Bruchschaden* steigen in den Sommermonaten an, die der Gruppe der „Darmleiden“ neben dem Dezember in den Monaten Juli und August. Nur die Kurven von *Kolik* und *Verstopfung* verlaufen weitgehend diskret.

Mit einem Anteil von 74,6 % der Altersgruppe ab 50 Jahren stellt sich gerade *Kolik* als Erscheinung des fortgeschrittenen Lebensalters dar. Koliken werden üblicherweise durch „Steine“ bzw. verklumpte Ablagerungen in Galle, Nieren oder Blase ausgelöst. In erster Linie also Alterssymptome, während Darmkoliken vornehmlich Folge von Eiteransammlungen oder Fisteln, wie sie insbesondere bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) auftreten, sind. Diese Erkrankungen manifestieren sich bereits in jungen Jahren, verursachen auf lange Sicht Schädigungen in Form von Vernarbungen und begünstigen die Entstehung von Karzinomen. Unbehandelt sind sehr schwere Verläufe denkbar. Woran die Verstorbenen mit

der Todesursache *Kolik* aus den schauburgischen Sterberegistern letztlich erkrankt waren, lässt sich auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht ermitteln. In Frage kommen alle Erkrankungen, die sich symptomatisch in Form heftiger Schmerzen im Bereich des Abdomens äußern.

Für die Todesursachen *Verstopfung* und *Bruchschaden* ist von einem unmittelbaren Zusammenhang mit Beschwerden im Bereich des Darms auszugehen. Verstopfung (Obstipation) ist eine übliche Umschreibung für Defäkationsprobleme, ein typischer Leistenbruch äußert sich in Form einer Ausstülpung von Teilen des Darms. Mögliche Folgen mit letalem Ausgang sind Peritonitis, Sepsis und Ileus. Leistenbruch oder Volvulus (Strangulationsileus, Darmverschlingung) sind Beeinträchtigungen, die durchaus unter Kindern auftreten können, was den etwas erhöhten Anteil Verstorbener unter 10 Jahren bei den Todesursachen *Verstopfung* und *Bruchschaden* erklärt. Zu den näheren Umständen der Obstipation, die bisweilen nur Begleitsymptom gewesen sein könnte, lässt sich nichts sagen. Zur Todesursache *Bruchschaden* liegt eine aussagekräftige weitere Information vor: Die Mortalität stieg in den Sommermonaten signifikant an, Folge einer erhöhten saisonal bedingten körperlichen Belastung. Die schwere Arbeit in der Landwirtschaft hat vermehrt zu Leistenbrüchen geführt bzw. bereits vorhandene verschlimmert.

Die Gruppe der „Darmleiden“ unterscheidet sich von *Kolik*, *Verstopfung* und *Bruchschaden* durch eine hohe Sterblichkeit in der jüngsten Altersgruppe und eine geringe in der ältesten. Die Todesursachen, die den „Darmleiden“ zugeordnet worden sind, zählen in ihrer Gesamtheit nicht zu den typischen Erkrankungen des Alters. Darüber hinaus legt die saisonale Sterblichkeitsverteilung die Vermutung nahe, dass ein Teil der „Darmleiden“ infektiöser Natur gewesen ist (**Abb. 171**). Der Sterblichkeitsanstieg in den heißen Monaten Juli und August lässt sich durch eine Verbreitung von Infektionskrankheiten erklären, die sich durch Diarrhoen äußern. Die Todesursache lautet häufig (*acuter*) (*Magen- u.*) *Darmcatarrh*. Mit den Symptomen der Ruhr war man vertraut. Wahrscheinlicher sind daher Gastroenteritis (Magen-Darm-Grippe) oder auch Salmonellosen.

Ein Teil der Todesursachen aus der Gruppe der „Darmleiden“, die größtenteils aus dem Zeitraum nach 1830 stammen, könnte zudem *Kolik* und *Verstopfung* abgelöst haben. Die beiden Todesursachen verschwinden im Laufe des 19. Jahrhunderts weitgehend aus den Sterberegistern. Ein plausibler Grund für einen erheblichen Rückgang der *Kolik* und *Verstopfung* zugrundeliegenden Erkrankungen in der schauburgischen Bevölkerung ist nicht ersichtlich. Die entsprechenden Todesfälle müssen daher unter alternativen Bezeichnungen registriert worden sein. Abgesehen von den „Darmleiden“ könnten anstelle von *Kolik* noch Todesursachen, die sich auf eine Erkrankung der Nieren beziehen und seit den 1850er Jahren zunehmen, registriert worden sein.

Geschwüre

Unter dem Einfluss akademisch gebildeter Mediziner, die sich seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert verstärkt in der Grafschaft Schaumburg niederließen, erweiterte sich das Spektrum der Todesursachen. An der Vorliebe, sich bei der Benennung an einem sichtbaren Symptom zu orientieren, änderte sich wenig. Dies gilt beispielsweise für die Gruppe der *Geschwüre*, die seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert belegt sind.

Im Kirchspiel Grove (Rbg) wurde 1692 vermerkt, dass ein 2-jähriges Mädchen *an einem Geschwür* gestorben sei. Darüber hinaus finden sich in diesem Kirchspiel im 17. Jahrhundert sechs weitere Belege, die vermutlich Erkrankungen mit ähnlichen äußeren Symptomen bezeichnen, wenngleich sie lateinisch als *aposte malo* oder *Apostema* umschrieben wurden. Im 18. und 19. Jahrhundert war in Schaumburg dann nahezu ausnahmslos der Begriff *Geschwür[e]* gebräuchlich. Neben der einfachen Todesursache *Geschwür[e]* gibt es Erweiterungen mit Hinweisen auf befallene Organe oder Körperregionen wie *Lungengeschwür*, *Geschwür in der Seite*, *Geschwür im Halse* oder *innere Geschwüre*. Kombinationen mit anderen Todesursachen wie *Geschwürwassersucht* oder *Auszehrung infolge eines Daumengeschwürs* sind eher selten. Die mehr als 200 Belege bilden keine homogene Gruppe. Ein pathologischer Zusammenhang zwischen beispielsweise einem *fistulösen Halsgeschwür* und *Lebergeschwüren* erschließt sich nicht. Die Gemeinsamkeit dürfte darin bestehen, dass die Verstorbenen an äußerlich sichtbaren oder zu ertastenden, vielleicht auch auskultierbaren Schäden litten. So können Geschwüre aufgrund von Gefäßverschlüssen auftreten. Diabetesbedingte Wundheilungsstörungen sind oftmals Ursache von Geschwüren.

Ein Teil der Belege für *Geschwür[e]* wurde den Gruppen „Magenleiden“ und „Leberleiden“ zugeordnet und wird im Folgenden nicht berücksichtigt. Verglichen werden *Lungengeschwür*, *Brustgeschwür*, *fistulöses Geschwür* und *innerliches Geschwür*, da für diese innerhalb der übergeordneten Gruppe *Geschwür[e]* aus den schauburgischen Sterberegistern die meisten Belege vorliegen.

Lungengeschwür wurde bei 37 Sterbefällen verzeichnet und erscheint über den gesamten Untersuchungszeitraum in unterschiedlichen Kirchspielen. Der Anteil der Verstorbenen männlichen Geschlechts ist mit 64,9 % (184,6 : 100; n = 37) außerordentlich hoch. Stark vertreten ist die Gruppe der Erwachsenen im mittleren Lebensalter (**Abb. 172**). Die Todesursache *Brustgeschwür*, die zwischen 1791 und 1831 18-mal kirchspielübergreifend dokumentiert wurde, unterscheidet sich sowohl in der geschlechts- als auch der altersspezifischen Sterblichkeit von *Lungengeschwür*. Nur 44,4 % Männer starben an *Brustgeschwür*, der Anteil der Frauen überwiegt mit 55,6 % (80 : 100; n = 18). Jede zweite verstorbene Person war über 50 Jahre alt. Zugleich ist der Anteil der Säuglinge und Kinder mit 16,7 % genau doppelt so hoch wie der entsprechende Anteil von *Lungengeschwür*. In Hinblick auf die geringe Datenbasis halten sich die statistischen Differenzen jedoch in Grenzen.

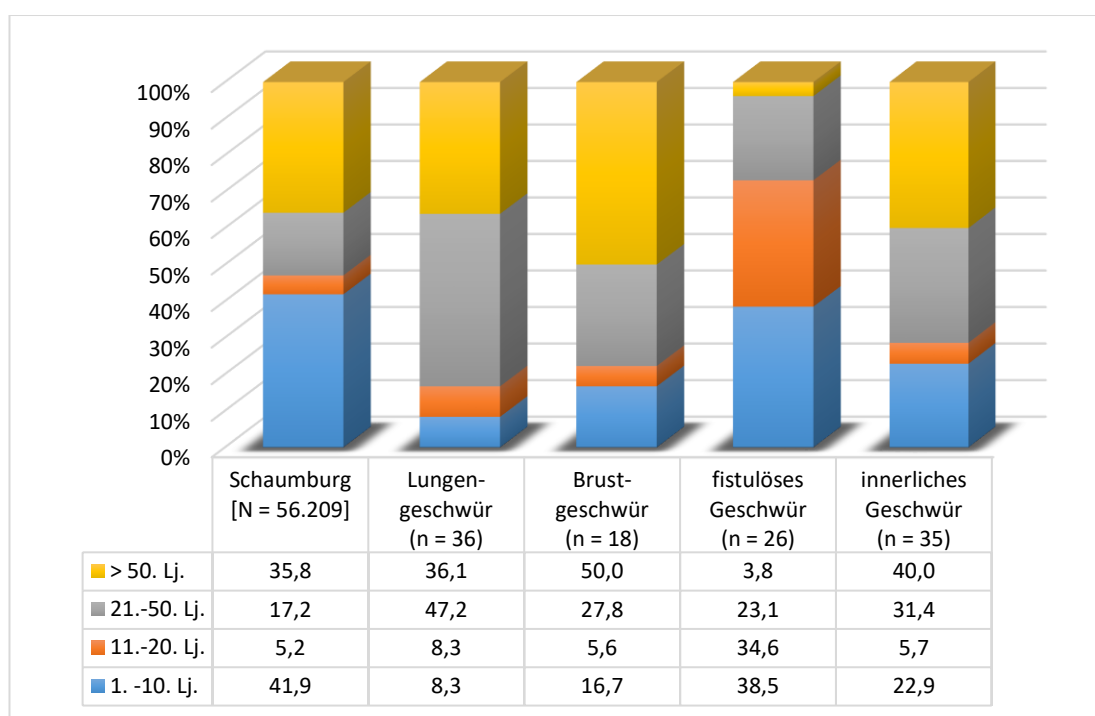


Abb. 172: Geschwüre – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)

Stärker sind die Abweichungen bei den Todesursachen, die *Geschwür[e]* in Verbindung zu einer *Fistel* setzen. Die betreffenden Personen sind zwischen 1779 und 1856 verstorben und stammen aus Kirchspielen im Norden und Süden des Untersuchungsgebiets. Die Todesursache lautet zumeist auf *fistulöse Geschwüre*, daneben gibt es Varianten wie *an fistulösen Hals=Geschwüren und der Auszehrung* oder *Fisteln, Geschwüre und Schwäche*. Der Anteil der männlichen Personen ist mit 53,8 % etwas erhöht (116,7 : 100; n = 26). Auffallend sind die hohen Anteile der Säuglinge, Kinder und Jugendlichen, zusammen mehr als 70 % aller Verstorbenen.

Bei *Lungengeschwür* und *Brustgeschwür* einerseits und den Geschwüren in fistulöser Form andererseits dürfte es sich um unterschiedliche Erkrankungen gehandelt haben. Zugleich ist nicht grundsätzlich davon auszugehen, dass mit *Brustgeschwür* beispielsweise im Falle eines 4-jährigen Jungen und einer 68-jährigen Frau eine identische Krankheit bezeichnet wurde. Die erwachsene Frau könnte an einer Karzinomerkrankung der Brust verstorben sein. Wahrscheinlicher sind aber Beeinträchtigungen der Lungenfunktion bei *Lungengeschwür* sowie *Brustgeschwür*. Der Anteil der Männer mit der Todesursache *Lungengeschwür* beträgt in der Altersgruppe vom 21.–50. Lebensjahr 82,4 %, in der Altersgruppe der über 50-jährigen 69,2 %. *Lungengeschwür* weist damit Parallelen u. a. zu Todesursachen wie *Steckfluß* und *Blutsturz* bzw. COPD und Tuberkulose auf (vgl. Kap. 3.6.2 bzw. 3.6.4). Darüber hinaus könnte ein Teil der Verstorbenen auch an einem Karzinombefall des Bronchialsystems gelitten haben.²⁵⁶⁵

Die Informationen in den schauburgischen Sterberegistern lassen eine Verortung der Geschwüre nicht immer zu. In mehr als 30 Fällen lautet die Todesursache *an einem inner[lich]en Geschwüre, inner[lich]e Geschwüre* o. ä. Ob ein bestimmtes Organ betroffen war oder ein erweiterter Bereich innerhalb des Rumpfes, bleibt offen. Die Geschlechterrelation dieser Gruppe ist mit 48,6 % männlichen und 51,4 % weiblichen Individuen (94,4 : 100; n = 35) annähernd ausgeglichen, verzeichnet wurde diese Todesursache größtenteils bei verstorbenen Erwachsenen (**Abb. 172**). Sowohl Alters- als auch Geschlechterrelation der Sterblichkeit lassen keinerlei Rückschlüsse auf mögliche zugrundeliegende Erkrankungen zu. Die Eintragungen über *innerliche Geschwüre* fallen fast ausnahmslos in den Zeitraum von 1776 bis 1828. Die relative Beliebigkeit

²⁵⁶⁵ Männer sterben in der Gegenwart häufiger an Bronchialkarzinomen; vgl. KLOTZ (2002), S. 245; RKI (2005a), S. 17.

dieser Todesursache ist mit der zunächst noch geringen Arztdichte in der Grafschaft Schaumburg zu erklären. Als im Laufe des 19. Jahrhunderts die Diagnosen exakter wurden, bestimmte man vermehrt auch den Sitz äußerlich nicht sichtbarer Geschwüre.

Die in diesem Kapitel behandelten Todesursachen unterscheiden sich von denen der frühesten Kindheit durch eine größere Vielfalt sowie zum Teil durch einen erweiterten begrifflichen Gehalt. Selbst eine Todesursache wie *Unterleibsverhärtung* ist noch aussagekräftiger als *Scheuerchen* bzw. *Krämpfe*. Dennoch ist es nur in eingeschränktem Maße möglich, von den Todesursachen auf die Krankheiten, an der die Verstorbenen gelitten haben, zu schließen. Im Fall von Infektionskrankheiten erleichtern zeitgleich auftretende Häufungen innerhalb von Einzelsiedlungen oder Parochien sowie nachvollziehbare Verbreitungswege die Zuordnung. Die Alterskrankheiten traten nur vereinzelt auf, weiterführende Informationen lassen sich nicht in vergleichbarem Maße erschließen. Immerhin ließen sich durch quantitative Vergleiche zum Teil Wahrscheinlichkeiten herausarbeiten. Ein Beispiel sind die „Steinleiden“, bei denen der außerordentlich große Geschlechterunterschied die Vermutung nahelegt, dass viele der männlichen Betroffenen an einer Veränderung der Prostata litten. Zwar macht es wegen der Unsicherheiten bei der Bestimmung keinen Sinn, Zuordnungen zu internistischen Leiden etc. zu treffen. Im rein quantitativen Sinne bleiben die meisten dieser Todesursachen hinter den herkömmlichen Todesursachen wie *Wassersucht* oder *Auszehrung* zurück. *Altersschwäche* wird sogar zum Ende des Untersuchungszeitraums gebräuchlicher. Doch bleibt als Ergebnis festzuhalten: Die Vielfalt der Todesursachen, die sich vorrangig auf Krankheiten des Alters bzw. Alterserscheinungen beziehen, spiegeln in besonderer Weise das zunehmende Bemühen der zeitgenössischen Mediziner, Aufschlüsse über pathogene Veränderungen zu gewinnen, wider. Letztlich sind sie Ausdruck eines zügig fortschreitenden Medikalierungsprozesses in der Grafschaft Schaumburg im Laufe des 19. Jahrhunderts.

4. STERBLICHKEIT IN DER GRAFSCHAFT SCHAUMBURG

4.1 Klima und Preise

Überblicksdarstellungen zur Geschichte der Frühen Neuzeit enthalten üblicherweise Ausführungen zum Einfluss des Klimas auf das Leben in einer Agrargesellschaft. Hervorgehoben werden die Vulnerabilität der Menschen gegenüber der Unberechenbarkeit des Wetters sowie die möglichen Folgen witterungsbedingter Ernteauffälle.²⁵⁶⁶ Bisweilen wird ein sehr trübes Bild der frühneuzeitlichen Lebensbedingungen gezeichnet: „Hunger war ein zentrales Problem der frühmodernen Gesellschaft, selbst die Bauern als Produzenten der Nahrung lebten am Rande des Verhungerns, Missernten konnten zu lokalen Subsistenzkrisen führen.“²⁵⁶⁷ In der Übergangsphase zur Neuzeit stehen in diesem Zusammenhang die Hungersnot von 1771/72, das Jahr ohne Sommer 1816 und die Missernten in Europa in den 1840er Jahren hervor. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass sich nicht zuletzt Missernten maßgeblich auf die Entwicklung der Mortalität ausgewirkt haben. Die Begriffe Subsistenz- bzw. Teuerungskrise geht zurück auf die Forschungen des französischen Wirtschaftshistorikers Jean Meuvret. In seinem berühmten Aufsatz „Les crises des subsistances et la démographie de la France d’Ancien Régime“ aus dem Jahre 1946 beschreibt Meuvret, wie sich zugleich mit dem Anstieg der Getreidepreise in den Jahren 1684/85, 1693/94 und 1709/10 in einer Region an der Loire die Sterblichkeit erhöhte, während die Anzahl der Eheschließungen deutlich sank.²⁵⁶⁸ Als Ursache galt nach der Subsistenzkrisentheorie, die schnell Anhänger fand, nicht der Mangel an Getreide an sich, sondern dessen Verteuerung:

„Die Einkünfte der betroffenen Bevölkerung vermochten den Preisen nicht zu folgen – ganz im Gegenteil; die Minderbemittelten sahen sich bald gezwungen, zu qualitativ ungeeigneten Nahrungsmitteln zu greifen (schlechte Mehlsorten, verdorbenes Fleisch, Notnahrung wie Wurzeln, Gräser usw.). Epidemien, die

²⁵⁶⁶ Vgl. VAN DÜLMEN (1982), S. 34-37; SCHULZE, WINFRIED (1987), S. 23-25; MIECK (1989), S. 12 f.; DIPPER (1991), S. 10-18; MÜNCH, PAUL (1998), S. 111; BRENDLE (2010), S. 121; HIPPEL (2013), S. 8.

²⁵⁶⁷ VOCELKA (2010), S. 130.

²⁵⁶⁸ Vgl. IMHOF (1977), S. 13-17.

mit der Verdauung zusammenhängen, brachen aus und wurden durch Bettler, Hausierer, Soldaten, Schmarotzer weiterverbreitet.“²⁵⁶⁹

Zwischen Ernährung und Gesundheit besteht eine Kausalbeziehung. Ob aber die Ernährungssituation in Mitteleuropa tatsächlich so kritisch war, dass die frühneuzeitliche Bevölkerungsentwicklung maßgeblich von ihr geprägt worden ist, ist zu hinterfragen. Für die Säuglingssterblichkeit als einem wachstumsbegrenzenden Faktor kann zwar ein Einfluss der Ernährung festgestellt werden; allerdings sind die hohen Mortalitätsraten vermutlich zu einem erheblichen Teil auf Fehlernährung zurückzuführen (vgl. Kap. 3.3). Nicht ein Mangel an Lebensmitteln, sondern ein Zuviel insbesondere an phosphatreicher Kuhmilch und anderen Nährstoffen, die für den kindlichen Organismus ungeeignet sind, ging zu Lasten der Gesundheit der Kinder. Im Zusammenhang mit der Säuglingsmortalität war Unterernährung also nicht das Problem. In Anbetracht der geringen Mengen, die Säuglinge und Kleinkinder verzehren, dürften zumindest diese Altersgruppen durch Missernten eher wenig beeinträchtigt worden sein.²⁵⁷⁰ Anders verhält es sich mit älteren Kindern und Erwachsenen, da diese schon aufgrund der körperlichen Arbeit einen hohen Kalorienbedarf hatten. Im Fall einer Missernte griff man auf Ersatznahrung wie Kleie oder Treber zurück, die unter das Getreidemehl gemischt wurde. Auch wurden Tiere gefangen, deren Verzehr man ansonsten verschmähte.²⁵⁷¹ Neben nährstoffarmen Lebensmitteln kann auch die Qualität des Getreides beeinträchtigt gewesen sein: „Während trockene Jahre häufig unterdurchschnittliche Erntemengen, aber Getreide von guter Qualität bedingen, trifft für feuchte Jahre das Gegenteil zu. Das Getreide kann in solchen Jahren zwar hohe Erträge abwerfen, ist aber meist von minderer Qualität und lässt sich nicht lange lagern.“²⁵⁷²

Die Schilderungen von Einzelfällen, die in die zeitgenössischen medizinischen Abhandlungen eingebettet worden sind, enthalten bisweilen Hinweise zur Ernährung. Zumeist handelt es sich um diätetische Empfehlungen, Ernährungsgewohnheiten sowie

²⁵⁶⁹ Zitat nach IMHOF (1977), S. 15.

²⁵⁷⁰ Die Skelettuntersuchungen eines frühmittelalterlichen Gräberfeldes in Bayern haben ergeben, „dass der kindliche Organismus sehr schnell in der Lage ist, bei einer verbesserten Ernährungssituation den Wachstumsrückstand wieder auszugleichen. Dies zeigt sich in der Feststellung, dass sich in den Längenmaßen der Langknochen von Individuen mit Harris-Linien zu den Individuen ohne Harris-Linien keine signifikanten Unterschiede fanden.“ ZINK (1999), S. 132.

²⁵⁷¹ Vgl. ASSION (1986), S. 20; HARTINGER (1986), S. 7; BRÁZDIL (2001), S. 63 f.

²⁵⁷² Vgl. EBD., S. 61.

der Ernährungszustand der erkrankten oder verstorbenen Person werden selten thematisiert. Um weiterführende Informationen über einen möglichen Zusammenhang zwischen Ernährung und Krankheit bzw. Mortalität in der Grafschaft Schaumburg zu gewinnen, bietet sich nur der Ansatz von Meuvret, also ein Vergleich zwischen Normalzeiten und Mangelphasen, an. Als statistische Variable stehen die vitalen Äußerungen – Geburten, Eheschließungen und Tod – zur Verfügung. Signifikante Abweichungen vom Normalwert indizieren externe Einflüsse, beispielsweise eine teuerungsbedingte Verschlechterung der Ernährungssituation auf das Leben der Bevölkerung.

Lebensmittel waren schon immer beliebte Spekulationsobjekte, deren Marktwert einer Reihe von Faktoren unterliegt.²⁵⁷³ Doch unabhängig von Preis und Angebot besteht grundsätzlich eine gleichbleibende Nachfrage von Seiten der Bevölkerung, wobei auch im Übergang zur Neuzeit das Getreide im Vordergrund stand.²⁵⁷⁴ Ausschlaggebend für die Preisentwicklung vieler landwirtschaftlicher Produkte war und ist überwiegend das Wetter. Die Historische Klimatologie hat in jüngerer Zeit sowohl die Erkenntnisse über das Auftreten temporärer Wetterphänomene und Klimaanomalien²⁵⁷⁵ als auch langfristiger Klimaperioden erweitern können. Naturerscheinungen erregen seit jeher das Interesse der Bevölkerung in besonderem Maße, entsprechende Berichte finden sich unter anderem in Stadtchroniken oder Kirchenbüchern.²⁵⁷⁶ Während die Rekonstruktion des Klimas in der Vergangenheit zunächst wesentlich auf anthropogenen Daten basierte, stehen mittlerweile Sammlung und Auswertung der sogenannten Proxydaten aus Baumringen, Sedimentschichten oder Eisbohrkernen im Vordergrund.²⁵⁷⁷

Am Beispiel des schaumburgischen Kirchspiels Grove (Rbg) werden im Folgenden jeweils die klimatologischen Besonderheiten in Zeiträumen von 20 Jahren hinsichtlich der Mortalität unter Berücksichtigung der Todesursachen untersucht. Der Zeitraum beginnt 1670 und endet 1869. Lediglich die Jahre von 1710–29 bleiben aufgrund einer nachweislich äußerst lückenhaften Überlieferung der Sterbefälle im Kirchspiel Grove

²⁵⁷³ Vgl. MEDICK (1997), S. 310; PFISTER (2001), S. 29.

²⁵⁷⁴ Vgl. LASSEN (2016), S. 150.

²⁵⁷⁵ „Als Anomalien werden innerhalb der instrumentellen Periode (seit 1755) Monatsmittel der Temperatur bezeichnet, die um einen bestimmten Mindestbetrag vom Durchschnitt 1901 bis 1960 abweichen.“ PFISTER (1999), S. 78.

²⁵⁷⁶ Vgl. auch PFISTER (1985), S. 23 u. 31 f.; ZELLER (2002), S. 29.

²⁵⁷⁷ Vgl. PFISTER (1985), S. 19 f.; MAUELSHAGEN (2010), S. 26 f.

(Rbg) ausgespart. Für den Zeitraum 1670–1769 werden zu Vergleichszwecken ergänzend die erhobenen Sterbedaten aus dem südschaumburgischen Kirchspiel Fischbeck hinzugezogen. Spätestens ab 1770 wurden Todesursachen flächendeckend in der Grafschaft Schaumburg registriert. Für den Zeitraum 1770–1869 werden neben Grove (Rbg) die Kirchspiele Großnenndorf, Exten, Fuhlen und Hohenrode untersucht. Diese Kirchspiele wurden zum einen ausgewählt, weil die Todesursachen weitgehend lückenlos bis mindestens 1850 registriert worden sind.²⁵⁷⁸ Zum andern befinden sich diese Kirchspiele in entgegengesetzten Landesteilen und bieten sich für einen Vergleich an. Den Norden repräsentieren Grove (Rbg) und Großnenndorf, Nachbarkirchspiele, durch deren Gebiet der Helweg führte. Die anderen drei Kirchspiele liegen ebenfalls in unmittelbarer Nachbarschaft zueinander südöstlich der Stadt Rinteln zwischen Lipper Bergland und Weser. Prägend für einige Mitgliedsgemeinden der südschaumburgischen Kirchspiele waren schwierige materielle Verhältnisse. Insofern lässt sich im Besonderen der Frage nachgehen, ob sich Teuerungsphasen unmittelbar auf die Sterblichkeit auswirkten.

Die Rekonstruktion der klimatischen Veränderungen sowie der Wetterverhältnisse in den jeweils untersuchten Zeitabschnitten basiert auf den Analysen von Pfister (1985; 2001), Behringer (2007) und Mauelshagen (2010). Hinzugezogen wurden unter anderem noch Quellentexte wie persönliche Anmerkungen aus Kirchenbüchern. Auf eine ausführliche Darstellung der Entwicklung der Getreidepreise wurde verzichtet, da im Rahmen der folgenden Analyse nur stärkere Abweichungen vom Durchschnittspreis relevant sind. Die Getreidepreise entwickelten sich überregional ähnlich.²⁵⁷⁹ Verteuerten sich die Preise im norddeutschen Raum, war auch die Grafschaft Schaumburg betroffen. Ergänzend werden Hinweise auf Epidemien bzw. Mortalitätskrisen in deutschen Territorien aus historisch-demographischen Untersuchungen eingearbeitet. Abschließend wird unter Berücksichtigung der schauburgischen Ergebnisse die Frage erörtert, ob es einen maßgeblichen Zusammenhang zwischen temporären Verknappungen des Nahrungsspielraums und der Entwicklung der Sterblichkeit im Übergang zur Neuzeit gegeben hat.

²⁵⁷⁸ Das Kirchspiel Fischbeck wurde aufgrund lückenhafter Überlieferung der Todesursachen nicht einbezogen.

²⁵⁷⁹ Vgl. LASSEN (2016), S. 56.

Kleine Eiszeit

Der im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Gesamtzeitraum fällt in eine Klimaperiode, die als Kleine Eiszeit²⁵⁸⁰ bezeichnet wird. Datiert wird sie im Allgemeinen vom Beginn des frühen 14. Jahrhunderts bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts. Als Ursachen für die klimatischen Veränderungen wird das Zusammenspiel zwischen einer abschwächenden Sonneneinstrahlung, Schwankungen der Sonnenaktivität und Ausbrüchen äquatornaher tropischer Vulkane angesehen.²⁵⁸¹ Eine langandauernde Phase mit einem Rückgang der Sonnenflecken datiert in den Zeitraum von 1645–1715 und wird nach dem englischen Astronomen John Edward Maunder als Maunder-Minimum bezeichnet.²⁵⁸² Für die Jahre 1672–1704 ist ein vollständiges Fehlen der Sonnenflecken dokumentiert. Die Reduktion der Sonnenaktivität betrug zwar nicht einmal ein halbes Prozent, führte aber auf der Erde zur Häufung von Kälteextremen sowie zu einer überdurchschnittlichen Trockenheit.²⁵⁸³ In die zweite Hälfte des 17. Jahrhunderts fallen eine Reihe sehr kalter Winter.²⁵⁸⁴ Die Jahre von ca. 1686/88–1701 gelten als „Höhepunkt der Kleinen Eiszeit“.²⁵⁸⁵

Mit zunehmender Sonnenfleckenaktivität zu Beginn des 18. Jahrhunderts stiegen die Jahresmitteltemperaturen an, wobei gerade die Sommer im ersten Drittel des 18. Jahrhunderts deutlich wärmer als im vorangegangenen Jahrhundert ausfielen.²⁵⁸⁶ In den 1730er Jahren kühlten sich die Temperaturen insbesondere in den Frühjahrsperioden wieder ab. Die Sommer blieben weiterhin vergleichsweise warm. Charakteristisch für das 18. Jahrhundert ist insgesamt eine recht große jahreszeitliche Schwankungsbreite mit einigen denkwürdigen Kälteanomalien.²⁵⁸⁷

²⁵⁸⁰ „Kleine Eiszeit“ erscheint zwar aus Sicht der sozialhistorischen Forschung, die verhältnismäßig kurze Zeiträume untersucht, durchaus schlüssig. In der Klimatologie, deren Untersuchungszeiträume nicht selten mehrere Jahrtausende – global – überspannen, wird diese Bezeichnung kritisch gesehen; vgl. LANDSTEINER (2001), S. 80.

²⁵⁸¹ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 74–84.

²⁵⁸² Die Jahreszahlen beziehen sich auf den Rückgang der Sonnenflecken. Der Zeitraum, der das Maunder-Minimum umfasst, wird in der Literatur unterschiedlich datiert. Im engeren Sinn handelt es sich um die Phase mit einer starken „Temperaturdepression“ von 1675–1700; vgl. GLASER, RÜDIGER (2008), S. 163; hierzu auch MAUELSHAGEN (2010), S. 79–81, und allg. MÜLLER, B. (2004).

²⁵⁸³ Vgl. PFISTER (1985), S. 150. Die Frühjahrsperioden sind dabei sehr kalt und trocken, Sommer und Herbst vorwiegend warm. Die Sommermonate tendenziell feucht; vgl. EBD., S. 127 u. 150; MAUELSHAGEN (2010), S. 74.

²⁵⁸⁴ Eine Auflistung extremer Winter bei NUSSBAUMER (1996), S. 209.

²⁵⁸⁵ Vgl. PFISTER (1985), S. 127 f.

²⁵⁸⁶ Vgl. EBD., S. 129; MAUELSHAGEN (2010), S. 76.

²⁵⁸⁷ Vgl. EBD., S. 68.

Um 1790 setzte eine Verringerung der Sonnenfleckenaktivität ein, die bis ca. 1830 anhielt. Diese Phase wurde nach ihrem Entdecker, John Dalton, als Dalton-Minimum bezeichnet.²⁵⁸⁸ Im Zeitraum zwischen 1810 und 1855 war es eher kalt-trocken. Eine klimatologische Anomalie fällt in die Jahre 1810 bis 1820, als mehrere äquatornahe Vulkanausbrüche zusätzlich dazu beitrugen, dass die Jahreszeiten überdurchschnittlich kalt und trocken ausfielen. Danach setzte eine „Erwärmung als Rückkehr zu einem klimatischen Normalzustand“ ein und die Niederschläge in den Sommer- und Herbstmonaten nahmen zu.²⁵⁸⁹

1670–1689

Kennzeichnend für die Phase zwischen 1631 und 1683 im mitteleuropäischen Raum ist eine überdurchschnittliche Trockenheit in allen Jahreszeiten mit Ausnahme des Sommers.²⁵⁹⁰ 1670 begann und endete sehr kalt, die Sommermonate scheinen nicht auffällig gewesen zu sein.²⁵⁹¹ Die Roggenpreise befanden sich auf einem Tiefstand.²⁵⁹² Der Frühsommer 1672 war sehr trocken, Regenfälle seit Mitte Juli zogen dann Überschwemmungen nach sich.²⁵⁹³ Im November 1673 herrschte unter den Soldaten in der Rintelner Garnison „Brotmangel (...), weil kein Korn zu ‚feilem Kauf‘ gebracht werde.“²⁵⁹⁴ Hoch waren die Roggenpreise auch 1674, im Allgemeinen fielen sie in den 1670er und 1680er Jahren eher durchschnittlich bis gering aus.²⁵⁹⁵

In dieser Phase wurden einige Anomalien wie überdurchschnittlich kalte Winter registriert. Auch in Norddeutschland war das Klima tendenziell kühl mit wiederkehrenden Sturmfluten an der Nordsee und einer Reihe strenger Winter.²⁵⁹⁶ 1670 waren viele Flüsse zugefroren. Im Jahre 1674 herrschte eine recht lang andauernde starke Winterkälte, zwischen Ende März und Anfang April kam es in Norddeutschland nachweislich zu Überschwemmungen.²⁵⁹⁷ Auch der Weserraum war betroffen. Der Sommer 1675

²⁵⁸⁸ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 80.

²⁵⁸⁹ PFISTER (1999), S. 76 f.; vgl. auch DERS. (1985), S. 131.

²⁵⁹⁰ Vgl. PFISTER (1999), S. 75 f.

²⁵⁹¹ Vgl. GLASER, RÜDIGER (2008), S. 160-162.

²⁵⁹² Vgl. OBERSCHELP (1986), S. 17.

²⁵⁹³ Vgl. GLASER, RÜDIGER (2008), S. 162 u. 166-168.

²⁵⁹⁴ VOGT (1964), S. 56.

²⁵⁹⁵ Vgl. OBERSCHELP (1986), S. 17 f.; hierzu auch LASSEN (2016), S. 42.

²⁵⁹⁶ Vgl. HAMM (1976), S. 79-85; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 166.

²⁵⁹⁷ Vgl. WEIKINN (1963) S. 397-402; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 163.

fiel ebenfalls überdurchschnittlich kalt aus.²⁵⁹⁸ Zumindest im Alpenraum soll er vergleichbar mit dem des Jahres 1816 (siehe unten) gewesen sein. Der Winter 1681/82 verlief eher mild, dafür regnete es so stark, dass in allen Teilen Deutschlands die Flüsse über die Ufer traten.²⁵⁹⁹ Im Raum Schaumburg brachte das Jahr 1682 „außergewöhnliches Hochwasser der Weser mit Eisgang, der die Hamelner Wehre zerstört“.²⁶⁰⁰ Auch die kleine Vorstadt Mühlenstraße im Kirchspiel Grove (Rbg) war in diesem Jahr von Hochwasser betroffen.²⁶⁰¹ Um 1684 schwächte sich die Sonnenaktivität ab und es wurde wieder kühler. Im Alpenraum fiel jeweils der Januar der Jahre 1684 und 1685 sowie 1695 durch besondere Kälte auf.²⁶⁰² Die jeweiligen Winter gelten als Extremwinter. 1683/84 froh die Weser bei Minden für rund 8 Wochen zu.²⁶⁰³ In Norddeutschland war das gesamte Frühjahr 1684 durch starken Frost geprägt.²⁶⁰⁴ Im Sommer 1684 gab es eine anhaltende Trockenheit. Auch in diese Phase fällt an der Nordsee eine Reihe von Sturmfluten. Die Ruhr ist für 1676 in Bielefeld und im Südharz belegt, 1682 und 1683 scheint sie weitverbreitet gewesen zu sein.²⁶⁰⁵

Die Mortalitätskurve im Kirchspiel Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1689 verläuft sehr unruhig (**Abb. 173**). Die Zahl der registrierten Verstorbenen variiert zwischen 31 (1682, 1686) und 68 (1676, 1680). Weitere Mortalitätsspitzen finden sich in den Jahren 1670 sowie 1683, als die Roggenpreise ebenfalls niedrig waren.²⁶⁰⁶ Eine Korrelation mit den Getreidepreisen ist nicht ersichtlich, gerade in den Jahren 1673 und 1674 starben relativ wenige Menschen. Die Mortalität im Jahre 1676 wurde durch die Pocken und die Ruhr hochgetrieben, 1680 war es nur die Ruhr,²⁶⁰⁷ 1683 dann Masern, Pocken sowie die Todesursache *Brustseuche*. Auch 1670 erscheint *Brustseuche* etwas häufiger. Daneben wird jeweils noch die Todesursache *Brustkrankheit* registriert, was ebenfalls auf akute Atemwegserkrankungen verweist. Die Sterblichkeitsentwicklung in den 1670er und 1680er Jahren ist zum einen sehr stark durch Pocken- und Ruhrepidemien geprägt, die einige Male sehr vielen Menschen das Leben kosteten. Zum andern gibt

²⁵⁹⁸ Vgl. PFISTER (1999), S. 156 f.; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 164.

²⁵⁹⁹ Zwischen Januar und Februar 1682 litt Minden wiederholt unter extremem Hochwasser. In Hannover stiegen Ihme und Leine und verursachten großen Schaden; vgl. WEIKINN (1963), S. 435-445.

²⁶⁰⁰ HAMM (1976), S. 84.

²⁶⁰¹ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 45.

²⁶⁰² Vgl. PFISTER (1999), S. 97; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 168 u. 173 f.

²⁶⁰³ Vgl. WEIKINN (1963), S. 450.

²⁶⁰⁴ Vgl. HAMM (1976), S. 85-88.

²⁶⁰⁵ Vgl. EBD., S. 83 u. 85.

²⁶⁰⁶ Vgl. OBERSCHELP (1986), S. 18.

²⁶⁰⁷ Die Ruhr grassierte in diesem Jahr auch im Raum Lüneburg; vgl. WENDLER (2012), S. 95-97.

es Hinweise, dass akute Erkrankungen der Atemwege in dieser durch Kälte und Feuchtigkeit geprägten Phase große Probleme bereiteten. Viele Menschen dürften an Pneumonie aufgrund einer Influenzainfektion oder eines Grippalen Infekts verstorben sein.

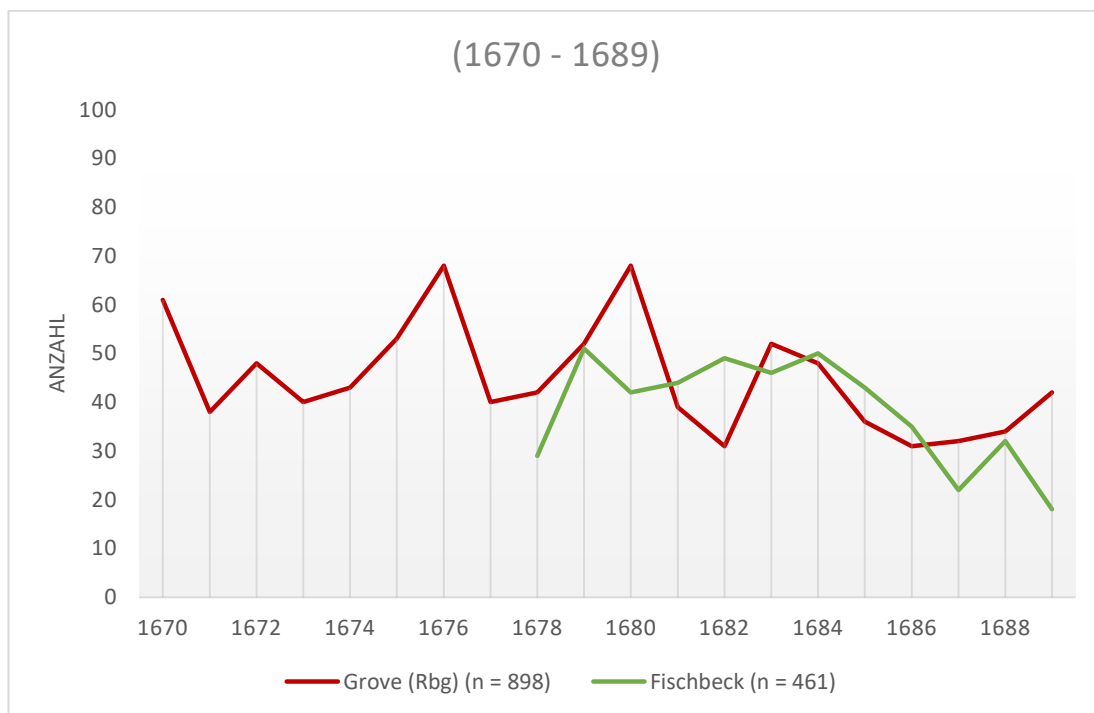


Abb. 173: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1689 in Absolutzahlen

Die Werte aus dem südschaumburgischen Kirchspiel Fischbeck weisen eine leichte Korrelation mit dem Sterblichkeitsverlauf in Grove (Rbg) auf. In der ersten Hälfte der 1680er Jahre bewegen sie sich auf einem hohen Niveau, fallen dann deutlich ab. Die wenigen überlieferten Todesursachen betreffen vornehmlich Unfälle und das Kindbett. Darüber hinaus gibt es im Juni 1682 den Eintrag *Fleckfieber*. Im Kirchspiel Grove (Rbg) findet sich in den 1680er Jahren einige Male *Hauptkrankheit*. Denkbar ist, dass es sich bei diesen Fällen um die durch Flöhe bzw. Läuse übertragene Rickettsiose (vgl. Kap. 3.5.3) handelt. In Fischbeck wurde darüber hinaus 1683 und 1684 eine Reihe Ruhrtoter (*im Blutgang gestorben*) registriert. Wegen mehrerer Ruhrepidemien im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts hatte die Stadt Göttingen nachweislich präventive Maßnahmen getroffen.²⁶⁰⁸ Ein unmittelbarer Zusammenhang mit den Ruhrausbrüchen in der Grafschaft Schaumburg besteht indes nicht. Die Untersuchung epidemischer

²⁶⁰⁸ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 52.

Verläufe hatte ergeben, dass Infektionskrankheiten nicht selten auf einzelne Landesteile beschränkt blieben, also nicht jedes Mal die gesamte Grafschaft Schaumburg durchzogen. Für die Ruhr als eine endemische Krankheit gilt dies im Besonderen. Inwiefern akute Atemwegserkrankungen – und gegebenenfalls ein Einfluss des Wetters – eine Rolle bei der Entwicklung der Sterblichkeit im Kirchspiel Fischbeck gespielt haben, lässt sich mangels weiterer Informationen nicht einschätzen.

1690–1709

Bereits um 1684 hatte sich die Sonnenaktivität abgeschwächt und es war wieder kühler geworden. Auch in dieser Phase gab es im Bereich der Nordsee eine Reihe von Sturmfluten.²⁶⁰⁹ Sommer und Herbst 1692 waren nasskalt, der Sommer 1696 äußerst trocken. 1693 war überdurchschnittlich feucht mit einer Neigung zu Gewittern und Stürmen, was sich 1694 fortsetzte.²⁶¹⁰ 1693 und 1694 soll eine „Hungersnot“ dazu geführt haben, dass der Rat der Stadt Rodenberg Getreide erwarb und es ohne Aufschlag verkaufen ließ.²⁶¹¹ Die Roggenpreise waren nach Tiefständen in den Jahren 1689 und 1690 erhöht.²⁶¹² Im kalten Winter des Jahres 1695 wurden „böartige Petechialfieber“ beobachtet.²⁶¹³ Nässe und Kälte in den Jahren 1697/98 führten dann zu einem Rückgang der Ernteerträge, 1698–1700 waren ausgesprochene Teuerungsjahre.²⁶¹⁴

Am Beginn des 18. Jahrhundert wurden für Norddeutschland erneut einige verheerende Sturmfluten sowie schwere Stürme verzeichnet.²⁶¹⁵ Hervorzuheben ist der Extremwinter 1708/09, der unmittelbar in die Schlussphase des Maunder-Minimums fällt und dessen Auswirkungen in ganz Europa zu spüren waren.²⁶¹⁶ Allein in Frankreich sollen während des „Grand Hiver“ 20.000 Menschen durch Erfrieren umgekommen sein.²⁶¹⁷ Die Weser war im Bereich der Grafschaft Schaumburg 8 Wochen zugefroren.²⁶¹⁸ Im Amt Rodenberg in Nordschaumburg sollen 28 Einheimische sowie 10

²⁶⁰⁹ Vgl. HAMM (1976), S. 85-88.

²⁶¹⁰ Vgl. GLASER, RÜDIGER (2008), S. 172 f.

²⁶¹¹ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 34.

²⁶¹² Vgl. OBERSCHELP (1986), S. 18.

²⁶¹³ Vgl. SEITZ (1845), S. 59.

²⁶¹⁴ Vgl. DIPPER (1991), S. 55; LASSEN (2016), S. 42 u. 80.

²⁶¹⁵ Vgl. HAMM (1976), S. 90-93.

²⁶¹⁶ In Berlin wurde im Januar 1709 eine Temperatur von -30° C gemessen; vgl. PFISTER (1999), S. 95 f.; hierzu auch DIPPER (1991), S. 55; RETTINGER (2002), S. 157 f.; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 178; MAUELSHAGEN (2010), S. 70 f.

²⁶¹⁷ Vgl. NUSSBAUMER (1996), S. 210.

²⁶¹⁸ Vgl. KÖLLING (1956), S. 67.

Durchreisende erfroren sein.²⁶¹⁹ Im Anschluss an die Frostperiode des Winters von 1708/09 soll einsetzender Starkregen mit Überschwemmungen die Getreideernte beeinträchtigt und insbesondere im Nordosten Deutschlands in den kommenden beiden Jahren zu hohen Bevölkerungsverlusten beigetragen haben.²⁶²⁰ Allerdings fällt in diese Phase auch der Nordische Krieg, der nicht nur Abgabenerhöhungen sowie Einquartierungen und Plünderungen mit sich brachte, sondern zur Ausbreitung von Infektionskrankheiten beitrug. Die überaus kalten Winter und Sommer um die Wende zum 18. Jahrhundert werden als Ursache für Missernten und Hungersnöte in Frankreich angesehen.²⁶²¹ Im nordwestdeutschen Raum wurden die Jahre 1692–94 und 1699 als Teuerungsphasen identifiziert, 1702/03 und 1706–08 waren die Preise niedrig.²⁶²² Die Grafschaft Schaumburg dürfte keine Ausnahme gewesen sein, die Gerstenpreise waren in den Jahren 1705–08 nachweislich sehr gering.²⁶²³

Die jährlichen Sterberaten in der Phase von 1690–1709 gehen in Grove (Rbg) tendenziell zurück.²⁶²⁴ Auffallend ist einzig der Mortalitätsgipfel in den frühen 1690er Jahren (**Abb. 174**). Die höchsten Sterbezahlen wurden in den drei aufeinanderfolgenden Jahren 1692, 1693 und 1694 registriert. Auffallend sind ansonsten noch 1698/99 und 1702. In 1692 wurde häufig *Masern*, *Brustseuche* sowie *Brustkrankheit* verzeichnet, in 1693 *Ruhr*²⁶²⁵, *hitziges Fieber* und besonders am Jahresende Atemwegserkrankungen. Die Vulnerabilität für diese Art von Erkrankungen steigt bei bestimmten Wetterlagen. Gerade im Jahr 1693 war der Herbst geprägt durch Stürme und überdurchschnittlich starken Niederschlag.²⁶²⁶ Auch 1694 scheinen viele Menschen an akuten Atemwegserkrankungen verstorben zu sein. 1697 und 1698 grassierte wieder die Ruhr, 1699 wurden die Pocken registriert. Neben den aufgeführten Todesursachen gibt es natürlich weitere, hinter denen sich andere Krankheiten verbergen. Anhaltspunkte für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Sterblichkeit und den Getreidepreisen finden sich indes nicht. Im Gegensatz zu den vorangegangenen 20 Jahren haben

²⁶¹⁹ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 35.

²⁶²⁰ Vgl. DIPPER (1991), S. 55.

²⁶²¹ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 72 f.

²⁶²² Vgl. LASSEN (2016), S. 38 u. 48 f.

²⁶²³ Vgl. LKAH, A 13, Nr. 906.

²⁶²⁴ Die Werte im beginnenden 18. Jahrhundert könnten nicht zuverlässig überliefert worden sein. Das Jahr 1703 wurde gänzlich herausgenommen, da während einer Karenz aufgrund eines Pastorenwechsels die Führung der Sterberegister vorübergehend nachweislich aussetzte.

²⁶²⁵ Belegt sind in diesem Jahr auch Ruhrausbrüche im südniedersächsischen Raum; vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 52.

²⁶²⁶ Vgl. GLASER, RÜDIGER (2008), S. 172 f.

sich kurz vor der Wende zum 18. Jahrhundert weniger Ruhr und Pocken als vielmehr Atemwegserkrankungen auf die Sterblichkeit ausgewirkt.

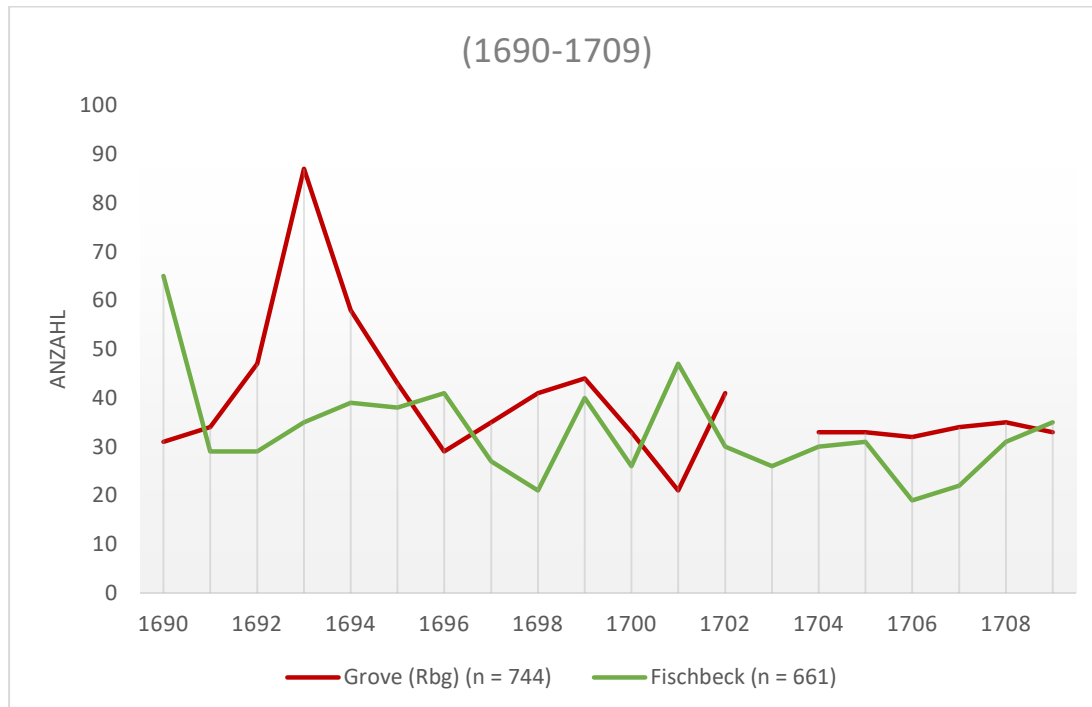


Abb. 174: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1690–1709 in Absolutzahlen

Die Sterblichkeitsentwicklung im Kirchspiel Fischbeck ist im Vergleich zu Grove (Rbg) noch unauffälliger. Lediglich das Jahr 1690 sticht durch einen ausgeprägten Mortalitätsgipfel hervor. Für dieses und das folgende Jahr ist in den Fischbecker Sterberegistern zumindest eine Reihe von Ruhrtoten verzeichnet worden. Im Kirchspiel Grove (Rbg) ist diese Krankheit in diesen Jahren nicht aufgeführt. Insbesondere im 1. Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts sind die jährlichen Todesraten in beiden Kirchspielen sehr gering. Inwiefern sich die Kälte des Extremwinters 1708/09 ausgewirkt hat, lässt sich mangels Angaben in den Sterberegistern nicht beurteilen. Ein außergewöhnlicher Anstieg der Sterbefälle ist nicht eingetreten.

Im Vergleich zu den Jahren 1670–89 zeigen die Verläufe der Sterblichkeitskurven in den beiden Kirchspielen so gut wie keine Sprünge. Die durchschnittliche Zahl an jährlichen Sterbefällen ist im Zeitraum 1690–1709 von 44,9 in Grove (Rbg) auf 39,2, in

Fischbeck von 38,4 auf 33,1 zurückgegangen.²⁶²⁷ Die überdurchschnittliche Kälte, die für den Übergang vom 17. zum 18. Jahrhundert kennzeichnend ist, machte sich in Schaumburg nicht in Form erhöhter Sterblichkeit bemerkbar. Ohnehin scheint reine Kälte weniger Auswirkungen auf die Mortalität gehabt zu haben als andere Faktoren. Alles in allem war das ausgehende 17. Jahrhundert eine Phase, die durch ausgeprägte Mortalitätsgipfel geprägt war. So hat Medick für Laichingen in den Jahren 1675/76, 1685/86 und 1692/93 sehr hohe Werte beobachtet.²⁶²⁸ In Mainz gab es zwischen 1680 und 1694 nur 2 Jahre, in denen die Sterblichkeit nicht über den Geburten lag.²⁶²⁹ Indizien für einen Zusammenhang zwischen Mortalität und Preisen ergeben sich nur bedingt. Erhöhte Werte in Teuerungsjahren lassen sich immer wieder auf Pocken- und Ruhrausbrüche zurückführen, deren Opfer ausschließlich oder zu einem großen Teil (Klein-)Kinder waren.

1730–49

Die 1730er Jahre brachten Mitteleuropa eine Reihe kühler Sommer. Zu Beginn des Jahres 1736 kam es in Celle und im Raum Hannover zu Überschwemmungen, von Mai bis Juli führten erheblicher Niederschlag insbesondere im Norden und Osten zu Hochwasser.²⁶³⁰ Für die Jahre 1738–42 sind sehr kalte Frühjahrsperioden, die zum Teil bis in den Mai hinein andauerten, überliefert.²⁶³¹ Im ausgehenden Jahr 1739 war es sehr stürmisch und bereits so kalt, dass viele europäische Flüsse zuzufrieren begannen.²⁶³² Das Frühjahr 1740 schließlich gilt als kältestes der letzten 500 Jahre. Da selbst größere Flüsse wie Rhein und Donau zugefroren waren, kam es beim Tauen des Eises zu Überschwemmungen.²⁶³³ Doch fiel die erste Hälfte der 1740er Jahre dann eher trocken aus. Um 1750 begann schließlich eine Periode mit recht warmen Sommermonaten, die bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts andauerte.²⁶³⁴ Im Sommer des Jahres 1749 wird aus dem Raum Hannover über „eine große Dürre“ berichtet, die Ernte scheint aber gut ausgefallen zu sein.²⁶³⁵ Der folgende Winter wurde als „gelinde“ bezeichnet.

²⁶²⁷ Diese Werte bieten nur eine grobe Orientierung, da die Entwicklung der Geburtenrate nicht einbezogen wurde.

²⁶²⁸ Vgl. MEDICK (1997), S. 309.

²⁶²⁹ Vgl. RÖDEL (1984), S. 236.

²⁶³⁰ Vgl. WEIKINN (1963), S. 209; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 185.

²⁶³¹ Vgl. PFISTER (1985), S. 130.

²⁶³² Vgl. PFISTER (1999), S. 194; VASOLD (1999), S. 185-187; GLASER, RÜDIGER (2008), S. 187-189; MAUELSHAGEN (2010), S. 66 f. u. 74.

²⁶³³ Vgl. WEIKINN (1963), S. 249-258.

²⁶³⁴ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 74.

²⁶³⁵ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1751, S. 382.

Im kommenden Jahr fielen Mai und Juni durch „eine ungewöhnlich starke Hitze“ auf.²⁶³⁶ Sieht man vom Extremwinter 1739/40 ab, war das Klima im norddeutschen Raum während dieses Zeitraums vergleichsweise unauffällig.²⁶³⁷ Die Roggenpreise waren 1736 etwas, 1739 und 1740 deutlich erhöht, sanken aber ab 1741 wieder.²⁶³⁸ Weitere Teuerungen fallen in die ausgehenden 1740er Jahre.

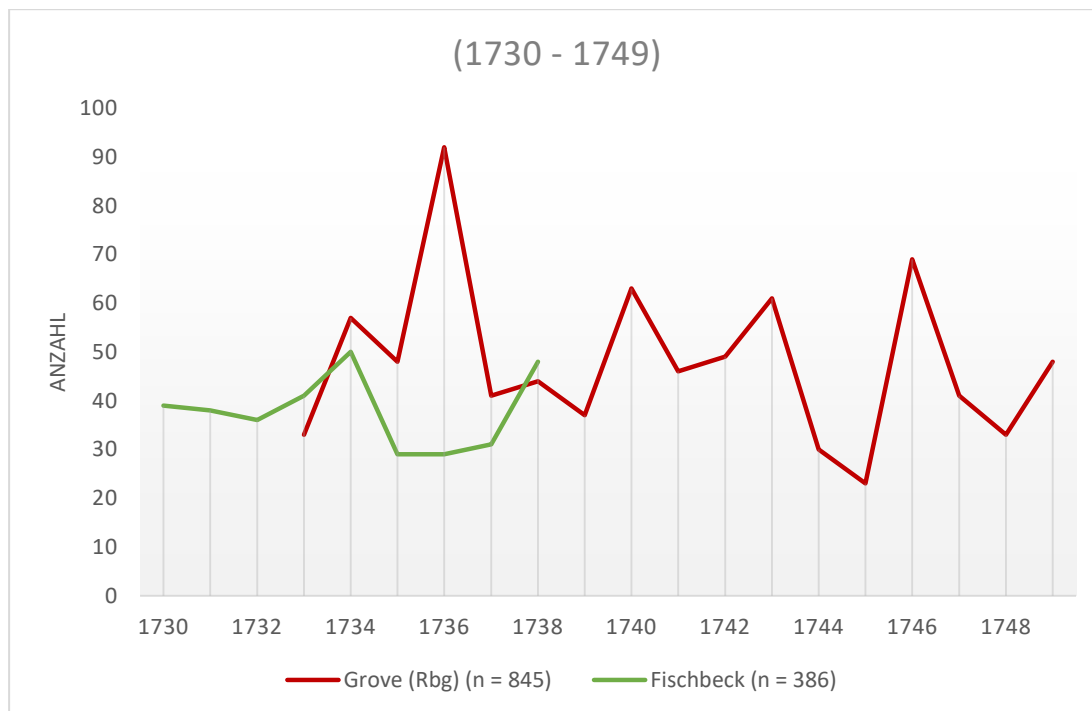


Abb. 175: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1730–1749 in Absolutzahlen

Die Mortalitätskurve im Kirchspiel Grove (Rbg) weist im Zeitraum 1730–49 einige Jahre mit hohen Werten auf (**Abb. 175**). Leider liegen für diesen Zeitraum so gut wie keine Todesursachen vor. Doch zumindest der extreme Anstieg der Sterblichkeit im Jahre 1736 lässt sich erklären, da im Kirchenbuch 63 Ruhrtote registriert worden sind. Stark betroffen waren das Dorf Grove und die vorstädtische Siedlung Mühlenstraße. Denkbar ist, dass *Shigella*, der Erreger der bakteriellen Ruhr, von den ausgiebigen Re-

²⁶³⁶ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1751, S. 278 u. 767.

²⁶³⁷ Vgl. HAMM (1976), S. 101-107.

²⁶³⁸ Vgl. OBERSCHELP (1986), S. 19; LASSEN (2016), S. 38 f.

genfällen im Übergang vom Frühling zum Sommer profitierte. Ein weiterer Ruhrausbruch im Kirchspiel Grove (Rbg) lässt sich für das Jahr 1743 belegen.²⁶³⁹ Im Kirchspiel Fischbeck²⁶⁴⁰ ist die Sterblichkeit 1736 auffallend gering. Die Ruhr scheint nicht grassiert zu sein, andernfalls läge die Zahl an Verstorbenen höher.

Die naheliegende Frage, ob der Anstieg der Sterblichkeit von 1739 nach 1740 in einem Zusammenhang mit den Getreidepreisen oder dem kalten Winter steht, lässt sich für die beiden schauenburgischen Kirchspiele nicht sicher beantworten. Zu bedenken ist, dass die Preise bereits 1739 auf ein hohes Niveau gestiegen waren.²⁶⁴¹ Überdies wurde ein knappes Drittel der Todesfälle im Jahr 1740 in den ersten 4 Monaten registriert, was nicht ungewöhnlich ist. Etwas mehr als ein Drittel entfällt allein auf die Monate Mai und Juni. Da in diesem Jahr mehr als die Hälfte der Verstorbenen ihr 4. Lebensjahr nicht vollendet haben, kommen auch Infektionskrankheiten der Kindheit als Ursache in Betracht. Ein unmittelbarer Zusammenhang scheint weder zu den Getreidepreisen noch der Klima-anomalie zu bestehen. Dies gilt auch für das Jahr 1746. Zwar waren die Roggenpreise in diesem Jahr etwas erhöht,²⁶⁴² doch beträgt der Anteil an Kindern unter 10 Jahren genau zwei Drittel aller Verstorbenen. Da diese zudem fast sämtlich innerhalb weniger Monate im Frühjahr beerdigt worden sind, spricht die Wahrscheinlichkeit für eine Pockenepidemie. Die Annahme lässt sich stützen, wenn man weitere Sterberegister heranzieht. In den 1740er Jahren wurden in Schaumburg die Todesursachen im Allgemeinen noch nicht verzeichnet. Gelegentlich finden sich aber Eintragungen über Epidemien wie Pocken und Ruhr. So ist belegt, dass in den südschauenburgischen Kirchspielen Deckbergen und Hessisch Oldendorf 1741 die Ruhr in einem verheerenden Ausmaß grassierte. Allein in Deckbergen wurden 106 Todesfälle registriert. Die Pocken wurden 1743/44 und 1745 in Hessisch Oldendorf, 1745 und 1746 in Deckbergen registriert. Denkbar ist, dass in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts, die im Vergleich zur Phase des Maunder-Minimums weniger durch Nasskälte geprägt war, die Verbreitungsbedingungen für Infektionskrankheiten wie die Pocken günstiger waren.

²⁶³⁹ In diesem Jahr ist sie auch in Koblenz, im Rheinland sowie vermutlich in Luzern belegt; vgl. BURRI (1975), S. 78; FRANCOIS (1982), S. 31; ZSCHUNKE (1984), S. 240; SCHLÖDER (2014), S. 250.

²⁶⁴⁰ Die Sterbezahlen sind ab 1739 vorübergehend nicht überliefert.

²⁶⁴¹ Hierzu auch LASSEN (2016), S. 85.

²⁶⁴² Vgl. OBERSCHELP (1986), S. 19.

Der „Jahrhundertwinter“ 1739/40 scheint die Bevölkerungsentwicklung im mitteleuropäischen Raum nicht beeinflusst zu haben. Im südniedersächsischen Amt Niedeck wurden keine besonderen Auswirkungen auf die Mortalität durch diesen Winter festgestellt.²⁶⁴³ In Mainz war die Sterblichkeit in den Jahren 1739–41 nicht auffällig.²⁶⁴⁴ Für andere Regionen wurden zwar Anstiege der Todesfälle in 1740 festgestellt, doch nicht als Folge der Extremkälte. Als Ursache wird vielmehr eine Teuerung gesehen, die in den späten 1730er Jahren einsetzte. Abel datiert in die frühen 1740er Jahre den Ausbruch einer europaweiten „Subsistenzkrise“.²⁶⁴⁵ Dipper verweist auf eine Verknappung des Nahrungsangebots mit erheblichen Preissteigerungen, die zu einer Rückgang der Nachfrage nach gewerblichen Produkten führte.²⁶⁴⁶ Gehrmann bezeichnet die Jahre 1740/41 zwar als „eine europaweite Krise mit meteorologischen Ursachen und einem Gefolge an Mangelernährung und Krankheiten“, schränkt aber ein, „dass die Gewichtung zwischen beiden Faktoren umstritten und letztlich auch nicht genau zu bestimmen ist.“²⁶⁴⁷ Zeitgleich zogen vielerorts die Sterberaten an.²⁶⁴⁸ In Nürnberg wurden 1740 die Pocken sowie eine schlimme Ruhrepidemie verzeichnet, im folgenden Jahr eine – abgeschwächte – weitere sowie „hitziges Fieber“.²⁶⁴⁹ Darüber hinaus wurde vermehrt „Auszehrung“ registriert. In anderen Regionen wurden als mortalitätserhöhende Faktoren in dieser Phase jedoch Infektionskrankheiten wie Influenza, Fleckfieber, Ruhr und Pocken beobachtet.²⁶⁵⁰ Mortalitätsgipfel in der Stadt Luzern in den Jahren 1741 und 1743 gehen auf Epidemien zurück, deren Letalität nur 4 Wochen anhielt.²⁶⁵¹ Wendler stellt für den Raum Lüneburg eine erhöhte Sterblichkeit in den Jahren 1738–41 fest.²⁶⁵² Allerdings beobachtet er deutliche regionale Unterschiede. Den Umstand, dass es sich dabei vornehmlich um Infektionskrankheiten handelte, führt er auf eine Beeinträchtigung der körperlichen Abwehrkräfte infolge von Mangelernährung zurück. Allerdings war die Sterblichkeit unter den Landlosen,

²⁶⁴³ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 53.

²⁶⁴⁴ Vgl. RÖDEL (1984), S. 242.

²⁶⁴⁵ Vgl. ABEL (1974), S. 179.

²⁶⁴⁶ Vgl. DIPPER (1991), S. 58 f.

²⁶⁴⁷ Vgl. GEHRMANN (2000), S. 101.

²⁶⁴⁸ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 308; FRANCOIS (1982), S. 29; NORDEN (1984), S. 97 f.; BIELKE (1986), S. 168; MEDICK (1997), S. 310.

²⁶⁴⁹ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 299 u. 307 f.

²⁶⁵⁰ BIELKE (1986), S. 169, verweist auf die schlimmste Pockenepidemie des untersuchten Zeitraums. Vgl. auch VASOLD (1993), S. 187; BEHRINGER (2007), S. 210 f.

²⁶⁵¹ Vgl. BURRI (1975), S. 78.

²⁶⁵² Vgl. WENDLER (2008), S. 99 f.

die am ehesten unter der Nahrungsmittelverknappung gelitten haben dürften, nicht erhöht.²⁶⁵³

Francois sieht die Teuerung seit Ende der 1730er Jahre sowie einen Truppendurchmarsch als Ursache einer extremen Ruhrepidemie im Jahre 1743 in Koblenz.²⁶⁵⁴ Zschunke vermutet ebenfalls militärische Aktionen als verantwortlich für einen Mortalitätsanstieg in Oppenheim zwischen August und Oktober 1743.²⁶⁵⁵ In diesem Jahr grassierte die Ruhr – allerdings ohne militärischen Bezug – auch in Schaumburg. Naheliegender ist die Vermutung, dass übereinstimmende Wetterlagen die Ruhrausbrüche begünstigten. Darüber hinaus waren regionale Besonderheiten stets von Belang. So wurden im Gegensatz zur Berliner Kernstadt in Berlin-Friedrichswerder in den Jahren 1739–42 Geburtenüberschüsse registriert, obwohl in das Jahr 1740 die größte Pockenepidemie des Jahrhunderts in dieser Gemeinde fällt.²⁶⁵⁶ Auch ein Zusammenhang zwischen Teuerungen und der Zunahme der Sterberate ist nicht unumstritten. Rettinger sieht den Anstieg der Getreidepreise 1740 vornehmlich als Folge von Truppenbewegungen in der Mainzer Region aufgrund des Österreichischen Erbfolgekrieges, die Mortalitätssteigerung hauptsächlich als Folge der grassierenden Pocken sowie örtlicher Ruhrepidemien: „Die hohen Getreidepreise werden allenfalls eine verstärkende, jedoch keine krisenverursachende Wirkung im Sinne der Meuvret/Goubert’schen Subsistenzkrisentheorie gehabt haben.“²⁶⁵⁷ Schlöder hat für die Stadt Bonn bereits 1739 als eines der hervorstechenden Krisenjahre benannt.²⁶⁵⁸ Betroffen waren vor allem Kinder, verursacht wurde die Sterblichkeit durch die Pocken. Und er stellt fest: „In keinem dieser Jahre war der Roggen teuer. Deshalb kann ausgeschlossen werden, dass eine Verknappung des Nahrungsmittelangebotes, die eine Subsistenzkrise zur Folge gehabt haben könnte, die Ursache der erhöhten Sterblichkeit bildete.“²⁶⁵⁹

1750–69

Die 1750er und 1760er Jahre waren für die mitteleuropäische Bevölkerung eine Phase ohne besonders problematische Wetterereignisse. In Norddeutschland wurden die

²⁶⁵³ Vgl. WENDLER (2008), S. 103 f.

²⁶⁵⁴ Vgl. FRANCOIS (1982), S. 31.

²⁶⁵⁵ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 240.

²⁶⁵⁶ Vgl. BIELKE (1986), S. 168.

²⁶⁵⁷ RETTINGER (2002), S. 159.

²⁶⁵⁸ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 248.

²⁶⁵⁹ EBD., S. 249.

Winter 1766/67 und 1767/68 als streng wahrgenommen.²⁶⁶⁰ Der Winter 1756/57 wiederum soll „in Vergleichung anderer, ungemein warm“ gewesen sein.²⁶⁶¹ Danach folgte ein auffallend warmer Sommer.²⁶⁶² Im Raum Hannover war auch der Sommer des Jahres 1761 nachweislich von einer „außerordentlichen Wärme“ geprägt.²⁶⁶³ Das Sterberegister des Kirchspiels Hohenrode enthält einen Eintrag, wonach der Herbst 1760 überdurchschnittlich regenreich war, was die Ernte des Wintergetreides im folgenden Jahr minderte. Insbesondere der Mangel an Viehfutter wirkte sich jedoch auf die Kriegshandlungen aus: *Und wenn es nicht unaufhörlich geregnet hätte, so möchte bey denen einander entgegenstehenden Armeen, noch weit mehr Menschen Blut vergossen seyn, so aber wurden diese endlich genöthiget, aus dem Felde in die Quartiere zu gehen.*

Im Kirchspiel Grove (Rbg) gibt es zwischen 1750 und 1769 4 Jahre mit signifikanten Mortalitätsgipfeln (**Abb. 176**). Lediglich 2 Jahre, 1758 und 1762, fallen in die Phase des Siebenjährigen Krieges. Überdies ist die durchschnittliche Anzahl an Todesfällen von 46,9 (1730–49) auf 53,9 angestiegen.²⁶⁶⁴ Im Kirchspiel Rodenberg wurden die Pocken in den Jahren 1756, 1757, 1762 und 1767 registriert. Besonders die letzten beiden Epidemien forderten sehr viele Todesopfer, was die Mortalitätsspitzen erklärt.²⁶⁶⁵ Die Ruhr grassierte in größerem Ausmaß 1750²⁶⁶⁶, 1757 und 1761. Hinzu kommen in den beiden Jahrzehnten *Masern* und *Frieseln* sowie – besonders 1764 – Todesursachen, die akute Atemwegserkrankungen andeuten. Einen ursächlichen Zusammenhang mit militärischen Operationen, vor denen auch Schaumburg nicht verschont blieb, legen die Todesursachen *Fleckfieber*, *hitziges Fieber* und *hitzige Krankheit* nahe. Das Epidemische Fleckfieber („Läusefleckfieber“) war in der Vergangenheit Begleiter marschierender Armeen. Die missratene Ernte zu Beginn der 1760er Jahre scheint keinen unmittelbaren Einfluss auf die Mortalität gehabt zu haben. Die Todesursache *Auszehrung*, die man im rein semantischen Sinn als

²⁶⁶⁰ Vgl. HAMM (1976), S. 111.

²⁶⁶¹ Vgl. NÜTZLICHE SAMLUNGEN 1756, S. 122.

²⁶⁶² In das Jahr 1757 fiel vermutlich der wärmste Sommer zwischen 1500 und 2000; vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 60 u. 74.

²⁶⁶³ Vgl. HANNOVERSCHER BEYTRÄGE 1761, S. 1223.

²⁶⁶⁴ Diese Werte bieten nur eine grobe Orientierung, da die Entwicklung der Geburtenrate nicht einbezogen wurde.

²⁶⁶⁵ Vgl. auch WENDLER (2008), S. 111; SCHLÖDER (2014), S. 250 f.

²⁶⁶⁶ Die Ruhr lässt sich in diesem Jahr auch im holsteinischen Raum nachweisen, wo sie auf einen „warmen Sommer“ zurückgeführt wird; vgl. GEHRMANN (2000), S. 101.

ernährungsbedingten körperlichen Verfall interpretieren könnte, wurde erst 1763 häufiger registriert. Im folgenden Jahr erscheint sie dagegen überhaupt nicht.

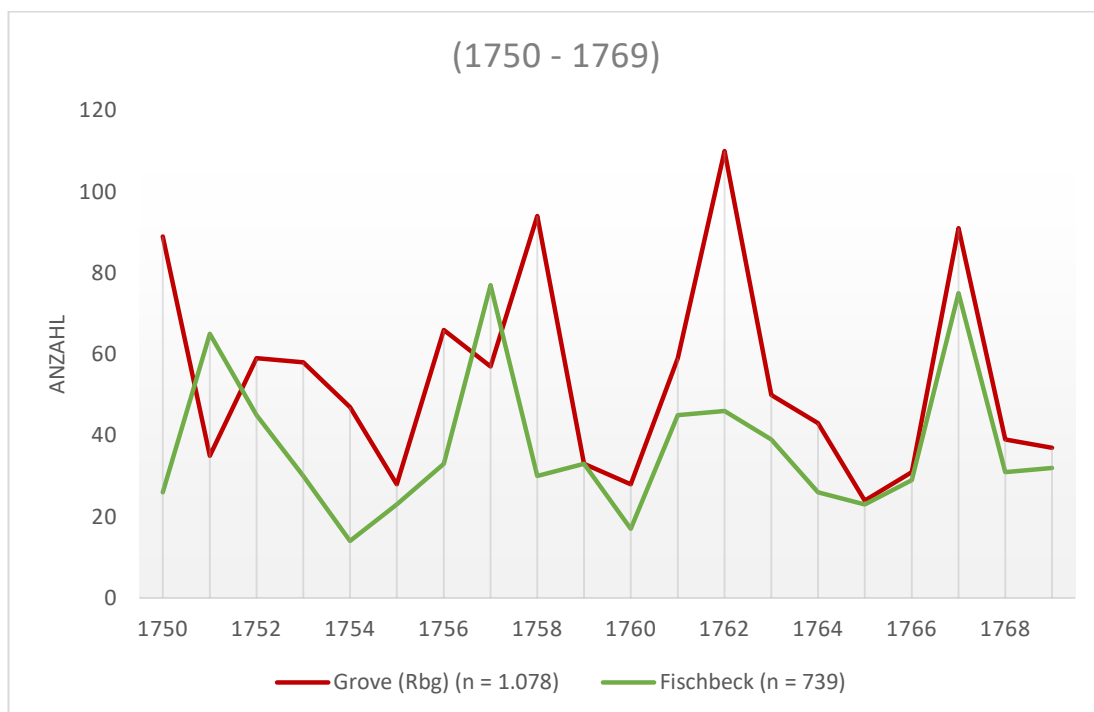


Abb. 176: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1769 in Absolutzahlen

Das Kirchspiel Fischbeck korreliert im Zeitraum 1750–69 stärker als in den früheren Phasen mit Grove (Rbg), wenngleich teilweise leicht zeitverschoben (1751, 1757). Da die Todesursachen erst ab 1764 erscheinen, lässt sich keine Aussage zu den vorangegangenen Jahren treffen. Todesursachen, die auf Fleckfieber verweisen, sind 1764–66 vergleichsweise oft zu finden, was als Nachweis gelten darf, dass der wesernahe Raum tendenziell stärker in Kriegshandlungen einbezogen worden ist als der Norden. Akute Atemwegserkrankungen fallen im Übergang 1766/67 auf. 1767 wurde die Mortalität aber zumeist durch die Pocken hochgetrieben.

Die Jahre ab 1755 fallen im mitteleuropäischen Raum durch Anstiege der Mortalität auf.²⁶⁶⁷ Da sich in diesem Zeitraum der Siebenjährige Krieg ereignete, sind die Bewertungen der Ursachen für den Bevölkerungsrückgang sehr uneinheitlich. Gesichert ist

²⁶⁶⁷ Vgl. FRANCOIS (1982), S. 30 f.; BIELKE (1986), S. 168; DIPPER (1991), S. 59; MEDICK (1997), S. 310; RETTINGER (2002), S. 159 f.

eine Häufung hochvirulenter Pockenwellen, insbesondere in den beiden ersten Kriegsjahren.²⁶⁶⁸ Weitere Jahre mit einer hohen Pockensterblichkeit sind 1766/67.²⁶⁶⁹ Die Vermutung, dass die Truppenpräsenz in Schaumburg den Ausbruch von Fleckfieberepidemien nach sich zog, wird durch Belege aus Norddeutschland gestützt. So grassierte in der Stadt Göttingen 1757/58 eine Krankheit, die mit sehr hohem Fieber einherging.²⁶⁷⁰ 1758 wird in Kurhannover erneut von einer Krankheit berichtet, die symptomatisch dem Fleckfieber oder Typhus ähnelt.²⁶⁷¹

1770–79

Die 1770er Jahre waren im Allgemeinen unauffällig. Das prägende Ereignis war eine länger anhaltende und folgenreiche Klimaanomalie zwischen 1770 und 1772. Das Frühjahr 1770 und 1771 war jeweils sehr kühl und wurde von einem regnerischen Sommer abgelöst.²⁶⁷² Die Aussaat verzögerte sich, Überschwemmungen verstärkten die landwirtschaftlichen Probleme.²⁶⁷³ Die Folgen waren erhebliche Ernteaufschläge in weiten Teilen Deutschlands.²⁶⁷⁴ Die Ernte des Jahres 1772 fiel dann aber gut aus, so dass die Getreidepreise wieder sanken.²⁶⁷⁵ Der verregnete Sommer 1771 hatte in der Grafschaft Schaumburg ebenfalls zu Überschwemmungen geführt. Die schlechte Ernte hatte Preissteigerungen zur Folge, doch im Sterberegister des Kirchspiels Hohenrode wurde 1772 vermerkt: *In andern Ländern ist der Preiß noch höher gewesen.* Die Nahrungsmittelknappheit hat offenbar eine große Mobilität unter der Bevölkerung im mitteleuropäischen Raum ausgelöst. Das Sterberegister aus Hohenrode enthält auch einen Hinweis, wonach *die Armuth, wie leicht zu erachten, vieles gelitten, und in großer Menge vor die Thüre gekommen.* In Hessisch Oldendorf wurde im Mai 1772 vermerkt, dass *einige arme Leute aus Eschwege allhie Allmoosen gesucht.* Zum Ende des Jahrzehnts brach vielerorts die Ruhr aus: *Auf einen außerordentlichen warmen und trockenen Sommer erfolgte in vielen Länder Deutschlands die Rothe Ruhr: und dieser*

²⁶⁶⁸ Im Amt Niedeck hatten die Pocken bereits 1754 eine „Sterblichkeitskrise“ hervorgerufen; vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 53.

²⁶⁶⁹ Vgl. RÖDEL (1979), S. 66 f.; BIELKE (1986), S. 169; RETTINGER (2002), S. 162.

²⁶⁷⁰ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 53 f.

²⁶⁷¹ Vgl. WENDLER (2008), S. 106 f.; hierzu auch GEHRMANN (2000), S. 104 f.; SCHLÖDER (2014), S. 251.

²⁶⁷² Vgl. PFISTER (1985), S. 76. Eine ausführliche Beschreibung mit vielen zeitgenössischen Aussagen bei COLLET (2019), S. 54-72.

²⁶⁷³ Vgl. WEIKINN (2000), S. 189-210; vgl. auch BRÁZDIL (2001), S. 47-51.

²⁶⁷⁴ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 299; MATTMÜLLER (1976), S. 272 f.; BIELKE (1986), S. 168; DIPPER (1991), S. 61; ROTHE (1998), S. 135.

²⁶⁷⁵ Vgl. SCHIRMER (1996), S. 42 f.

*Ort ward auch damit heimgesuchet. In Ausgang des Monats September waren einige damit befallen. Seit 1756 ist diese Gemeinde unter göttl: Beystand davon befreiet geblieben.*²⁶⁷⁶

In den 1780er Jahren war das Klima etwas kühler. Zu Beginn des Jahrzehnts kam es zu kalten und langanhaltenden Frühjahrsperioden.²⁶⁷⁷ Der Sommer 1783 scheint jedoch außergewöhnlich heiß gewesen zu sein.²⁶⁷⁸ Zudem brachen 1783 in Japan und auf Island Vulkane aus, als deren Folge unter anderem auch in Mitteleuropa vorübergehend Himmelstrübungen beobachtet wurden: „Dieser Dampf scheint über unser gesamtes Weltall wahrgenommen zu seyn“.²⁶⁷⁹ Besonders deutlich fiel der sommerliche Temperaturrückgang in Nord- und Nordosteuropa aus.²⁶⁸⁰ Die nachfolgenden Winter 1783/84 und 1784/85 waren dann sehr streng und zogen sich überdurchschnittlich lang hin.²⁶⁸¹ Entsprechendes wird auch für Norddeutschland berichtet.²⁶⁸²

Die Frage nach den Auswirkungen des Klimas auf die Getreideernten in den 1780er Jahren lässt sich nicht eindeutig beantworten. Vermutlich waren nur kleinere Regionen stärker betroffen. So war sowohl im nordwestdeutschen Marschengebiet als auch in Südniedersachsen der Nahrungsspielraum aufgrund einer Reihe von Missernten um 1784 stark eingeschränkt.²⁶⁸³ Der Pastor des schaumburg-lippischen Kirchspiels Altenhagen-Hagenburg hielt um 1785 fest, dass die Feuchtigkeit des Jahres 1784 durchaus Probleme mit der Ernte sowie der Bevorratung mit sich brachte, aber keinerlei Auswirkungen auf die Sterblichkeit hatte. Zudem hob er hervor, dass die Bevölkerung nicht von epidemischen Krankheiten heimgesucht worden war.

Die Mortalitätskurven der nordschaumburgischen Kirchspielen Grove (Rbg) und Großenndorf im Zeitraum 1770–89 korrelieren sehr eng miteinander (**Abb. 177**). Mortalitätsgipfel gibt es den Jahren 1772, 1778/79 sowie 1785. Sowohl in Grove (Rbg) als auch Großenndorf fallen genau in diese Jahre Pockenepidemien mit teilweise sehr

²⁶⁷⁶ Sterberegister des schaumburg-lippischen Kirchspiels Altenhagen-Hagenburg, 1780.

²⁶⁷⁷ Vgl. PFISTER (1985), S. 130.

²⁶⁷⁸ Vgl. GEUNS (1790), S. 15 u. 97-99; RETTINGER (2002), S. 164.

²⁶⁷⁹ GEUNS (1790), S. 99.

²⁶⁸⁰ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 81.

²⁶⁸¹ Vgl. BEHRINGER (2007), S. 212-214; hierzu auch PFISTER (1985), S. 130; LAMB (1989), S. 272-274.

²⁶⁸² Vgl. HAMM (1976), S. 118 f.

²⁶⁸³ Vgl. NORDEN (1985), S. 100-102; VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 55.

hohen Todeszahlen. Die Ruhr wird in den Jahren 1778/79 sowie 1781 registriert. Mit den Kirchspielen südlich der Weser gibt es einige Korrelationen wie den Mortalitäts-gipfel 1772. Daneben aber auch auffallende Abweichungen.

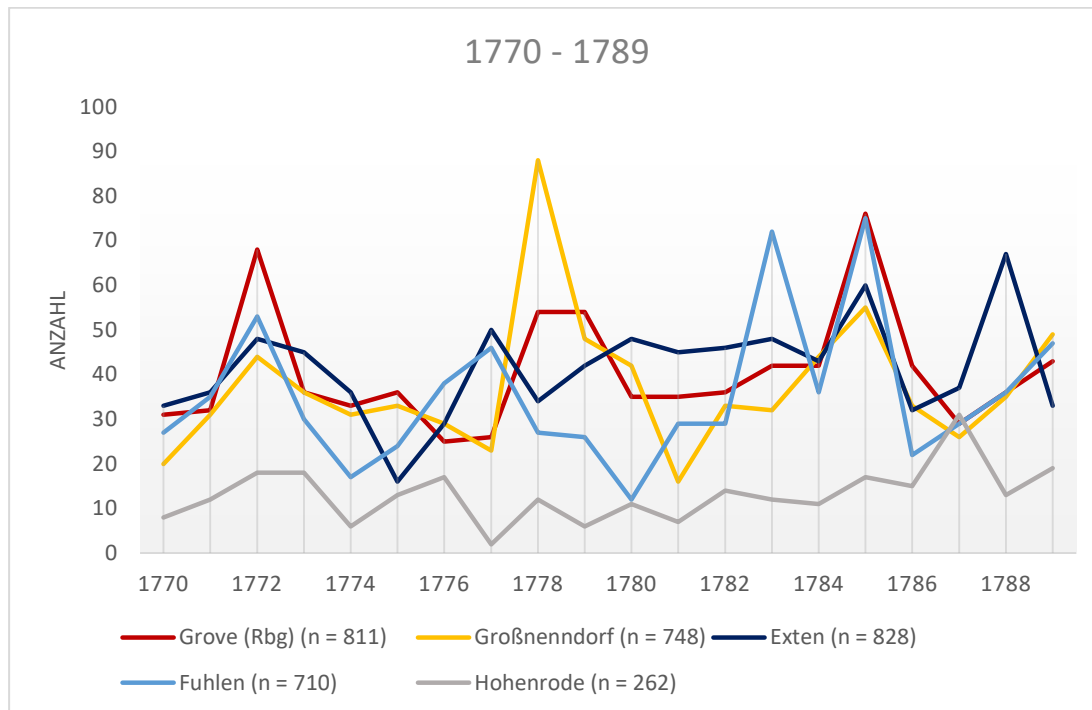


Abb. 177: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1770–1789 in Absolutzahlen

In Rintelns Nachbarkirchspiel Exten gab es jedoch 1772 nur einen Pockenfall. Nach 1776 befindet sich die Sterblichkeit durchgehend auf einem recht hohen Niveau, sowohl die Ruhr als auch die Pocken wurden mehrfach registriert. 1785 sticht die Todesursache *Frieseln* hervor. Akute Atemwegserkrankungen sind etwas häufiger. Im Kirchspiel Fuhlen grassierten die Pocken sowie die Masern bereits 1771. 1772 fällt die Todesursache *hitziges Fieber* auf.²⁶⁸⁴ Denkbar ist, dass es sich dabei um das Epidemische Fleckfieber handelte, das über bettelnde Menschen verbreitet worden ist.²⁶⁸⁵ Die Pocken haben zum Mortalitätsgipfel 1783 beigetragen, 1785 ist es dann aber eine Ruhrepidemie in Fuhlen mit sehr vielen Toten, die die Zahl hochgetrieben hat. Im kleinen Kirchspiel Hohenrode wurden die Todesursachen zunächst lückenhaft über-

²⁶⁸⁴ In Nürnberg wurde 1771/72 ein „epidemisches hitziges Faulfieber“ mit vielen Todesfällen registriert; vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 299.

²⁶⁸⁵ Vgl. auch COLLET (2019), S. 104.

mittelt, so dass über die Ursachen der Sterblichkeit in den Jahren 1772/73 keine Aussage getroffen werden kann. Die Pocken wurden 1775 oft verzeichnet, in den kommenden Jahren immer mal wieder, aber nie mit auffallend hohen Todeszahlen. Dasselbe gilt für die Ruhr. 1786/87 wird ungewöhnlich oft die Todesursache *Faulfieber* registriert. In diesem Fall dürfte es nicht Skorbut gewesen sein, sondern eine Infektionskrankheit, die sich durch Fieber äußert. Bei den Verstorbenen handelt es sich fast ausschließlich um Erwachsene ab dem 5. Lebensjahrzehnt.

Die Teuerung des Jahres 1771 bedeutete für die Bevölkerung im gesamten mitteleuropäischen Raum eine immense Belastung. Bis 1773 wurden vielerorts Sterbeüberschüsse festgestellt, die zu Bevölkerungsrückgängen von 6 % und mehr führten.²⁶⁸⁶ Allerdings entwickelte sich die Mortalität unterschiedlich. In Sachsen beispielsweise wuchs die Bevölkerung bis einschließlich 1771 an, erst 1772 brach diese Entwicklung ab.²⁶⁸⁷ „Für die Grafschaft Lippe wurde für 1771–1773 eine demographische Krise festgestellt, die durch sinkende Geburlichkeit und Heiratszahl sowie die steigende Mortalität gekennzeichnet war.“²⁶⁸⁸ In Mainz hingegen lagen 1771, „im Jahr der größten Teuerung“, die Geburten etwas über den Sterbefällen.²⁶⁸⁹ In Karlsruhe war die Sterblichkeit in den Jahren 1771 und 1772 erhöht, wenngleich nicht besonders auffällig.²⁶⁹⁰ Allerdings scheinen zumindest 1772 Infektionskrankheiten, darunter Pocken und Keuchhusten, dazu beigetragen zu haben. „Die (...) Berliner Todesursachenstatistik zeigt für 1772 das Emporschnellen der Trias Brustkrankheiten, Auszehrung und Hitziges Fieber, von letzterem auf das Dreifache.“²⁶⁹¹ Auch Friedrich Nicolai verweist für die Jahre 1771 und 1772 in Ulm auf die Seuchensterblichkeit: „Kinderpocken, hitzige Fieber und die bösen Hälse (die Angine) waren verheerend tödlich.“²⁶⁹² Im rheinländischen Oppenheim stieg die Sterblichkeit erst an, als die Preise schon wieder sanken.²⁶⁹³ In Koblenz lagen die Sterbefälle 1771–74 stets über den Geburten, wobei „sich nur die normalen jahreszeitlichen Schwankungen, besonders die Übersterblichkeit im Winter und zu Beginn des Frühjahrs“²⁶⁹⁴ verstärkten. Weitere Auffälligkeiten kommen

²⁶⁸⁶ Vgl. COLLET (2019), S. 108 f.

²⁶⁸⁷ Vgl. SCHIRMER (1996), S. 41.

²⁶⁸⁸ FREITAG (1986), S. 129.

²⁶⁸⁹ Vgl. RÖDEL (1984), S. 245.

²⁶⁹⁰ Vgl. MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 85 f.

²⁶⁹¹ GEHRMANN (2000), S. 109.

²⁶⁹² NICOLAI (1795), S. 82.

²⁶⁹³ Vgl. ZSCHUNKE (1984), S. 242.

²⁶⁹⁴ FRANCOIS (1982), S. 31.

jedoch in dieser Phase nicht vor. Hinrichs/Norden sind überrascht, „daß sich die gemeineuropäischen Hungerjahre 1771/74 in Altenesch demographisch verhältnismäßig schwach ausgewirkt haben.“²⁶⁹⁵ Burri führt den Umstand, dass die Teuerung in Luzern nicht von einer erhöhten Sterblichkeit begleitet wurde, auf eine Vorratshaltung sowie weitere umsichtige Maßnahmen des Stadtrates zurück.²⁶⁹⁶ Mit den Folgen der Nahrungsknappheit ging man unterschiedlich um: Der böhmische Kreis Znaim hortete beträchtliche Mengen an Getreide. Doch anstatt den notleidenden Nachbarkreis zu unterstützen, wurde das Getreide nach Passau geschmuggelt.²⁶⁹⁷ Böhmen litt sehr unter der Krise. Allerdings hatte sich die wirtschaftliche Lage dort bereits seit dem Siebenjährigen Krieg, also lange vor der Missernte, verschlechtert.²⁶⁹⁸ „Besser erging es lediglich den Regionen im Norden und Westen des Reichs, die eine günstige Verkehrslage aufwiesen und von Hungerkrankheiten weitgehend verschont blieben.“²⁶⁹⁹

Im südniedersächsischen Amt Niedecken stellt sich die Sterblichkeit im Krisenjahr 1772 nicht als außergewöhnlich dar.²⁷⁰⁰ Erst 1778 stieg sie, möglicherweise infolge einer witterungsbedingten Häufung tödlicher Atemwegserkrankungen, an. In der Mitte der 1780er Jahre war die Sterblichkeit im Raum Göttingen auffallend hoch.²⁷⁰¹ Registriert wurden oftmals Atemwegserkrankungen, Diphterie und Pocken. Auch in anderen Regionen lassen sich Mortalitätsspitzen mit Infektionskrankheiten wie Ruhr und Pocken erklären.²⁷⁰² Die frühen 1770er Jahre wurden nicht zuletzt aufgrund zeitgenössischer Schilderungen über die allgemeine Not zum Synonym für eine frühneuzeitliche Teuerungskrise, die Situation der Bevölkerung hat sich in den kommenden Jahren nicht gebessert. Bielke hat für Berlin-Friedrichswerder die Anteile als „arm“ bezeichneter Verstorbener ermittelt und miteinander verglichen:²⁷⁰³ 1771 betrug ihr Anteil 26,7 %, stieg 1772 auf 29,7 % an und ging 1773 auf 27,5 % zurück. Im Jahre 1785 galten 38,1 % der Verstorbenen als „arm“, in den Jahren 1786–88 jeweils 40,3 %.

²⁶⁹⁵ HINRICHS/NORDEN (1980), S. 49.

²⁶⁹⁶ Vgl. BURRI (1975), S. 78 f.

²⁶⁹⁷ Vgl. BRÁZDIL (2001), S. 64.

²⁶⁹⁸ Vgl. EBD., S. 65.

²⁶⁹⁹ COLLET (2019), S. 108.

²⁷⁰⁰ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 55.

²⁷⁰¹ Vgl. EBD., S. 55 f.

²⁷⁰² Vgl. FRANCOIS (1982), S. 31 f.; ROTHE (1998), S. 135; RETTINGER (2002), S. 164.

²⁷⁰³ Vgl. BIELKE (1986), S. 161. In die Jahre 1770-73 fallen Sterblichkeitsüberschüsse, allerdings auch eine Reihe von Epidemien; vgl. EBD., S. 169.

Obwohl die 1780er Jahre nicht als krisenhafte Phase gelten, war die Sterblichkeit sehr hoch und überschritt teilweise die des vorangegangenen Jahrzehnts.²⁷⁰⁴

1790–1809

In den Jahren 1788 und 1789 sind aufgrund sommerlicher Dürreperiode sowie eines Hagelsturms im Juli 1788 und Überschwemmungen im Frühjahr 1789 zumindest in Frankreich die Ernten misslungen.²⁷⁰⁵ Der Zeitraum von 1789 bis 1798 beinhaltet dann 10 aufeinanderfolgende sehr warme Jahre, wobei 1797 als das wärmste Jahr des 18. Jahrhunderts gilt.²⁷⁰⁶ Im Sterberegister von Altenhagen-Hagenburg wurde vermerkt: *Das Jahr 1790 kann in Rücksicht auf die geringe Sterblichkeit zu den guten Jahren gerechnet werden, seit vielen Jahren sind nicht so wenige gestorben als 1790. So außerordentlich strenge der Winter von 1788/89 war, eben so außerordentlich gelinde war der zum 1789/1790. In diesem Jahr sind wir von allen epidemien befreiet geblieben.* Im November 1792 setzte sehr stürmisches Wetter ein, so dass es schließlich im Verlauf des Winters vielerorts zu Überschwemmungen kam. Auch im Bereich der Weser (nachweislich in Minden) traten Hochwasser auf.²⁷⁰⁷ 1798/99 gab es einen extremen Winter, in dessen Verlauf selbst die größeren europäischen Flüsse zeitweise zufroren.²⁷⁰⁸ Darüber hinaus sind für den norddeutschen Raum kleinere und örtlich begrenzte Wetterphänomene wie Schneefall im September oder Blumenblüte im Winter überliefert.²⁷⁰⁹

In das 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts fallen einige sehr lange überdurchschnittlich kalte Frühjahrsperioden.²⁷¹⁰ Im Sterberegister des schaumburgischen Kirchspiels Großnenndorf wurde 1805 vermerkt: *Der Winter war wieder außerordentlich heftig, es fror vom Iten November 1804 bis in die Mitte des May 1805 unaufhörlich fort. Die Witterung blieb den ganzen Sommer hindurch rau, kalt und regnicht.* Jeweils 1805 und 1806 war es im norddeutschen Raum so kalt, dass die gepflanzten Kartoffeln im Boden erfroren.²⁷¹¹ Als im April 1808 aufgrund der einsetzenden milden Frühlingsluft die

²⁷⁰⁴ Vgl. auch JUNGKUNZ (1951), S. 299; BURRI (1975), S. 79; RÖDEL (1984), S. 246; ZSCHUNKE (1984), S. 236 u. 242-244; MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 87.

²⁷⁰⁵ Vgl. LAMB (1989), S. 275; BEHRINGER (2007), S. 216.

²⁷⁰⁶ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 66 f.

²⁷⁰⁷ Vgl. WEIKINN (2000), S. 538-541.

²⁷⁰⁸ Vgl. EBD., S. 576-577.

²⁷⁰⁹ Vgl. HAMM (1976), S. 121-123.

²⁷¹⁰ Vgl. PFISTER (1985), S. 130.

²⁷¹¹ Vgl. HAMM (1976), S. 130.

Schneesmelze begann und gleichzeitig ein starker Regen einsetzte, kam es in Celle zu einer „gewaltigen Überschwemmung“ und auch im Raum Hannover zu Hochwasser mit großen Schäden.²⁷¹²

Nach der Jahrhundertwende änderte sich vorerst nichts zum Besseren. Auch in der Grafschaft Schaumburg war die Ernährungslage vorübergehend sehr angespannt. Die Sterberegister von Hohenrode und Großenndorf enthalten eine Reihe von Informationen über die Jahre 1803–06. Demnach war insbesondere aufgrund sehr kalter Winter mehrmals die Ernte missraten. Der Pastor von Großenndorf vermerkte 1804: *Es würde eine völlige Hungers=Noth entstanden sein, wenn nicht große Vorräthe von Danziger Korn angekommen wären.* In der Region um Göttingen war 1805 aufgrund einer schlechten Ernte im Vorjahr das Getreide ebenfalls teuer. Die Ernte 1805 fiel wieder gut aus, so dass eine Verschärfung der Versorgungslage nicht eintrat.²⁷¹³ In Schaumburg hatte sich 1806 die Lage ebenfalls wieder etwas entspannt: *Nach dem unglücklichen Winter hatten wir eine vortreffliche fruchtbare Witterung, der Rocken war indessen gefroren und mancher hatte gar keinen, die Sommerfrüchte sind jedoch vorzüglich und sichern uns vor Mangel und Theuerung.*

Die napoleonische Zeit war in Europa eine Phase allgemeiner Teuerung. Zudem hatte das Bevölkerungswachstum einen allmählichen Anstieg der Lebenshaltungskosten bewirkt: „Die erhöhte Nachfrage verursachte etwa seit dem vierten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts eine stetige Preissteigerung, die im Großen und Ganzen gesamteuropäischen Charakter hatte, sich aber erst seit Ende der achtziger Jahre und während der Revolutionskriege in größerem Ausmaß verstärkte.“²⁷¹⁴ Zur Zeit des Königreichs Westphalen sollen in der Stadt Rodenberg Häuser zu Spottpreisen angeboten worden sein, weil ihr Erwerb mit der Übernahme von Einquartierungskosten verbunden war.²⁷¹⁵ Die Ereignisse an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert trafen in Rodenberg auf eine Situation, die noch von Lasten aus der Vergangenheit geprägt war. In der Vorbeschreibung zum Lager-, Stück- und Steuerbuch (um 1780) wurde unter § 13 *Activ und Passiv=Schulden* festgehalten, dass die Stadt noch jährlich 3.300 Rt. Schulden

²⁷¹² Vgl. WEIKINN (2002), S. 79-82.

²⁷¹³ Vgl. MEINHARDT (1966), S. 212 f.

²⁷¹⁴ MAGEN (1992), S. 18; vgl. auch HERZIG (1994), S. 136 f.

²⁷¹⁵ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 114.

aus dem Dreißigjährigen Krieg zu verzinsen hatte, die meisten Bürgerhaushalte selbst verschuldet waren.²⁷¹⁶ Die Abgaben zur Finanzierung des hessischen Militärapparats bedeuteten auch in Friedenszeiten eine Belastung,²⁷¹⁷ der Siebenjährige Krieg brachte Teuerungen und eine Münzverschlechterung.²⁷¹⁸

Gleichzeitig klagte man über einen Zinsverfall, der dazu führte, dass sich der Ertrag von Kapitalien, aus denen sich u. a. teilweise die Einkommen von Organisten oder Lehrer speisten, verringerte. So war das Gehalt des Rodenberger Kirchenorganisten im Jahre 1804 von rund 41 Tl. (um 1800) auf nur noch 30 Tl. jährlich gesunken.²⁷¹⁹ Die „theuren Zeiten“ hielten auch in den folgenden Jahren an. Darüber hinaus kam es schließlich nicht nur zu Steigerungen der Getreidepreise, sondern auch zu einem Geldmangel.²⁷²⁰ Naturaleinkünfte sowie etwaige mit einem Amt verbundene Ländereien waren insbesondere in Zeiten der Teuerung für dessen Inhaber von besonderer Bedeutung.²⁷²¹

Die Mortalitätsentwicklung in den benachbarten nordschaumburgischen Kirchspielen Grove (Rbg) und Großnenndorf stimmt auch in der Phase von 1790–1809 weitgehend überein (**Abb. 178**). Auffallend sind die drei Mortalitätsgipfel, die auf dieselben Hauptursachen (1791: Ruhr; 1796: Pocken, Frieseln, Ruhr; 1802: Masern, Pocken, Frieseln, Scharlach) zurückzuführen sind. Darüber hinaus fällt auf, dass im 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts mehr Menschen an akuten Atemwegserkrankungen verstorben sind. In den Todesursachen spiegeln sich die klimatischen Veränderungen wider. Die Verbreitung der Ruhr, die auch 1797 in Großnenndorf und 1798 in Grove (Rbg) sehr präsent war, wurde zweifellos durch die warmen Sommer begünstigt. Danach tritt sie zunächst überhaupt nicht mehr auf. In Großnenndorf wird in den 1790er Jahren zudem eine große Zahl an chronischen Atemwegserkrankungen – *Dumpf* – in den Sterberegistern verzeichnet. Ihre Zahl ist 4-mal so hoch wie im folgenden Jahrzehnt. In Grove (Rbg) finden sich deutlich weniger chronische Atemwegserkrankungen. Zudem unterscheiden sich die beiden Jahrzehnte nicht in quantitativer Hinsicht.

²⁷¹⁶ Vgl. auch MITHOFF (1985b), S. 173, 182 u. 185 f.

²⁷¹⁷ Vgl. StAB H 1, IV, 4 Nr. 5; MITHOFF (1985b), S. 47 f.

²⁷¹⁸ Vgl. LKAH A 13, Nr. 906.

²⁷¹⁹ Vgl. LKAH D 34 I B 16, Nr. 231.

²⁷²⁰ Darauf weist der Töchterlehrer in seinem Bewerbungsschreiben um die vakante Kantorstelle im Jahre 1820 hin, vgl. EBD.

²⁷²¹ Vgl. LKAH D 34 I B 16, Nr. 231.

Erklären lässt sich dies mit dem Kurbetrieb in Bad Nenndorf, der sich auch auf „Brustbeschwerden“ (vgl. Kap. 2.3.2) spezialisiert hatte. Dort praktizierten regelmäßig Ärzte sowie seit 1788 ein *Brunnen-Chirurgus*. Anzunehmen ist, dass diese auch von der ansässigen Bevölkerung des Kirchspiels konsultiert wurden und präzisere Diagnosen stellten.²⁷²² Die klimatische Abkühlung im 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts schlägt sich in einer Zunahme an akuten Atemwegserkrankungen nieder. Zwei Drittel der entsprechenden Todesursachen in Grove (Rbg) fallen in die Jahre 1800–09, in Großnenndorf sind es vier Fünftel. Berichtet wurde von sehr kalten Wintern. Trockene Kälte begünstigt die Verbreitung von Orthomyxoviren, den Erregern der Influenza. Doch auch der Grippale Infekt kommt in Frage. Trockene Schleimhäute erleichtern das Eindringen von Viren in den menschlichen Organismus, die Abkühlung des Körpers schwächt das Immunsystem.

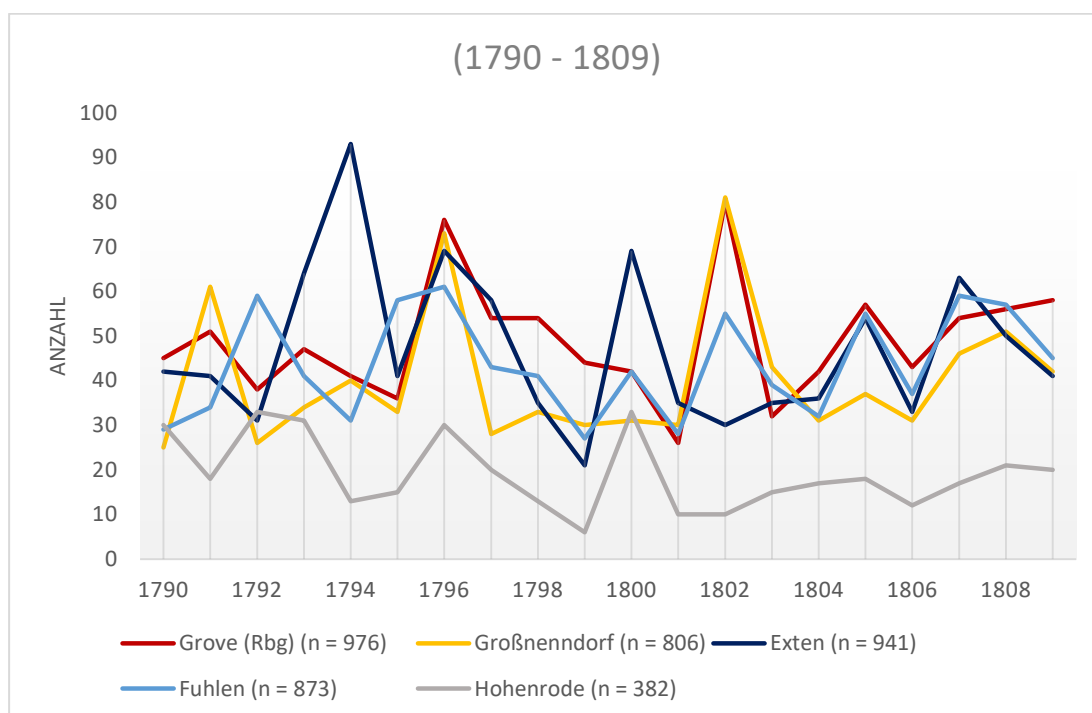


Abb. 178: Sterblichkeit in ausgewählten schaumburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1790–1809 in Absolutzahlen

²⁷²² Das benachbarte Kirchspiel Grove (Rbg), wo sich der Sitz der Amtsverwaltung befand, hatte stets eigenes medizinisches Personal. Zudem könnte die Verlegung des Kurbetriebs nach Nenndorf im ausgehenden 18. Jahrhundert eine gewisse Verstimmung hervorgerufen, die Rodenberger bewusst auf die Inanspruchnahme spezialisierter medizinischer Dienstleistungen im Nachbarkirchspiel verzichtet haben.

Die Mortalität in den Kirchspielen im Weserraum entwickelte sich ähnlich. Die Pocken verloren infolge der Einführung der Schutzimpfung an Bedeutung. Die Ruhr, die auch in Fuhlen, Exten und Hohenrode in einigen Jahren die Todeszahlen hochtrieb, ist nach 1797 bzw. 1800 so gut wie nicht mehr präsent. Auch die massive Zunahme an akuten Atemwegserkrankungen zu Beginn des 19. Jahrhunderts ist im Weserraum zu beobachten. In Hohenrode und Fuhlen erscheinen zudem die Todesursachen *Dumpf* und *Engbrüstigkeit*, die auf chronische Atemwegserkrankungen verweisen, überwiegend in den 1790er Jahren. In Exten sind diese Todesursachen sehr selten und finden sich etwas öfter zwischen 1800 und 1809. Allerdings wurde in den 1790er Jahren eine 4-mal so hohe Zahl an Todesursachen wie *Brustübel* und *Brustbeschwerden* registriert. Zu vermuten ist, dass sich hinter diesen Todesursachen ebenfalls chronische Atemwegserkrankungen verbergen.

In den deutschen Territorien findet sich in den 1790er Jahren eine Reihe von Jahren mit erhöhter Mortalität, die auf Teuerungen und Epidemien aufgrund von Truppenbewegungen zurückgeführt werden.²⁷²³ Allerdings bestehen regionale Unterschiede, wobei sich die räumliche Nähe zu Frankreich auswirkte. In Bonn hatten die Auseinandersetzungen zwischen französischen Revolutionstruppen und kaiserlichem Militär im Winter 1792/93 sowie die anschließende Besetzung zu einer verheerenden Fleckfieberepidemie geführt.²⁷²⁴ Schlöder lässt „sie als Ursache der demographischen Krise gelten, wenngleich der strenge Winter und die Teuerungskrise die Morbidität und Letalität dieser Seuche noch massiv gesteigert hat.“²⁷²⁵ Im 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts überzogen die Folgen der napoleonischen Feldzüge den gesamten deutschsprachigen Raum. In der Region Göttingen kam es nach 1804 zu einer Nahrungsmittelverknappung, da die Bauern zu militärischen Dienstleistungen herangezogen wurden.²⁷²⁶ Im folgenden Jahr stieg die Sterblichkeit im Amt Niedeck in der jüngeren Altersgruppe weit überdurchschnittlich an, wobei häufig Kinderkrämpfe, „Schwäche“ sowie – etwas später – „Stickhusten“ verzeichnet wurden. In Nürnberg gab es 1806 und 1809 sehr

²⁷²³ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 308; FRANCOIS (1982), S. 32 f.; RETTINGER (2002), S. 167.

²⁷²⁴ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 254. RETTINGER (2002), S. 305, registriert im Mainzer Raum in den Jahren 1793-95 ein epidemisches Auftreten des Fleckfiebers. FRANCOIS (1982), S. 32, berichtet über einen erheblichen Anstieg der Sterblichkeit in Koblenz 1793-95. Unklar ist, um welche Epidemie(n) es sich handelt. Vgl. auch RÖDEL (1984), S. 246-249; ZSCHUNKE (1984), S. 244-246; MÜLLER, CHRISTINA (1992), S. 85 f.

²⁷²⁵ SCHLÖDER (2014), S. 256.

²⁷²⁶ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 56 f.

viel Tote aufgrund von Scharlach. 1810 wurden „Flecken“ registriert.²⁷²⁷ Jungkunz vermutet, dass das Fleckfieber infolge der Einquartierung von Franzosen zur hohen Sterblichkeit in 1806 beigetragen hat.²⁷²⁸ 1814 soll die epidemische Verbreitung des Fleckfiebers „die Bevölkerungsbilanzen in Holstein und im Fürstentum Lüneburg“ geprägt haben.²⁷²⁹

Die Phase seit dem Ausbruch der Französischen Revolution ist geprägt durch Teuerungen, zunehmende steuerliche Belastungen und Beeinträchtigungen von Wirtschaft und Handel. Die Bevölkerung Europas musste nicht nur mit den materiellen Problemen zurechtkommen, sondern war aufgrund der Kriege und des schnellen Wandels der politischen Verhältnisse tief verunsichert.²⁷³⁰ Zugleich intensivierte sich die Mobilität auf den Straßen. Abgesehen von zahlreichen militärischen Operationen, die von Einquartierungen und Truppenaushebungen begleitet waren, befanden sich viele Menschen auf der Flucht. Die Zeitumstände begünstigten die Verbreitung von Infektionskrankheiten in besonderem Maße. Aufgrund der mangelnden Kenntnisse dürften namentlich Typhus und Fleckfieber in den Sterberegistern unterrepräsentiert sein. Inwiefern die Erreger von Kinderkrankheiten wie Scharlach und Diphtherie davon profitierten, ließe sich nur durch eine überregionale Rekonstruktion von Seuchenzügen klären. Möglicherweise spielen auch die klimatischen Veränderungen hier hinein. Dass diese die Sterblichkeit maßgeblich beeinflusst haben, belegt der Rückgang der Ruhr im 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts in der Grafschaft Schaumburg bei einem gleichzeitig enormen Anstieg an akuten Atemwegserkrankungen.

1810–29

Die weitreichenden politischen Veränderungen im 2. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts wurden infolge der abgeschwächten Sonnenaktivität während des „Dalton-Minimums“ durch klimatisch ungünstige Bedingungen insbesondere für die Landwirtschaft

²⁷²⁷ Vgl. JUNGKUNZ (1951), S. 300.

²⁷²⁸ Vgl. EBD., S. 308.

²⁷²⁹ Vgl. GEHRMANN (2000), S. 117.

²⁷³⁰ Zu den sozialpsychologischen Folgen im Sinne einer kollektiven „Verstörung“ vgl. BLESSING (1979).

begleitet. Bereits der Sommer des Jahres 1813 war auffallend kalt mit überdurchschnittlich hohen Niederschlägen.²⁷³¹ Das Jahr 1816 brachte dann eine Klimaanomalie, die als das „Jahr ohne Sommer“ in das kollektive Gedächtnis einging. Ursache war der Ausbruch des Tambora, eines indonesischen Vulkans, im Vorjahr. Dabei waren 90, vielleicht 150 Kubikkilometer Lava- und Aschepartikel in die Atmosphäre geschleudert worden.²⁷³² Die Wetterveränderung ist eine Folge des Ausstoßes schwefelhaltiger Gase, die, umgewandelt zu sulphathaltigen Gasen, bis in die Stratosphäre gelangten. Dort bildeten sie Aerosole oder Staubschleier, die sich global ausbreiteten und die Sonnenstrahlung auf der Erde verringerten.²⁷³³ Die Folgen der Freisetzung von Staubteilchen wurden in Europa und Nordwestamerika bereits im Mai 1816 durch eine ungewöhnliche Kälte spürbar.²⁷³⁴ Die Kälte setzte sich über den ganzen Sommer bis über die Erntezeit hinaus fort. Begleitet wurde sie durch Regen sowie heftige Gewitter mit Hagelschlag.

Im Gegensatz zum vorangegangenen Jahrzehnt verliefen die 1820er Jahre klimatologisch weitestgehend unauffällig. Der Sommer 1822 war laut einer Eintragung im Sterberegister von Hessisch Oldendorf zu trocken. An der Nordseeküste gab es im Februar 1825 eine Sturmflut mit zahlreichen Deichbrüchen, doch im Allgemeinen war das Klima mild.²⁷³⁵ Erst zum Ende des Jahrzehnts wurden auffallend kalte Winter registriert.

Bereits die Ernten von 1813 und 1814 wurden als mittelmäßig, die von 1815 wurde sogar als misslungen bezeichnet.²⁷³⁶ Verstärkt durch die vorangegangenen Getreide-

²⁷³¹ Vgl. PFISTER (1999), S. 156.

²⁷³² Ausführlich zum Ausbruch des Tambora und die Klimafolgen vgl. allg. STOMMEL (1983a); siehe auch DIES. (1983b), S. 96-98 u. 102 f.; NUSSBAUMER (1996), S. 197 f.; PFISTER (1999), S. 153-155.

²⁷³³ Die warmen Winter dagegen sind eine Folge der gleichzeitigen Aufheizung der Stratosphäre, die eine Erwärmung der Atlantikströme nach sich zieht, was zur Zufuhr milderer Luftmassen nach Europa führt; vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 15.

²⁷³⁴ Vgl. PFEUFER (1819), S. 18-20 u. 157; DOWE (1981), S. 216; MÜLLER, GERALD (1998), S. 11-14; PFISTER (1999), S. 154.

²⁷³⁵ Vgl. ALLGEMEINES REPERTORIUM (1828), S. 35 f.; HAMM (1976), S. 135-139.

²⁷³⁶ Vgl. MEDICK (1997), S. 246 f.; MÜLLER, GERALD (1998), S. 23.

preissteigerungen sowie die Kriegslasten rief die Klimaanomalie von 1816 einen Nahrungsmittelnotstand im mitteleuropäischen Raum hervor.²⁷³⁷ Die Getreidepreise stiegen bis auf das Fünffache;²⁷³⁸ zugleich verteuerten sich verschiedene Gemüsearten sowie tierische Erzeugnisse wie Milch und Fleisch.²⁷³⁹ Das Kirchenbuch von Hessisch Oldendorf enthält in 1817 einen Vermerk zur damaligen Situation: *wenn Polen und Rußland [?] kein Brodtkorn zugeführt hätte, so würde eine Hungersnoth entstanden seyn*. Die Nähe zum Getreidehandel im Ostseeraum dürfte sich für Territorien wie der Grafschaft Schaumburg günstig ausgewirkt haben: „Doch machte sich die Katastrophe nicht überall mit gleicher Stärke bemerkbar. Der deutsche Süden und Westen hatte stärker zu leiden als der Norden und Osten, wo es möglich blieb, mit verminderten Erträgen sogar noch einen profitablen Handel zu beginnen. Soziale Unterschiede trugen zu diesem Gefälle bei“.²⁷⁴⁰ Über die Ernte von 1817 gibt es verschiedene Schilderungen. In Bayern blieb sie hinter den Erwartungen zurück.²⁷⁴¹ Einem zögerlichen Angebot seitens der Erzeuger stand eine drängende Nachfrage der Konsumenten gegenüber und ließ die Preise dort auf einem hohen Niveau verharren. Erst die Aussicht auf eine gute Ernte in 1818 sorgte dafür, dass bislang zurückgehaltene Getreidevorräte auf den Markt gelangten und die Preise sich wieder normalisierten. Im Allgemeinen scheint sie aber schon 1817 überdurchschnittlich gut ausgefallen zu sein.²⁷⁴² In den 1820er Jahren wurden dann durchschnittliche bis sehr gute Ernten erwirtschaftet.²⁷⁴³

Die Phase von 1810–29 weist Mortalitätsgipfel in den Jahren 1811 und 1819 sowohl in süd- als auch nordschaumburgischen Kirchspielen auf (**Abb. 179**). Darüber hinaus verläuft die Entwicklung weniger einheitlich. Die Pocken sind aufgrund der Schutzimpfung nahezu weggefallen, wirken sich zumindest nicht mehr mortalitätserhöhend aus. Auffallend ist die Zunahme an Todesursachen, hinter denen sich andere infektiöse Krankheiten der Kindheit wie Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten verbergen. Die hohe Mortalität im Kirchspiel Grove (Rbg) im Jahre 1811 wurde in erster Linie durch eine extreme Häufung akuter Atemwegserkrankungen insbesondere in den

²⁷³⁷ Vgl. WISCHERMANN (1983), S. 127 f.; BASS (1994), S. 128; MEDICK (1997), S. 246 f.; MÜLLER, GERALD (1998), S. 23 f.

²⁷³⁸ Vgl. ASSION (1986), S. 21.

²⁷³⁹ Vgl. HARTINGER (1986), S. 6.

²⁷⁴⁰ ASSION (1986), S. 20.

²⁷⁴¹ Vgl. MÜLLER, GERALD (1998), S. 139-142 u. 166 f.

²⁷⁴² Vgl. DOWE (1981), S. 218; WISCHERMANN (1983), S. 128; HARTINGER (1986), S. 8.

²⁷⁴³ Vgl. WISCHERMANN (1983), S. 128.

Monaten Februar bis April verursacht. Dies deckt sich auch mit dem südniedersächsischen Amt Niedeck, wo die Sterblichkeit ab 1809 zugenommen hatte und 1811 besonders hoch war. Vermehrt wurden dort Totgeburten sowie Atemwegserkrankungen, „Gicht“ sowie „Frieseln“ registriert.²⁷⁴⁴ In Grove (Rbg) sticht im Jahre 1819 neben den Masern die Todesursache *Frieseln* hervor.

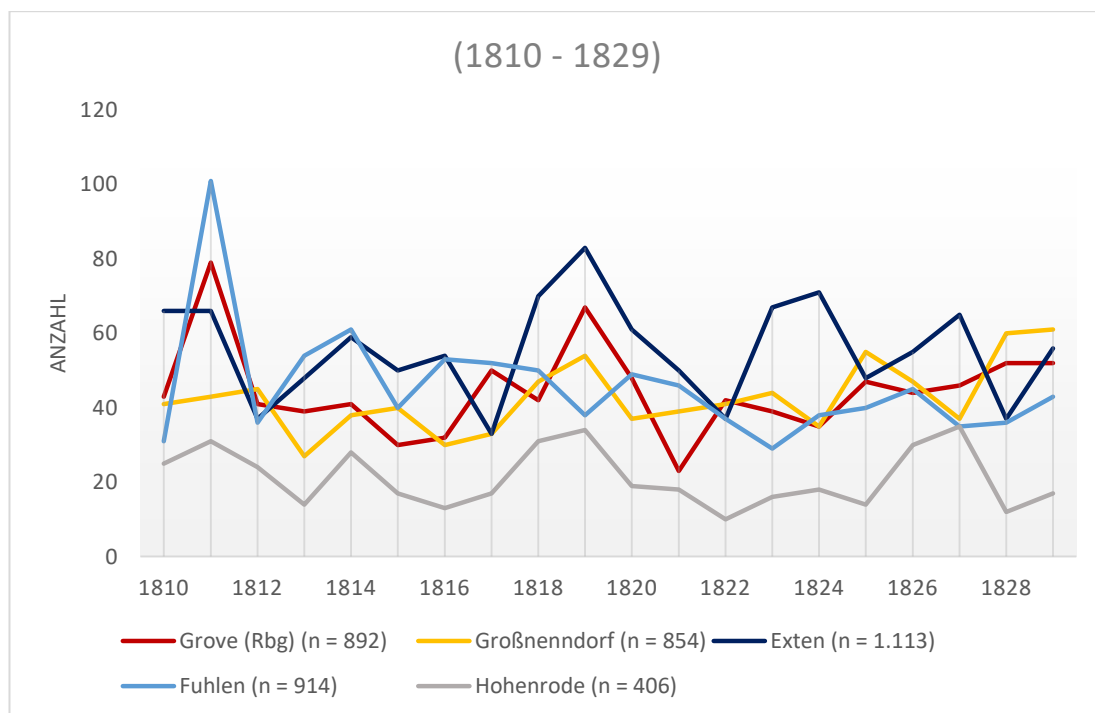


Abb. 179: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1810–1829 in Absolutzahlen

Der leichte Anstieg im kritischen Jahr 1817 lässt sich in Grove (Rbg) auf eine leicht erhöhte Anzahl an Belegen für die Todesursache *Auszehrung* zurückführen, wobei fünf der elf Belege in die zweite Jahreshälfte fallen. Der Anstieg der Sterblichkeit seit 1825 hat keine spezifischen Ursachen. Im Gegensatz zu Grove (Rbg) wurde die Todesursache *Auszehrung* im Kirchspiel Großnenndorf 1817 nicht sonderlich oft verzeichnet. Im „Jahr ohne Sommer“ erscheint sie lediglich 2-mal. Der Mortalitätsgipfel 1819 lässt sich nicht auf eine einzelne Krankheit zurückführen. Dies gilt auch für die Jahre mit erhöhter Sterblichkeit am Ende des untersuchten Zeitraums. Außer den infektiösen Krankheiten der Kindheit sind vor allem tödlich verlaufene akute Atemwegserkrankungen verzeichnet.

²⁷⁴⁴ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 57.

Im südschaumburgischen Kirchspiel Exten gibt es eine Reihe von Jahren mit gesteigerter Mortalität. 1810/11 sind die Masern auffällig, 1814–16 überdies auch Keuchhusten und Scharlach. 1818/19 starben viele Menschen an akuten Atemwegserkrankungen, 1819 kam noch die Ruhr hinzu. In Fuhlen finden sich 1810/11 vermehrt infektiöse Krankheiten der Kindheit. Der Höchstwert im Jahre 1811 ist wesentlich Folge eines Ruhrausbruchs mit vielen Todesopfern. Im benachbarten Kirchspiel Hohenrode grassierte die Ruhr ebenfalls in diesem Jahr. Darüber hinaus ähnelt die Sterblichkeit in Fuhlen und Hohenrode der von Exten. Die Todesursache *Auszehrung* wurde etwas häufiger 1818 in Exten und Hohenrode verzeichnet, nicht aber in Fuhlen. In den Jahren 1816/17 wurde sie jeweils nur einige Male eingetragen. Die Ernährungslage hatte sich bereits 1817, spätestens aber 1818 wieder normalisiert. *Auszehrung* ist damit kein Synonym für den Hungertod. Hervorzuheben ist, dass sich ein Einfluss der Klima-anomalie des Jahres 1816 auf die Sterblichkeit nicht feststellen lässt.

Die Folgen der Klima-anomalie 1816 in den deutschen Territorien werden unterschiedlich eingeschätzt. In Regionen wie dem Niederrhein, Teilen Westfalens sowie den Hochlagen der Mittelgebirge soll die daraus resultierende Teuerung ein geringeres Bevölkerungswachstum bewirkt haben.²⁷⁴⁵ Für das baden-württembergische Laichingen stellt Medick (1997) fest:

Ihre einschneidende Wirkung ergab sich – wie bei der Krise zu Beginn der 80er Jahre des 18. Jahrhunderts – aus dem Zusammentreffen einer Erntekrise und einer Krise des proto-industriellen Leinengewerbes. Das Sterblichkeitsniveau dieser Jahre übertraf zwar nur in verhältnismäßig geringem Maße die bereits relativ hohe Sterblichkeit der vorhergehenden und vor allem auch der nachfolgenden Jahre, der beträchtliche Rückgang der Geburtenzahl der Jahre 1817 und 1818 charakterisierte sie jedoch als eine einschneidend wirkende Subsistenzkrise. (S. 311 f.)

Im Schweizer Raum gilt 1817 ebenfalls als „Hungerjahr“, blieb aber demographisch unauffällig.²⁷⁴⁶ Dasselbe gilt für die oldenburgischen Kirchspiele Altenesch und

²⁷⁴⁵ Vgl. BASS (1994), S. 156 f.

²⁷⁴⁶ Vgl. BURRI (1975), S. 80 f.

Wardenburg.²⁷⁴⁷ Vogel hebt für die Entwicklung im Amt Niedecken, das aufeinanderfolgende Missernten erlebt hat, hervor: „1817 war das Getreide kaum mehr zu bezahlen und erst im März 1818 fielen die Preise wieder. Trotzdem erlebte das Amt Niedeck keine Bevölkerungskrise sondern vielmehr einen Geburtenüberschuss von bisher ungekannter Dimension.“²⁷⁴⁸

1830–49

Der Winter des Jahres 1829/30 war extrem kalt. Erstmals seit 1740 froh der Bodensee wieder zu.²⁷⁴⁹ Einsetzendes Tauwetter im Spätwinter 1830 bewirkte ebenso wie 1808 u. a. in Hannover und Celle einen plötzlichen außergewöhnlichen Anstieg der Wasserstände mit Überschwemmungen und Verheerungen in den Gärten sowie Zerstörungen von Brücken. Minden war ebenfalls nachweislich betroffen.²⁷⁵⁰ Während der Winter 1833/34 außergewöhnlich mild und „frühlingshaft“ ausfiel, waren der von 1837/38 sowie mehrere Winter der 1840er Jahre erneut überdurchschnittlich kalt.²⁷⁵¹ Die Jahre 1845 und 1847 brachten auch Norddeutschland extreme Kälte.²⁷⁵² Für die erste Hälfte der 1840er Jahre lassen sich einige lange Regenperioden nachweisen.²⁷⁵³

Die Ernten fielen in den Jahren 1829 und 1830 aufgrund regnerischer Sommer wieder sehr schlecht aus: „Insgesamt erreichte die Nahrungskrise 1830/31 trotz eines starken regionalen Gefälles aber nicht den Grad einer Hungersnot.“²⁷⁵⁴ Rund 15 Jahre später trugen dann einige ungünstige Umstände zu einer Nahrungsmittelknappheit in weiten Teilen Europas bei:²⁷⁵⁵ Wegen des Regens sowie Frösten waren bereits die Ernteerträge der Jahre 1844 und 1845 unterdurchschnittlich. Dazu breitete sich die Kartoffelfäule, die in Irland zu Massenauswanderungen führte, in Mitteleuropa aus. 1846 kam es beim Getreide zu einer Missernte. Sowohl die Einbußen der Getreide- als auch der

²⁷⁴⁷ Vgl. HINRICHS/NORDEN (1980), S. 49

²⁷⁴⁸ VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 57.

²⁷⁴⁹ Vgl. LAMB (1989), S. 278.

²⁷⁵⁰ In diesem Jahr scheint das Hochwasser in den norddeutschen Elbe- und Weserregionen extrem gewesen zu sein; vgl. WEIKINN (2002), S. 341-359.

²⁷⁵¹ Vgl. HAMM (1976), S. 144; MUNK (1985), S. 90; LAMB (1989), S. 278; PFISTER (1999), S. 89.

²⁷⁵² Vgl. HAMM (1976), S. 150; MUNK (1985), S. 111.

²⁷⁵³ Vgl. WISCHERMANN (1983), S. 128.

²⁷⁵⁴ Vgl. EBD., S. 128; hierzu auch MEINHARDT (1966), S. 216; GEHRMANN (2000), S. 124 f. Die Regierung des Kreises Schaumburg ließ in diesem Jahr Ostseeroggen ankaufen, der vergünstigt an bedürftige Gemeinden weitergegeben wurde; vgl. STAB H 1, Nr. 237.

²⁷⁵⁵ Vgl. DOWE (1981), S. 218; WISCHERMANN (1983), S. 128 f.

Kartoffelernte führten schließlich im Frühjahr 1847 zu einer Nahrungskrise erheblichen Ausmaßes. In Kurhessen wuchs der Anteil der unterstützungsbedürftigen Personen auf zwei Drittel der Gesamtbevölkerung an.²⁷⁵⁶ Auch die Bevölkerung der Grafschaft Schaumburg litt unter der Verknappung von Lebensmitteln.²⁷⁵⁷

Die Sterblichkeitskurven im Zeitraum von 1830–49 verlaufen im Allgemeinen eher unruhig mit vornehmlich kleineren Mortalitätsspitzen (**Abb. 180**). Im Kirchspiel Grove (Rbg) fallen die Jahre 1837, 1843, 1847 sowie 1849 durch eine erhöhte Sterblichkeit auf. Für das 18. Jahrhundert lassen sich diese zumeist auf einzelne Todesursachen bzw. Infektionskrankheiten zurückführen, im 19. Jahrhundert trugen stets mehrere jeweils geringfügig zur Erhöhung bei. In Grove (Rbg) fällt auf, dass die Todesursache *Nervenfieber*, wohl Fleckfieber, in diesen Jahren stärker vertreten ist. 1849 wurden neben den Kinderkrämpfen sowie der Todesursache *Krämpfe* auch mehrmals *Lungenlähmung* verzeichnet. Eine mögliche Ursache ist die epidemische Verbreitung der Poliomyelitis bzw. Kinderlähmung, die zu diesem Zeitpunkt kaum bekannt war. Im Amt Niedeck wurden 1848, also nach der Teuerung, sehr viele Verstorbene registriert, von denen 86 % das 11. Lebensjahr nicht erreicht haben.²⁷⁵⁸ Die Annahme, dass deren Tod zumeist epidemischer Ursache war, liegt nahe. Die Sterblichkeitsentwicklung im Kirchspiel Großenndorf fällt ebenso wie Grove (Rbg) nicht durch außergewöhnliche Häufungen einzelner Todesursachen auf. Lediglich 1836 stechen *Nervenfieber* und Keuchhusten etwas hervor. Im Jahr der Hungerkrise, 1847, war die Sterblichkeit nicht überdurchschnittlich ausgeprägt.

²⁷⁵⁶ Vgl. GRINDEL (1994), S. 96.

²⁷⁵⁷ Vgl. MITHOFF (1985b), S. 149; SCHNEIDER (1994), S. 185-191.

²⁷⁵⁸ Vgl. VOGEL, ANNA-CAROLINA (2011), S. 58.

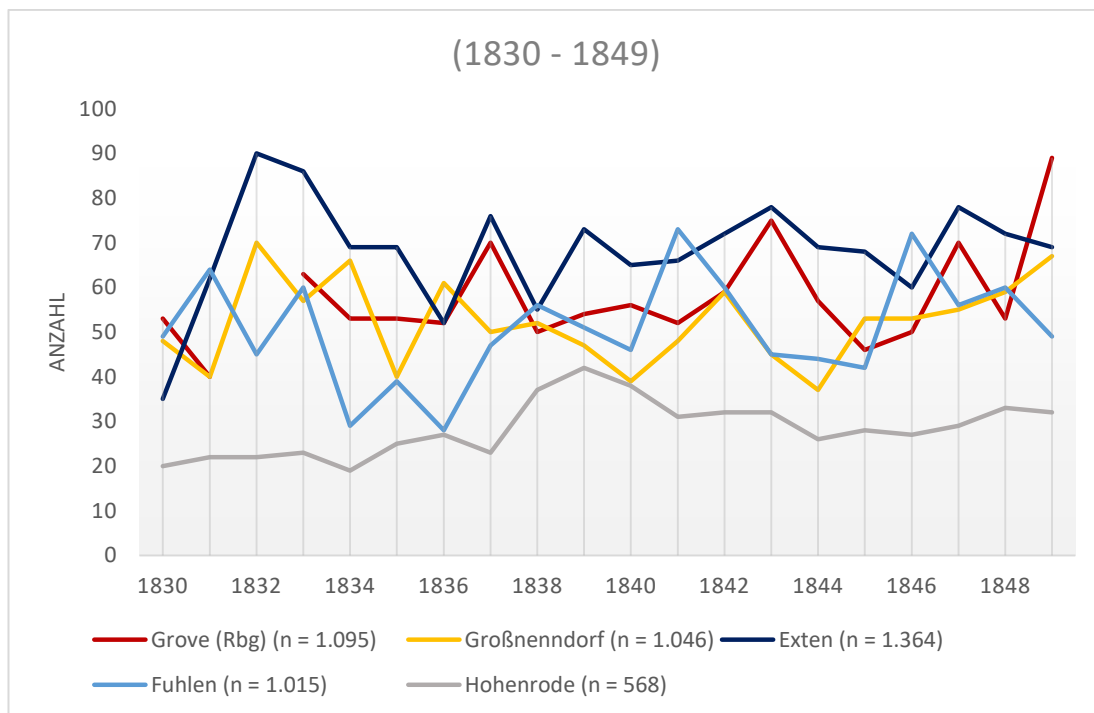


Abb. 180: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1830–1849 in Absolutzahlen

Im Kirchspiel Exten bewegte sich die Mortalität ab 1831 auf einem gleichbleibend hohen Niveau. In einigen Jahren häufen sich akute Atemwegserkrankungen, insbesondere 1837. In den frühen 1840er Jahren starben mehrere Kinder am Keuchhusten, 1848 fällt die Todesursache *Schwindsucht* bzw. Tuberkulose auf. In Fuhlen und Hohenrode finden sich keine Jahre, in denen die Tuberkulose öfter erscheint. Allerdings gab es ebenso wie in Exten einige Phasen mit einem erhöhten Anteil an akuten Atemwegserkrankungen. Sowohl die beiden Kirchspiele im Norden als auch die drei im Süden ähneln sich durch eine breitere Streuung der Todesursachen.

Die Teuerung, die Mitte der 1840er Jahre einsetzte, unterscheidet sich von den Nahrungskrisen des 18. Jahrhunderts dadurch, dass sie in den Darstellungen nicht mehr mit signifikanten Sterblichkeitsüberschüssen in Verbindung gebracht wird. Auswirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung dürfte sie aufgrund der relativ langen Dauer dennoch gehabt haben. So schwanden im Rheinland und in Posen die Geburtenüberschüsse.²⁷⁵⁹ Bedingt durch die revolutionären Ereignisse des Jahres 1848 wurde das vorangegangene Krisenmanagement der staatlichen Organe in den Blick genommen.

²⁷⁵⁹ Vgl. BASS (1994), S. 163.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Teuerungsphasen hatten sich durchaus Veränderungen vollzogen. Die staatlichen Administrationen waren im Zuge der Restauration modernisiert worden, der Ausbau des Streckennetzes der Eisenbahn befand sich in vollem Gang. Gleichzeitig blieb Rückständigkeit für viele mitteleuropäische Regionen kennzeichnend. In weniger begünstigten Siedlungen oder Regionen haben hohe Transportkosten zu einer Verteuerung von Lebensmitteln beigetragen.²⁷⁶⁰ Gerade in Krisensituationen wirkte sich ein Mangel an entsprechenden infrastrukturellen Maßnahmen verschärfend aus.²⁷⁶¹ In Teilen des westfälischen Raums soll es im Frühjahr 1847 zu einem „totalen Zusammenbruch der Versorgung“ gekommen sein.²⁷⁶² Schaumburg war in dieser Hinsicht begünstigt. Der unmittelbare Anschluss an das norddeutsche Flussnetz über die Weser war ein Vorteil gegenüber dem Landverkehr, der im 19. Jahrhundert vielerorts durch schlechte Straßen geprägt war. Allerdings verlief auch der Handelsverkehr aufgrund von saisonal bedingten Störungen wie Vereisung, Niedrigwasser oder Beeinträchtigungen der Treidelwege nicht störungsfrei.²⁷⁶³

Das Vorhandensein von Lebensmitteln in einem Bezirk oder einer Stadt bedeutete nicht grundsätzlich, dass die ansässige Bevölkerung gut versorgt war. Getreide war ein allgemeines Handels- und Spekulationsobjekt:²⁷⁶⁴ „Trotz Missernte und Teuerung waren Nahrungsmittel auch während der kritischen Monate des Frühjahrs 1847 in ausreichender Menge vorhanden. Dies zeigten die gewaltsam geöffneten Getreidespeicher und Vorratslager in Marienwerder, Stolp, Stettin, Landsberg, Schwiebus und wo immer sonst besorgte Volksmengen nach Nahrungsvorräten forschten.“²⁷⁶⁵ Bereits im 17. Jahrhundert bemühten sich staatliche Organe mit wechselndem Erfolg im Rahmen „obrigkeitlicher Bewältigungsstrategien“²⁷⁶⁶ wie Exportverboten („Fruchtsperren“), die Versorgung der eigenen Bevölkerung mit Lebensmitteln sicherzustellen. Nicht zuletzt aus Sorge vor Hungerunruhen und Aufständen. Der rechtzeitige Ankauf von Ge-

²⁷⁶⁰ Vgl. LASSEN (2016), S. 76 f. Die mangelnde Infrastruktur soll dazu beigetragen haben, dass die notleidende Bevölkerung in Schlesien in den Jahren 1844 und 1847 nicht angemessen unterstützt wurde; vgl. BERGMANN (1976), S. 267.

²⁷⁶¹ Vgl. EBD., S. 266 f.

²⁷⁶² Vgl. WISCHERMANN (1983), S. 129.

²⁷⁶³ Vgl. LASSEN (2016), S. 122 f.

²⁷⁶⁴ Vgl. HERZIG (1994), S. 141; BRÁZDIL (2002), S. 64.

²⁷⁶⁵ GAILUS (1994), S. 188.

²⁷⁶⁶ Ausführlich hierzu vgl. LASSEN (2016), S. 253-363. Vgl. auch HUHNS (1987); MAGEN (1994), *passim*. Die Schilderung eines misslungenen Krisenmanagements am Beispiel der kurhessischen Stadt Fulda 1816/17 bei MOHR (1986).

treide insbesondere aus dem osteuropäischen Raum war eine Möglichkeit, um Engpässe aufgrund drohender Missernten zu überbrücken.²⁷⁶⁷ Eine andere Möglichkeit waren städtische Initiativen wie Sammlungen und Armenspeisungen. Die Stadt Hamburg richtete 1797 eine „Rumfordsche Suppenanstalt ein, die in den folgenden Jahren mehrfach in Norddeutschland nachgeahmt wurde, weil es der Hansestadt gelang, ihre Armen mit verhältnismäßig geringen Kosten in jenem Jahr zu ernähren.“²⁷⁶⁸

Die Teuerung in den 1840er Jahren wurde im Gegensatz zu Irland in den deutschen Territorien nicht von einem enormen Anstieg der Sterblichkeit begleitet. Dennoch wurde die Nahrungskrise als äußerst bedrückend empfunden. Das Bevölkerungswachstum hatte zu einer Vergrößerung der mittellosen Schichten geführt, die sich bereits zuvor in elenden Verhältnissen befunden hatten und nun von der Teuerung in besonderem Maße betroffen waren. Daneben hatten sich auch die politischen Verhältnisse geändert. Der Herrschaftsanspruch des Adels wurde im Anschluss an die Befreiungskriege gerade von Seiten des Bürgertums zunehmend negiert. Weil die Forderungen nach politischer Partizipation nicht erfüllt wurden, stand die Staatsführung auf dem Prüfstand. Entsprechend hoch waren die Erwartungen an staatliche Unterstützung während der Nahrungskrise 1847.

1850–69

Mit dem Ende der „Kleinen Eiszeit“ verringerten sich extreme Klimaschwankungen, Anomalien blieben aus. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die Sommer tendenziell kühler.²⁷⁶⁹ Der Sommer 1857 war jedoch durch Hitze und Trockenheit geprägt, an der Nordseeküste richteten einige Sturmfluten Schaden an.²⁷⁷⁰ Ansonsten waren die 1850er und 1860er Jahre in Norddeutschland klimatisch weitgehend unauffällig. „In die frühen 1850er Jahre fällt in West- und Mitteleuropa die letzte klimabedingte Teuerung.“²⁷⁷¹ Die Kartoffelernte von 1852 soll überdurchschnittlich gut ausgefallen sein.

²⁷⁶⁷ Vgl. MEINHARD (1966), S. 214 f.; hierzu auch ABEL (1986), S. 52 f. u. 55.

²⁷⁶⁸ MEINHARD (1966), S. 211.

²⁷⁶⁹ Vgl. MAUELSHAGEN (2010), S. 80.

²⁷⁷⁰ Vgl. HAMM (1976), S. 154-164; hierzu auch Sterberegister Fuhlen, 1857.

²⁷⁷¹ Vgl. PFISTER (1999), S. 76.

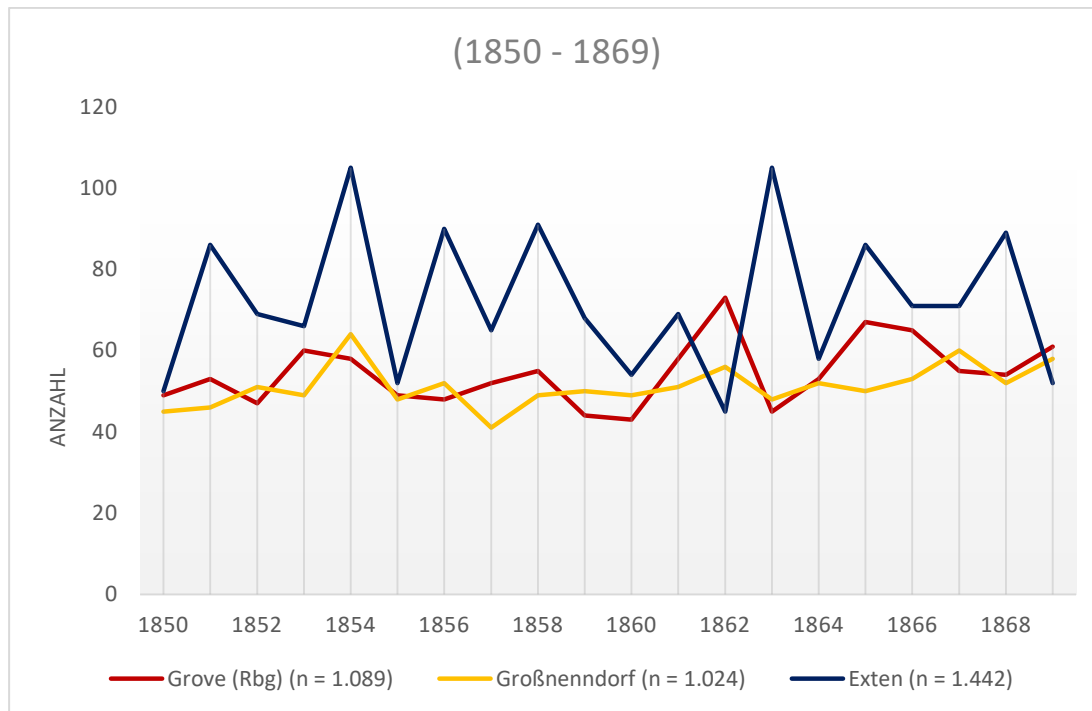


Abb. 181: Sterblichkeit in ausgewählten schamburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1850–1869 in Absolutzahlen

Die Sterblichkeitsentwicklung in den nordschaumburgischen Kirchspielen Grove (Rbg) und Großnenndorf ist 1850-60 relativ ausgeglichen (**Abb. 181**). Der leichte Mortalitätsgipfel in Grove (Rbg) wurde durch die Todesursache *Nervenfieber* sowie einen erhöhten Anteil an akuten Atemwegserkrankungen hervorgerufen, ansonsten fallen keine der Todesursachen besonders auf. Dies gilt auch für das Kirchspiel Großnenndorf. In Exten dagegen gibt es weiterhin ausgeprägte Mortalitätsgipfel. Zu einigen haben Diphtherie und Keuchhusten sowie die Todesursachen *Frieseln* und *Nervenfieber* beigetragen. Der Anstieg 1863 ist Folge einer Ruhrepidemie mit 25 belegten Todesfällen.

Bewertung

Die letzte Phase des Untersuchungszeitraums endete unspektakulär. Klimatische Schwankungen und Wetterextreme, wie sie in den vorangegangenen 180 Jahren immer wieder aufgetreten sind, blieben ebenso aus wie außergewöhnlich hohe erntebedingte Steigerungen der Getreidepreise. Die Ausbrüche epidemischer bzw. endemischer Krankheiten scheinen sich verringert zu haben. Berichte über Epidemien mit hohen Todeszahlen betreffen vornehmlich Großstädte, wo aufgrund hoher Einwohnerzahlen

die hygienischen Bedingungen mangelhaft waren. Die Pocken waren in einigen europäischen Ländern bzw. Regionen nach wie vor präsent, doch zumindest aus dem mitteleuropäischen Raum aufgrund der flächenhaften Schutzimpfungen so gut wie verschwunden. Infektiöse Krankheiten der Kindheit, namentlich Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten, haben seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert an Bedeutung gewonnen. In den Sterberegistern der Grafschaft Schaumburg sind sie im 19. Jahrhundert stets belegt, doch Epidemien mit ausgesprochen vielen Todesfällen wie bei den Pocken finden sich nicht mehr. Die Ruhr ist weitgehend aus dem Spektrum der Todesursachen verschwunden. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts dürften in erster Linie klimatische Veränderungen dazu beigetragen haben. Die spätere Phase darf als Erfolg der mittlerweile recht effektiv arbeitenden staatlichen Gesundheitssysteme gelten. Über eine strengere Überwachung der Einhaltung seuchenhygienischer Maßnahmen konnte man die sommerlichen Ausbrüche der Ruhr ebenso wie die Verbreitung der Cholera weitgehend verhindern.

Die Kontamination von Trinkwasser – oder zumindest dessen Konsum – zu unterbinden, ist vergleichsweise einfach. Mit den für Viren typischen Infektionswegen über Atemluft oder Hautkontakt verhält es sich schwieriger. Die aktive Bekämpfung einer Viruserkrankung war einzig im Fall der Pocken mittels Schutzimpfung gelungen, obwohl man keinerlei Kenntnis über den Erreger hatte. Doch selbst wenn eine Vorstellung von Viren und ihrer Pathogenität bestanden hätte, wäre man nicht in der Lage gewesen, ihrer Verbreitung maßgeblich entgegenzuwirken. Zu- und Abnahme insbesondere akuter Atemwegserkrankungen stehen nicht nur im Zusammenhang mit hygienischen Verhältnissen, sondern auch mit klimatischen Veränderungen. Dass Influenza und Grippaler Infekt vergleichsweise häufig einen letalen Verlauf nahmen, ist Folge der frühneuzeitlichen Lebensbedingungen und der beschränkten therapeutischen Möglichkeiten.

Ein unmittelbarer Einfluss von Preissteigerungen auf die Sterblichkeitsentwicklung in der Grafschaft Schaumburg lässt sich nicht nachweisen. Die Retrospektive auf kleinere Zeiträume ergab einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Mortalitätsgipfeln und epidemischen Krankheiten. Nun findet man in bevölkerungswissenschaftlichen oder historisch-demographischen Untersuchungen immer wieder die Behauptung, dass

Teuerungsphasen zu Mangelernährung führten und auf diese Weise das organisch bedingte Infektionsrisiko hochtrieben. Nachweisbare Epidemien in mehr oder weniger großen zeitlichen Abständen zu Hochpreisphasen erklärten sich damit aus der Konfrontation einer besonders vulnerablen, weil immunsuppremierten Bevölkerung mit den jeweiligen Erregern.

Bei oberflächlicher Betrachtung mag dies plausibel klingen. Tatsächlich aber haben diese Annahmen viel mit der gegenwärtigen Einstellung zur Ernährung zu tun. Die Erweiterung der Kenntnisse über die in den Lebensmitteln erhaltenen Nährstoffe im Laufe des 20. Jahrhunderts hat Ängste hervorgerufen, die von Seiten der Lebensmittel- und Pharmaindustrie in erheblichem Maße verstärkt werden. Besorgniserregend ist eigentlich der enorme Anstieg an Zivilisationskrankheiten in den modernen Überfluggesellschaften. Diese treten zunehmend bereits im Kindesalter auf und sind eine direkte Folge des stark erhöhten Konsums von Makronährstoffen, namentlich Fetten und Kohlenhydraten. Dennoch scheint dieses reale Problem hinter den Befürchtungen, durch eine permanente Unterversorgung an Mikronährstoffen bedroht zu sein, zurückzustehen, wovon der große Verbrauch an Supplementen – verkaufsfördernd gerne als „Vitalstoffe“ beworben – zeugt. Vor diesem Hintergrund ist es wenig verwunderlich, dass hungerbedingter Nährstoffmangel gemeinhin als ein wesentlicher Faktor für den Ausbruch von Infektionskrankheiten in den vorindustriellen Gesellschaften gilt. Denn Hunger ist eine unangenehme Empfindung, die kontinuierlich und bereits in relativ kurzer Zeit nach der Nahrungsaufnahme auftretend allen Menschen bekannt ist.

Hunger als Strafe Gottes wird bereits in der Bibel beschrieben.²⁷⁷² Durch eine Vielzahl an zeitgenössischen Schilderungen bestehen konkrete Vorstellungen über die Auswirkungen eines Mangels an Nahrungsmitteln während eines begrenzten Zeitraums. Im Begriff „Hungersnot“ fließen diese Vorstellungen zusammen. Die historische Forschung hat sich eingehend mit den demographischen Folgen einer Verknappung an Lebensmitteln auseinandergesetzt und den Begriff „Hungerkrise“ entwickelt. Als symptomatisch gelten prägnante Mortalitätsgipfel in Phasen von Getreidepreisssteigerungen. Die Kausalität zwischen Teuerungen und einer Zunahme der Sterblichkeit

²⁷⁷² Neben Krieg, wilden Tieren und Seuchen zählt Hunger zu den vier göttlichen Strafgerichten; vgl. Hesekiel 14,13-21. Die bekannteste ist sicherlich die im 1. Buch Mose beschriebene siebenjährige Hungersnot in Ägypten.

wurde seit den 1970er Jahren jedoch zunehmend kontrovers diskutiert.²⁷⁷³ Unter Verweis auf Untersuchungen aus modernen Entwicklungsländern stellte Pfister (1985) zwar bereits in den 1980er Jahren fest:

„Es besteht in letzter Zeit eine Tendenz, den Faktor Unterernährung herunterzuspielen, aber es besteht wenig Zweifel daran, dass in Zeiten, wo die Nahrung quantitativ und qualitativ verknappte, die Anfälligkeit für Epidemien größer war. Es ist mehr ein Spiel mit Worten, wenn man darauf beharrt, dass der eigentliche Hungertod im vorindustriellen Europa selten oder unbekannt war.“
(S. 22)

Dennoch haben Ergebnisse aus Untersuchungen jüngerer Datums die abweichende Position eher untermauert. Witzel sieht die Subsistenzkrisentheorie zwar als „unumstritten“, räumt aber ein, dass Mangelerkrankung für Wohlhabende als Ursache für Seuchenanfälligkeit ausscheidet.²⁷⁷⁴ Zu bedenken sei, dass Teuerungen auch mittelbare Folgen nach sich ziehen, etwa eine erhöhte Mobilität durch bettelnde Angehörige armer Schichten.²⁷⁷⁵ Jede Sterblichkeitskrise sei letztlich einzeln zu überprüfen. Schlöder geht davon aus, dass in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts durchaus eine Kausalität zwischen Mortalität und Roggenpreisen bestanden hat, die aber in der zweiten Hälfte zurückgegangen ist.²⁷⁷⁶ Seine Beobachtung deckt sich mit der von Kohl, der für Trier nur einen schwachen Zusammenhang sieht.²⁷⁷⁷ Ähnliches gilt für das Fürstentum Lüneburg.²⁷⁷⁸ Rettinger hebt hervor, dass „– ebenso wie Rödel für die Stadt Mainz festgestellt hat – auch auf dem Lande kein Zusammenhang von Mortalitäts- und Getreidepreiskurve mehr“ bestand.²⁷⁷⁹ Gespeist wird die Kontroverse durch viele Widersprüchlichkeiten. Norden, der für Butjadingen nur in einigen wenigen Jahren Korrelationen zwischen Preisen und Sterblichkeit beobachten konnte, stellt fest: „Teilweise gibt es sogar deutlich gegenläufige Tendenzen der beiden Kurven (1698/1699,

²⁷⁷³ Vgl. allg. MEDICK (1985); hierzu auch LIVI BACCI (1991), S. 35-39; BEHRINGER (2007), S. 153.

²⁷⁷⁴ Vgl. WITZEL (1993), S. 24.

²⁷⁷⁵ Hierzu auch IMHOF/LARSEN (1976), S. 57; FRANCOIS (1981), S. 31; RÖDEL (1985), S. 223.

²⁷⁷⁶ Vgl. SCHLÖDER (2014), S. 254. Hierzu auch HINRICHS/NORDEN (1980), S. 50, die bereits im Laufe des 18. Jahrhunderts eine Auflösung des Zusammenhangs zwischen Heiratshäufigkeit und Mortalitätskrisen beobachtet haben.

²⁷⁷⁷ Vgl. KOHL (1985), S. 94 f.

²⁷⁷⁸ Vgl. WENDLER (2008), S. 57 f.

²⁷⁷⁹ Vgl. RETTINGER (2002), S. 164.

1709/1710, 1816/1817), oder die Preis- und Sterblichkeitsmaxima liegen so zeitversetzt, daß hier Hunger als vorherrschende Todesursache wohl ausscheidet (1674–1676, 1805/1806).²⁷⁸⁰ Francois hat beobachtet, dass die Teuerung der Jahre 1770–72 sich kaum auf die Sterblichkeit in Koblenz auswirkte, während 1781/82 trotz niedriger Getreidepreise eine ausgesprochene Mortalitätskrise auftrat.²⁷⁸¹ Am Beispiel der Krise von 1762 warnt er „vor einer zu mechanischen Kausalität“. Der Getreidepreis stieg erst nach einer Phase sprunghaft erhöhter Sterblichkeit an: „Kurzfristig war also die Epidemie der Teuerung vorangegangen.“

Unabhängig von der Sterblichkeit bedeutet eine Hungerkrise stets eine Veränderung der allgemeinen Ernährungslage. Diese Veränderung ist kurzfristig, kann im Extremfall aber zum unmittelbaren Hungertod führen. Über die langfristigen Folgen von Fehl-, Mangel- oder Unterernährung ist wenig bekannt. Zumindest lassen sich seit dem Frühen Mittelalter Schwankungen der durchschnittlichen Körpergröße der Bevölkerung im deutschsprachigen Raum nachverfolgen, die vermutlich auf ernährungsbedingte Veränderungen zurückgehen.²⁷⁸² Auch im ausgehenden 18. Jahrhundert ist die durchschnittliche Körpergröße in Mitteleuropa gesunken (vgl. Kap. 2.1.4). Bedeutsam war dabei das Protein. Da es ein unabdingbarer Bestandteil im Spektrum der menschlichen Ernährung ist, ruft eine permanente Minderversorgung im Sinne einer Unterernährung zweifellos gesundheitliche Probleme hervor und kann letztlich auch die Anfälligkeit für Krankheiten steigern.²⁷⁸³ Die Bevölkerung selbst scheint sich eines möglichen Mangels an tierischen Proteinen nicht bewusst gewesen zu sein.²⁷⁸⁴ Außerdem waren die Bevölkerungszahlen im ausgehenden 19. Jahrhundert, als sich auch die weniger begüterten gesellschaftlichen Schichten regelmäßig Fleisch leisten konnten, bereits erheblich angestiegen. Die Proteinversorgung mag zuvor gering gewesen sein, negative Auswirkungen auf das Bevölkerungswachstum gab es nicht. Somit stellt sich grundsätzlich die Frage, ob die herkömmlichen Vorstellungen von einer hinreichenden Ernährungslage nicht zu revidieren sind. So weist Landsteiner (2001), der sich unter anderem sehr kritisch mit dem Hungerkrisenmodell auseinandergesetzt hat, darauf hin:

²⁷⁸⁰ Vgl. NORDEN (1984), S. 98.

²⁷⁸¹ Vgl. FRANCOIS (1982), S. 35 f.

²⁷⁸² Vgl. WURM (1986).

²⁷⁸³ Vgl. PFISTER (1985), S. 22 f.

²⁷⁸⁴ Vgl. EBD., S. 30.

„Hunger scheidet als häufige Todesursache schon allein deshalb aus, weil der menschliche Körper die Fähigkeit besitzt, sich durch biologische Adaptationsprozesse über einen beträchtlichen Zeitraum hinweg auf ein verringertes Nahrungsangebot einzustellen. Er reagiert darauf mit einer beträchtlichen Reduzierung des Energiebedarfs, allerdings um den Preis einer stark verminderten Aktivität und Arbeitsfähigkeit.“ (S. 108)

In der Vergangenheit waren von den Teuerungen diejenigen Bevölkerungsschichten am stärksten betroffen, denen die finanziellen Mittel fehlten, um Lebensmittel ganz oder teilweise hinzuzukaufen.²⁷⁸⁵ Andererseits profitierten nicht alle gesellschaftlichen Schichten gleichermaßen von erntebedingtem Überfluss. Die 1820er Jahre verliefen in klimatologischer Hinsicht ausgesprochen günstig für die Landwirtschaft. Allerdings: „Die Kehrseite des den Verbraucher begünstigenden Preisverfalls für landwirtschaftliche Produkte war die große Agrarkrise, die von fallenden Bodenpreisen, steigender Verschuldung des landwirtschaftlichen Grundbesitzes und vielen Betriebsaufgaben gekennzeichnet war.“²⁷⁸⁶ Daraus ist nicht zu schließen, dass die Sterblichkeit unter Angehörigen der wohlhabenderen Schichten in Phasen des Preisverfalls zunahm. Andererseits bedeuteten Teuerungen nicht, dass die Mortalität vornehmlich unter sozial Schwachen anstieg.²⁷⁸⁷ So hatten Missernten und Bevölkerungswachstum einen maßgeblichen Anteil an der Ausbreitung der Kartoffel,²⁷⁸⁸ deren Nährstoffreichtum den des Getreides deutlich übersteigt (vgl. Kap. 2.1.4). Die Kartoffel stand bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts in sehr geringem Ansehen, galt gar als Viehfutter oder bestenfalls als Nahrungsmittel für die bedürftigen Bevölkerungsschichten.²⁷⁸⁹ Die als minderwertig erachtete Kartoffel war in ernährungsphysiologischer Hinsicht durchaus von Vorteil. Dasselbe gilt für den Konsum von Obst, das sich zumindest unter der körperlich arbeitenden Bevölkerung keiner besonderen Beliebtheit erfreute. Wer auf-

²⁷⁸⁵ Vgl. JÜTTE (2005), S. 226.

²⁷⁸⁶ Vgl. WISCHERMANN (1983), S. 128.

²⁷⁸⁷ Vgl. SCHLUMBOHM (1994), S. 157; WENDLER (2008), S. 103 f.; hierzu auch LIVI BACCI (1999), S. 77-79.

²⁷⁸⁸ Vgl. MATTMÜLLER (1976), S. 401; DOWE (1981), S. 212; MATTMÜLLER (1982), S. 278 f.; MONTANARI (1999), S. 164 f.

²⁷⁸⁹ Vgl. WISCHERMANN (1983), S. 129 u. 131; MÜLLER, GERALD (1998), S. 37 f.; BRÁZDIL (2001), S. 70.

grund der Verteuerung von Lebensmitteln im Frühjahr auf das lagerungsfähige Dörr-
obst zurückgriff, versorgte seinen Körper in der erkältungsträchtigen Jahreszeit zumin-
dest mit Vitamin C.

Über den Einfluss der Ernährung auf die demographische Entwicklung im Übergang
zur Neuzeit lässt sich letztlich nur spekulieren.²⁷⁹⁰ Die Möglichkeiten der Historischen
Demographie sind in dieser Hinsicht äußerst beschränkt. Immerhin hat die Untersu-
chung der schaumburgischen Kirchspiele ergeben, dass die Sterblichkeit in Teue-
rungsphasen tendenziell nicht erhöht war. War sie es doch, lässt sich ihre Erhöhung
auf epidemische Krankheiten zurückführen. Ähnliches wurde auch in anderen Terri-
torien beobachtet. Eine Ausnahme scheinen lediglich die Jahre 1771/72 zu bilden, wo-
bei es recht große regionale Unterschiede gegeben hat. Doch auch in dieser Phase tra-
ten vermehrt epidemische Krankheiten auf, die mutmaßlich „mit Fehl- und Unterer-
nährung zusammenhängen (...): Ruhr (Dysenterie), Mutterkornvergiftung (Ergotis-
mus), Magenkrämpfe, Durchfall sowie typhöse Krankheiten.“²⁷⁹¹ Eine stets wieder-
kehrende Infektionskrankheit in den Darstellungen ist das Fleckfieber bzw. Rickett-
sien, das auch als „Hungertyphus“ bezeichnet wird. Bereits der Begriff „Typhus“ ist
irreführend. Die oft von Diarrhoen begleiteten Typhus abdominalis und Paratyphus
sind als Salmonelleninfektionen von den Rickettiosen, die durch Ektoparasiten wie
Flöhen und Kleiderläusen übertragen werden, zu unterscheiden. Das Fleckfieber tritt
üblicherweise in Situationen auf, die durch Hygienemängel geprägt sind.²⁷⁹² „Hunger-
typhus“ rückt es jedoch in einen ursächlichen Zusammenhang mit einem Mangel an
Nahrungsmitteln.

Tatsächlich begleiteten Hungerphasen in Kriegszeiten nicht selten das Militär, das
durch Plünderungen, Brandschatzungen²⁷⁹³ und Einquartierungen zur Verknappung
von Nahrungsmitteln beitrug. Mangelernährung beeinträchtigt die Funktion des Im-
munsystems,²⁷⁹⁴ so dass der Rückschluss auf Hunger als Ursache für das Ausbrechen

²⁷⁹⁰ Vgl. auch LIVI BACCI (1999), S. 59-63.

²⁷⁹¹ DOWE (1981), S. 227.

²⁷⁹² Vgl. auch FRANCOIS (1982), S. 36 f.; ZSCHUNKE (1984), S. 243.

²⁷⁹³ Die Brandschatzung war eine beliebte Form der Schutzgelderpressung. Gelang es der Bevölke-
rung nicht, eine bestimmte Summe Geldes zu beschaffen, musste sie damit rechnen, dass ihre Behau-
ungen niedergebrannt wurden.

²⁷⁹⁴ Die Schwächung des Immunsystems infolge teuerungsbedingter Hungerkrisen soll die Anfällig-
keit für Infektionskrankheiten in der betroffenen Bevölkerung gesteigert haben; vgl. MITTERAUER
(1971), S. 9 f.; hierzu auch DOWE (1981), S. 228.

von Infektionskrankheiten naheliegt. Auch das Auftreten der Ruhr wird in diesem Kontext gesehen: „Der Zusammenhang zwischen Ernährungsmangel und Dysenterie ist anderwärts häufig festgestellt worden und bedarf keiner weiteren Ausführungen.“²⁷⁹⁵ Dennoch stellt sich die Frage, ob die Assoziation zum Hunger zutreffend ist. Die Dysenterie bzw. Ruhr zählte in der Grafschaft Schaumburg im 18. Jahrhundert nachweislich zu den meistverzeichneten Infektionskrankheiten. Ein ursächlicher Bezug zu Teuerungsphasen lässt sich nicht feststellen. Welche Faktoren zur Entfaltung ihres hohen Letalitätspotentials beitrugen, ist unklar. Sicherlich spielen hier das Immunsystem sowie die allgemeine körperliche Konstitution hinein. Doch besteht die erhöhte Vulnerabilität von Menschen im gehobenen Alter für Darmerkrankungen auch in der Gegenwart. Eine gutgenährte Bevölkerung sowie wohlverproviantierte Truppen würden nicht minder unter Infektionskrankheiten gelitten haben. So infizierten sich während der Hungersnot in Irland viele Freiwillige tödlich am „famine fever“ bzw. Fleckfieber.²⁷⁹⁶ Da es sich bei diesem Personenkreis um Ärzte, Regierungsbeamte o. ä. handelte, ist nicht anzunehmen, dass sie wegen eines Mangels an Nahrungsmitteln immunsupprimiert waren. Ein wesentlicher Faktor dürften vielmehr Hygiene, Virenlast und Infektionszahlen sowie die Möglichkeit, die Kranken von den Gesunden zu separieren, gewesen sein.

Symptomatisch werden Infektionskrankheiten sehr oft von Fieber begleitet, das im 18. Jahrhundert das medizinische Theoriegebäude maßgeblich stützte (vgl. Kap. 3.5.1) und gleichsam zu einem literarischen Topos wurde. Fieber scheint allgegenwärtig gewesen zu sein, was als Indiz für eine Intensivierung des allgemeinen Handels- und Reiseverkehrs gelten darf. Zugleich waren Ektoparasiten ein großes Problem. Verschont blieb kein gesellschaftlicher Stand. So war die galante Zeit eine Phase, in der Frauen Flohfallen²⁷⁹⁷ offen am Hals trugen oder unter ihren Kleidern versteckten. Flöhe verursachten nicht nur Juckreiz, sondern übertrugen auch Rickettsien, was in Teuerungsjahren zur vermehrten Registrierung des „hitzigen“ Fiebers bzw. Fleckfiebers in mitteleuropäischen Städten geführt zu haben scheint. Umherziehende bettelnde Menschen waren schon aufgrund ihrer prekären Lebensumstände in besonderem Maße

²⁷⁹⁵ MATTMÜLLER (1982), S. 281. MEDICK (1985), S. 97, sieht in der Ruhr eine „spezifische infektiöse Hungerkrankheit[en]“.

²⁷⁹⁶ Vgl. LIVI BACCI (1999), S. 73.

²⁷⁹⁷ Auf humoristische Weise hat sich der Wolfenbütteler Arzt Franz Ernst Brückmann mit diesem Thema auseinandergesetzt; vgl. BRÜCKMANN (1729).

infektionsgefährdet und damit stets potentielle Überträger. In Teuerungsphasen hat ihre Zahl derart zugenommen, dass man sie als Bedrohung wahrnahm. Über Verordnungen bemühte man sich um Begrenzung, wobei selbst die Gabe von Almosen an Fremde zu einem Straftatbestand erhoben werden konnte.²⁷⁹⁸ Dennoch ist die Intensivierung des Infektionsgeschehens in bestimmten Phasen ein Faktor, der bei der Beurteilung von Sterblichkeitskrisen im Vergleich zur Ernährung eher wenig Berücksichtigung gefunden hat.

Die Bewertung möglicher krisenauslösender Faktoren lässt viel Raum für Spekulationen. Für die Grafschaft Schaumburg ist festzuhalten, dass Teuerungen keine unmittelbaren Mortalitätssteigerungen nach sich zogen. Auch die Klimananomalien seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert blieben in diesem Sinne unauffällig. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das Klima für die Entwicklung der Sterblichkeit folgenlos blieb. Selbst in den modernen Industriegesellschaften sind dessen Einflüsse zu erkennen. Bestimmte Wetterlagen belasten Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen oder Herz-Kreislaufproblemen. So hat beispielsweise die langanhaltende Hitze im Jahr 2003 in der Bundesrepublik Deutschland eine auffallende Übersterblichkeit unter älteren Menschen hervorgerufen, obwohl der Sommer nicht als Klimaanomalie angesehen wird.²⁷⁹⁹ Ob entsprechend kurze Hitzeperioden die Mortalität in der Grafschaft Schaumburg beeinflusst haben, lässt sich ebensowenig nachvollziehen wie der Einfluss der Ernährung auf den allgemeinen Gesundheitszustand. Bei einigen der Todesursachen scheinen jedoch langfristige klimatische Prozesse nachvollziehbare quantitative Veränderungen hervorgerufen zu haben.

²⁷⁹⁸ Vgl. BLESSING (1979), S. 102; DOWE (1981), S. 221-223; WISCHERMANN (1983), S. 128; HUHN (1987), S. 77; MÜLLER, GERALD (1998), S. 69.

²⁷⁹⁹ Vgl. BAUMANN (2005), S. 26.

4.2 Epidemiologischer Übergang

Die Bevölkerungsentwicklung in der Frühen Neuzeit war Folge einer Verflechtung unterschiedlicher vitaler Äußerungen. Gleichwohl gilt die Sterblichkeit gemeinhin als die entscheidende Komponente. Ein Indiz ist die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung trotz eines Anstiegs der Säuglingssterblichkeit. Gehrman hat für Norddeutschland ermittelt, dass diese zwischen den Zeiträumen 1775/98 und 1835/39 von 37 auf 41 Jahre gestiegen ist,²⁸⁰⁰ was für eine Hebung des allgemeinen Gesundheitszustands spricht. Die Einschätzungen zum Stand der „Volksgesundheit“ im 18./19. Jahrhundert fallen unterschiedlich aus.²⁸⁰¹ Alles in allem hat sie sich „offenbar durchschnittlich gebessert, dies jedoch in so starker regionaler und vermutlich altersspezifischer und sozialer Differenzierung, daß bevorzugten Regionen bzw. sozialen Altersgruppen stets auch benachteiligte gegenübergestellt werden können.“²⁸⁰² Überdies ist unklar, wann die Entwicklung zeitlich anzusetzen ist. Dies gilt auch für das Konzept des ersten demographischen Übergangs,²⁸⁰³ den Spree (1992) wie folgt beschreibt:

„Bei letzterem handelt es sich um die modellhafte Fassung des natürlichen Bevölkerungswachstums, das während des langfristigen gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses bestimmte Phasen durchläuft. Diese sind durch typische Beziehungen zwischen Fruchtbarkeits- und Sterblichkeitsniveaus geprägt. Zu Beginn des Demographischen Übergangs öffnet sich die ‚Bevölkerungsschere‘, in dem die Sterblichkeit zu sinken beginnt, während die Fruchtbarkeit, noch von traditionellen Normen gesteuert, in traditionelle Verhaltensweisen eingebettet, auf hohem Niveau verharrt. In der zweiten Übergangsphase schließt sich die ‚Schere‘ wieder, da nun die Fruchtbarkeit auf die veränderten

²⁸⁰⁰ Vgl. GEHRMANN (2000), S. 139 f.; hierzu auch SPREE (1992), S. 11.

²⁸⁰¹ Vgl. IMHOF (1981a), S. 79-86; SPREE (1988), S. 75-78.

²⁸⁰² EBD., S. 77.

²⁸⁰³ Ursprünglich stammt dieses Konzept, auch „Theorie der demographischen Transition“, aus der Bevölkerungsgeschichte und ist mittlerweile recht umstritten. Doch eignet es sich „in eher umgangssprachlicher Verwendung zur Bezeichnung des langfristigen Rückgangs der Mortalität und der Fertilität.“ EHMER (2013), S. 119 u. allg. 119-127. Mittlerweile unterscheidet man einen zweiten demographischen Übergang, der in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einsetzte und durch eine Änderung der Familienstrukturen charakterisiert ist; vgl. auch NIEPHAUS (2012), S. 29.

ökonomischen, sozialen und demographischen Bedingungen reagiert: Der säkulare Geburtenrückgang setzt ein. Ist er abgeschlossen, haben sich Fruchtbarkeit und Sterblichkeit auf einem relativ niedrigen Niveau eingependelt.“ (S. 14)

Der zeitliche Beginn dieses Prozesses ist schwer zu bestimmen. In Frankreich kam es bereits um 1800 zu dem charakteristischen Rückgang der Geburtenzahl, im Deutschen Reich erst im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts.²⁸⁰⁴

Der demographische Übergang umspannt die Veränderungen sowohl von Fertilität als auch Mortalität in den westlichen Industrienationen. Das Konzept des epidemiologischen Übergangs beschränkt sich auf die Verschiebung des Todesursachenspektrums.²⁸⁰⁵ Das Konzept wurde von Imhof und Spree modifiziert und an die deutschen Verhältnisse angepasst.²⁸⁰⁶ In der grafischen Darstellung von Imhof finden sich in der ersten Phase, dem 18. Jahrhundert, ausgeprägte zackenartige Mortalitätsgipfel als Folge epidemiebedingter hoher Bevölkerungsverluste. Dasselbe lässt sich in der Grafenschaft Schaumburg beobachten (vgl. Kap. 4.1). Die Analyse der Sterberegister hat ergeben, dass vom Beginn des Untersuchungszeitraums im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts bis in das frühe 19. Jahrhundert Ruhr und Pocken in den Kirchspielen immer wieder kurzzeitig die Mortalität in die Höhe getrieben haben. In der zweiten Phase des epidemiologischen Übergangs gibt es nur noch wenige, zunehmend schwächer ausgeprägte Gipfel. Schaumburg stimmt auch darin überein. In Jahren mit erhöhter Sterblichkeit lassen sich zudem keine einzelnen Infektionskrankheiten mehr als alleinig verursachend identifizieren, nachdem Pocken und Ruhr fast vollständig weggefallen sind. Denn die hohe Säuglingssterblichkeit ist nicht auf eine einzelne Infektionskrankheit zurückzuführen, ihre Verteilung steht in einer engen Beziehung zur Geburtenrate. Der Beginn der dritten Phase des epidemiologischen Übergangs wird in das ausgehende 19. Jahrhundert datiert. Analog zum Rückgang der Geburtenzahl während des demo-

²⁸⁰⁴ Vgl. NIEPHAUS (2012), S. 21.

²⁸⁰⁵ Das Konzept des epidemiologischen Übergangs, auch: Transition, geht zurück auf Abdel R. Omran, der 1971 Jahre eine Professur an der University of North Carolina at Chapel Hill übernahm. Beginnend ab dem Neolithikum unterscheidet er drei Phasen, die infolge des Wandels der sozio-ökonomischen Bedingungen durch die Ablösung vorherrschender exogener Todesursachen (Hunger, Seuchen, Kriege) zu endogenen Todesursachen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) charakterisiert sind; vgl. SPREE (1988), S. 79; EHMER (2013), S. 41.

²⁸⁰⁶ Vgl. IMHOF (1988), S. 41-45; SPREE (1992), S. 14-16.

graphischen Übergangs sank die Zahl der Todesfälle im Verlauf der dritten Phase kontinuierlich. Zudem sind die zackenartigen Mortalitätsgipfel verschwunden, da zunehmend Krankheiten dominierten, deren Entstehung durch endogene Faktoren begünstigt wird. In der letzten Phase des epidemiologischen Übergangs, die bei Imhof um 1930 einsetzt, ist das Mortalitätsniveau im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen sehr niedrig und durch einen gleichmäßigen Verlauf charakterisiert.

Der epidemiologische Übergang im deutschen Raum ist in seinen Umrissen zu erkennen, unscharf ist die zeitliche Unterscheidung einzelner Phasen. Zudem herrscht wenig Klarheit über die Ursachen, die der Verschiebung des Todesursachenspektrums zugrunde liegen. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse Entwicklung und Bedeutung einzelner Krankheiten in der Grafschaft Schaumburg im Übergang zur Neuzeit nachzuzeichnen. Auf diese Weise sollen Informationen zum zeitlichen Ablauf und die besonderen Ausprägungen der ersten beiden Phasen des epidemiologischen Übergangs in der Grafschaft Schaumburg gewonnen werden.

Zu berücksichtigen ist, dass sich nur ein Teil der Todesursachen mit relativer Sicherheit bestimmen lässt. Sowohl von Über- als auch Unterrepräsentanzen ist auszugehen. Todesursachen mit einer gewissen Spektakularität, beispielsweise Unfälle oder Infektionskrankheiten mit hohen Sterbezahlen, dürften annähernd vollständig, im Verhältnis zu anderen Todesursachen damit zu oft registriert worden sein. Der Anspruch muss sich darauf beschränken, Tendenzen herauszuarbeiten. Die bisweilen mangelhafte Überlieferung der Todesursachen wird durch die Begrenzung des Untersuchungszeitraums auf die Jahre 1770–1859 berücksichtigt. Dieser Zeitraum umschließt die entscheidende Phase im Rahmen des epidemiologischen Übergangs und ist somit für eine Beurteilung der Entwicklung hinreichend lang. Die Auswahl der einbezogenen Kirchspiele richtete sich zum einen nach der Qualität der Quellen. Zum anderen ist es erforderlich, die Aussagekraft durch eine repräsentative Auswahl der Kirchspiele zu erhöhen. Um in einem weiteren Schritt überprüfen zu können, ob es innerhalb der Grafschaft Schaumburg Unterschiede hinsichtlich der Mortalitätsentwicklung gibt, wurden die Kirchspiele nach ihrer Lage und Struktur ausgewählt (vgl. auch Kap. 2.1.5).

Die Gruppe **Schaumburg Nord** beinhaltet die Daten aus den Sterberegistern der benachbarten Kirchspiele Grove (Rbg) und Großenndorf. Wegen ihrer Funktion als Amtssitz bzw. Kurbad waren stets akademische Ärzte ansässig. Außerdem waren beide Kirchspiele durch den Helweg unmittelbar an den überregionalen Handels- und Reiseverkehr angeschlossen. Der Süden des Territoriums wiederum ist geprägt durch die Weser. Die Gruppe **Weser Nord** setzt sich aus den Kirchspielen Deckbergen, Großenwieden und Segelhorst zusammen. Die Kirchspiele befinden sich im Bereich nördlich der Weser und dem Auetal. Durch die stark frequentierte Berliner Straße hatten sie zwar Anschluss an den Verkehr zwischen Hameln und Schaumburg-Lippe, die Mitgliedsgemeinden waren aber sehr ländlich strukturiert. Im Bereich zwischen dem südlichen Weserufer und dem Lippischen Berg- und Hügelland befinden sich die Kirchspiele Exten, Hohenrode und Fuhlen. Diese bilden die Gruppe **Weser Süd**. Um zu überprüfen, inwiefern sich Urbanität und Ruralität auf die Mortalitätsentwicklung auswirkten, werden die beiden Weserstädte Rinteln und Hessisch Oldendorf zur Gruppe **Städtisch (Süd)** zusammengeschlossen. Die Daten aus den nordschaumburgischen Kirchspielen Beckedorf und Hohnhorst sowie Kathrinhagen im Auetal fließen in die Gruppe **Ländlich** ein.

Die Todesursachen wurden verschiedenen Gruppen bzw. Obergruppen zugeordnet.²⁸⁰⁷ Mehrfachdiagnosen bzw. Kombinationen von mindestens zwei Todesursachen werden nur ein einziges Mal berücksichtigt. Dem Vorzug wird jeweils der exakteren – oder wahrscheinlicheren – Todesursache gegeben. Die jeweiligen prozentualen Anteile wurden für Zeiträume von jeweils 10 Jahren berechnet. Todesursachen, die nur geringfügig vorkommen (z. B. Alkoholismus, Syphilis, Wurmleiden) oder sich nicht kategorisieren lassen (z. B. unspezifische Entzündungen), wurden als **Diverse** gezählt. Fehlende Todesursachen wurden als **Keine Angabe** gezählt. Auf die weiteren Gruppen bzw. Obergruppen wird jeweils einzeln sowie im Rahmen von Vergleichen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Analyse aus dem zweiten Hauptteil eingegangen. Die erstellten Grafiken bilden Tendenzen ab. Um den Eindruck zu vermeiden, dass sich die quantitativen Anteile der Todesursachen exakt bestimmen ließen, werden die

²⁸⁰⁷ Zu der beispielsweise von IMHOF/LARSEN (1976) vorgenommenen Einteilung der erhobenen Todesursachen aus Kirchspielen im skandinavischen Raum oder der preußischen Statistik 1816–74 nach SPREE (1992), S. 26–28, bestehen durchaus Übereinstimmungen. Leitend für die Einteilung im Rahmen dieser Arbeit waren jedoch einzig die Ergebnisse aus der Analyse der schaumburgischen Todesursachen.

Zahlenwerte nicht aufgeführt. Die ermittelten prozentualen Anteile können in einer tabellarischen Darstellung alphabetisch geordnet eingesehen werden (**Tab. 43**).

Tabelle 43

Todesursachen – prozentuale Veränderungen im Zehn-Jahres-Schnitt (Gft. SHG; 1770–1859)

	1770- 1779 (n = 3.956)	1780- 1789 (n = 3.963)	1790- 1799 (n = 4.626)	1800- 1809 (n = 4.301)	1810- 1819 (n = 4.347)	1820- 1829 (n = 4.319)	1830- 1839 (n = 5.138)	1840- 1849 (n = 5.261)	1850- 1859 (n = 4.419)
Altersschwäche	0,7	2,8	4,4	7,5	8,2	9,5	9,6	8,4	7,3
Atemweg: akut	8,2	7,8	8,6	16,6	14,0	14,2	12,9	8,3	8,1
Atemweg: chronisch	1,8	2,1	2,4	1,6	1,3	2,3	1,1	0,6	0,7
Atemweg: allgemein	0,6	1,3	1,7	0,5	0,7	1,2	1,3	1,4	1,7
Auszehrung	7,0	7,6	6,2	7,5	9,0	8,1	8,7	6,6	5,7
Diarrhöe	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,7
Diverse	0,4	0,3	0,5	0,8	0,5	0,7	0,6	0,6	0,7
Fieber: allgemein	1,0	2,0	2,6	1,4	0,8	1,1	2,3	1,4	0,9
Fleckfieber / Typhus	4,2	1,2	0,9	1,8	2,4	3,1	4,0	3,0	2,6
Internistisch: sonstige	2,1	2,2	2,1	2,9	2,8	3,3	3,1	2,9	3,3
Kardiovaskulär	4,5	5,5	5,8	7,2	6,1	8,3	7,9	6,5	5,5
Keuchhusten	0,2	0,5	1,0	2,0	2,2	2,8	2,0	1,2	1,4
Kindbett	0,9	0,9	0,7	1,1	0,9	1,0	1,0	0,8	0,7
Kinderkrämpfe	7,2	7,2	9,3	13,6	15,0	18,4	18,3	17,4	14,0
Kinderschwäche	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,7	0,8	0,7
Krämpfe: allgemein	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,9	1,4	0,8	1,1
Masern	0,6	0,3	0,2	1,1	2,4	0,9	0,5	0,4	0,1
Neurologisch	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,9	1,5	1,4	2,9
Pocken	9,2	9,6	9,3	5,6	0,8	0,2	0,5	0,2	0,1
Ruhr	3,1	5,0	12,4	2,3	4,7	0,1	0,0	0,9	0,5
Scharlach / Diphtherie	1,0	1,3	1,0	3,0	4,9	3,0	2,4	2,3	3,7
Tödliche Verletzungen	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6	1,9	1,6	1,8	1,3
Totgeboren	4,7	4,8	5,5	4,7	4,7	6,3	6,5	6,3	7,2
Tuberkulose	2,6	2,9	2,5	2,9	2,0	3,8	5,7	6,4	7,4
Wundbrand	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6
Keine Angabe	37,6	31,5	19,5	12,3	13,0	6,7	5,8	19,1	21,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Unter den Todesursachen, die wegen seltener Registrierung nicht berücksichtigt worden sind oder einer Obergruppe (Kardiologisch; Internistisch: Sonstige; Neurologisch) zugeordnet wurden, dürfte sich die eine oder andere näher bestimmen lassen. Dennoch wurde darauf verzichtet. Notwendig wäre eine intensive Auseinandersetzung mit zeitgenössischer medizinischer Literatur. Wenn auch das Ergebnis Aussagekraft hinsichtlich des medizinischen Fortschritts besäße, der Erkenntnisgewinn für die hier verfolgten Fragen wäre gering. Daneben gibt es viele Krankheiten bzw. pathologische Erreger, deren tödliche Folgen zwar verzeichnet worden sind, die sich aber nicht identifizieren lassen. Entsprechende tödliche Infektionen sind insbesondere hinter den Todesursachen aus den Gruppen „Diarrhöe“, „Neurologisch“ und „Wundbrand“ zu vermuten. Vor der Betrachtung der bereits umfassend analysierten Todesursachen in ihrem

Einfluss auf die Entwicklung von Krankheit und Mortalität in der Grafschaft Schaumburg soll kurz auf weitgehend verborgene, aber nicht unbedeutende gesundheitliche Gefahren eingegangen werden:

Die allgemeinen Lebensumstände in der Frühen Neuzeit waren durch einen engen Kontakt zwischen den Menschen untereinander sowie zu einer Vielzahl an Tieren geprägt. Ein Konzept von Hygiene im klinischen Sinne war nicht ansatzweise vorhanden. Schilderungen über Epidemien wie Fleckfieber belegen die Verbreitung von Infektionskrankheiten durch Ektoparasiten, die Cholerazüge sind Zeugnis für die mangelhafte Qualität des Trinkwassers. Solange die Immunabwehr, der natürliche Schutz des menschlichen Organismus, nicht gestört ist, stellen die meisten dieser Erreger keine unmittelbare gesundheitliche Gefahr dar. Ein erhöhtes Risiko besteht allerdings im Alter und in den ersten beiden Lebensjahren. Eine Reihe von Indizien verweist auf die starke Verbreitung von *Clostridium tetani*, dem Erreger des Nabelschnurtetanus (vgl. Kap. 3.3). Zwar ist die Identifikation vergleichbarer tödlicher Erreger allein auf der Grundlage der Kirchenbucheintragungen nicht möglich. Dennoch ist davon auszugehen, dass sich weitere Infektionen des Nervensystems symptomatisch insbesondere in Form der Kinderkrämpfe äußerten: „Zu einer Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute ist prinzipiell jeder Infektionserreger – also Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten – in der Lage.“²⁸⁰⁸

Die Gattung *Clostridium* zählt zu den gefährlichsten Bakterien²⁸⁰⁹. Die hohe Mortalität der Säuglinge in den ersten Lebenswochen indiziert die Existenz von *Clostridium tetani* im unmittelbaren Wohnumfeld der schauburgischen Bevölkerung. Doch auch in der Gegenwart sind Clostridien „ubiquitär (also überall) vorhanden. Eine Infektion ist heutzutage vor allem bei Verkehrsunfällen mit Quetschungen der Muskulatur zu erwarten (...). Bei tiefen Wunden finden die Bakterien ideale Vermehrungsvoraussetzungen.“²⁸¹⁰ Trotz moderner Behandlungsmöglichkeiten wie der Sauerstoffüberdrucktherapie und Gabe von Antibiotika beträgt die Letalität noch ca. 50 %.²⁸¹¹ Da schon Bagatellverletzungen durch Holzsplitter o. ä. eine Infektion auslösen können,

²⁸⁰⁸ KLISCHIES (2008), S. 21.

²⁸⁰⁹ Ein Überblick über „die humanmedizinisch wichtigsten Bakterienarten“ bei EBD., S. 12-58.

²⁸¹⁰ EBD., S. 24

²⁸¹¹ Vgl. EBD., S. 25.

ist in Anbetracht der körperlichen Arbeit in der Landwirtschaft von einer hohen Todesrate auszugehen. Aufgrund der typischen Hautverfärbungen wurden diese Infektionen in der Vergangenheit mit dem Begriff Brand bzw. Gasbrand²⁸¹² bezeichnet.

In die Kategorie „Wundbrand“ wurden Todesursachen aufgenommen, die durch Begriffe wie Brand, Fistel, Schaden, Fraß (ohne namentlichen Bezug zu einer Krebserkrankung) sowie äußere Geschwüre und Frakturen mit tödlichem Verlauf auf Wundinfektionen verweisen. Besonders deutlich wird dies bei rund 50 Belegen, die die Begriffe *Brand* (oft erweitert um das Adjektiv *kalt*) sowie *brandig* enthalten. Zumeist handelt es sich um Erwachsene überwiegend männlichen Geschlechts. Viele der Verstorbenen dürften einer Sepsis als Folge eines Arbeitsunfalls zum Opfer gefallen sein.²⁸¹³ Angesichts des pathologischen Potentials der Clostridien erscheint die Zahl der Verstorbenen, deren Tod sich auf eine entsprechende Infektion zurückführen lässt, insgesamt zu gering.

Weitverbreitet war und ist *Staphylococcus aureus*,²⁸¹⁴ ein Bakterium, das unter anderem auf der Haut von Warmblütern (Menschen, Rinder, Pferde etc.) vorkommt und häufig in Form der Tröpfcheninfektion übertragen wird. Man schätzt, dass jeder dritte Mensch passiver Träger ist. Säuglinge können den Erreger bereits beim Stillen über infizierte Brustwarzen aufnehmen. Im Allgemeinen ruft *Staphylococcus aureus* keine gesundheitlichen Beschwerden bei Menschen oder Tieren hervor. Allerdings kann das Bakterium unter bestimmten Umständen, etwa ein geschwächtes Immunsystem, pathogen wirken. Da einige Stämme ein Enterotoxin produzieren, können beim Verzehr von „kontaminierten Lebensmitteln“ wie Milch oder Eiern „Übelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen und Diarrhöe“ auftreten.²⁸¹⁵ Als therapeutische Maßnahme ist grundsätzlich eine strenge Hygiene (Reinigung der Haut mit antiseptischen Lösungen etc.) angebracht. Bei schweren Verläufen erfolgt die Gabe eines Antibiotikums. Zu den lebensbedrohlichen Folgen zählen namentlich Pneumonie, Sepsis sowie Meningitis. Ein

²⁸¹² Erreger ist hier *Clostridium perfringens*. Die Bezeichnung leitet sich von der Gasbildung unter der betroffenen Hautpartie ab. Streicht man darüber, entsteht ein knisterndes Geräusch; vgl. KLISCHIES (2008), S. 24.

²⁸¹³ Differentialdiagnostisch kommen auch Formen des Milzbrandes, insbesondere der Hautmilzbrand in Betracht. Beim Milzbrand handelt es sich um eine Zoonose. Aufgrund des Umgangs mit den Nutztieren bestand ein hohes Infektionsrisiko; vgl. auch WINKLE (2005), S. 47 f.

²⁸¹⁴ Vgl. KLISCHIES (2008), S. 12-15.

²⁸¹⁵ Vgl. EBD., S. 15.

Indiz für Komplikationen durch *Staphylococcus aureus* in der Vergangenheit sind die zahlreichen Schilderungen über Hauterkrankungen wie Geschwüre und Furunkel in Zeitschriften und medizinischen Fachbüchern.

Die Scharlachepidemien in der Grafschaft Schaumburg (vgl. Kap. 3.4.4) zeugen von der oftmals tödlichen Wirkung von Streptokokken²⁸¹⁶. Überdies können Bakterien aus diesem Stamm, der in unterschiedliche Gruppen aufgeteilt ist, vor allem bei Neugeborenen und Kindern eine Reihe von Organschäden hervorrufen (u. a. Myokarditis, Endokarditis, Meningitis). Eine Komplikation ist der septische Schock, der – ausgelöst durch die Vermehrung bakterieller Toxine – zu einem Multiorganversagen führen kann. Ebenfalls in der Phase der frühen Kindheit erhöht ist das Risiko einer durch Meningokokken hervorgerufenen Erkrankung: „Sie gehören bei einem Teil der Bevölkerung zur physiologischen Flora der oberen Atemwege. Warum bei einigen Bakterienträgern dann die Hirnhäute befallen werden und eine Meningitis entsteht, ist Gegenstand von Spekulationen“.²⁸¹⁷ Die Symptomatik der äußerst schmerzhaften Meningitis erinnert an die Kinderkrämpfe;²⁸¹⁸ auch dieses Bakterium dürfte zur hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit beigetragen haben.

Eine Einschätzung des Anteils verschiedener Bakterienstämme an der Mortalität in der Vergangenheit ist nicht möglich. Hochrechnungen auf der Grundlage von Werten aus neuerer Zeit verbieten sich schon aus zweierlei Gründen: Zum einen wurden zwischenzeitlich wirksame Therapien entwickelt, zum andern haben sich die Lebensbedingungen vollkommen geändert. So zählten neben der Fehlernährung auch extreme Hygienemängel zu den Problemen im Zusammenhang mit der Säuglingsversorgung. Die Ausführungen von Vogel (1860) deuten an, dass bereits unter zeitgenössischen Medizinern ein Bewusstsein für das Erkrankungspotential bestand, das von verunreinigten Sauggefäßen sowie den mit Lebensmitteln gefüllten Schnullern ausging:

„Eine grosse Verbreitung hat der sog. Schnuller, Zulp, oder Sauglappen. Derselbe wird bereitet, indem man stark gezuckerten, gestossenen Zwieback mit

²⁸¹⁶ Vgl. KLISCHIES (2008), S. 15-19.

²⁸¹⁷ EBD., S. 21.

²⁸¹⁸ U. a. der Opisthotonus: „Infolge schmerzbedingter Muskelkontraktionen im Hals- und Rückenbereich bohrt der Patient den Hinterkopf in das Kissen, die Wirbelsäule wird in Lordosestellung gehalten.“ KLISCHIES (2008), S. 22.

Milch oder Wasser zu einem dicken Teig formt, in einen leinenen Lappen schlägt und dann zubindet, wodurch ein Knopf von der Grösse eines kleinen Apfels entsteht. (...) Gewöhnlich aber fängt der Inhalt des Schnullers, in Berührung mit der warmen Mundhöhle rasch an in saure Gärung überzugehen. Der Mundhöhlenschleim wird sauer und es entsteht dann sogleich gestörte Verdauung und eine Pilzbildung auf der Schleimhaut, die nur zu oft ein trauriges Ende nimmt.“ (S. 45)²⁸¹⁹

Über mögliche Probleme mit humanpathogenen Pilzen²⁸²⁰ liegen keinerlei Informationen vor. Keine der Todesursachen in den schauburgischen Sterberegistern legt einen zwingenden Zusammenhang mit einer Mykose bzw. Pilzerkrankung nahe. Gleichwohl ist in Anbetracht der frühneuzeitlichen Wohnbedingungen davon auszugehen, dass viele Menschen einer regelmäßigen Belastung durch Schimmelpilze in der Atemluft ausgesetzt waren. Eine erhöhte Vulnerabilität bestand für Personen, die bereits an einer Atemwegserkrankung oder der Tuberkulose litten.²⁸²¹

Über Todesursachen, hinter denen sich infektiöse Krankheiten der Kindheit verbergen, lassen sich die Wanderungen von Viren nachvollziehen. Möglich ist dies, sofern diese mit erhöhter Letalität einhergingen. Sehr viele Viruskrankheiten sind aber unauffällig. Ob während des Untersuchungszeitraums beispielsweise Röteln (Rubella) oder Windpocken (Varicella) die Bevölkerung in besonderem Maße gefährdeten, ist kaum zu beantworten. Die Infektion mit dem Rubivirus kann zu Spontanaborten oder – ganz selten – einer Meningitis führen, das Varizella-Zoster-Virus eine Gürtelrose hervorrufen, die bei schweren Vorerkrankungen letal enden kann. Zumindest die Windpocken, die lange als milde Variante der Pocken galten, erscheinen vermutlich als *Schaafblattern* unter den Todesursachen.

Bekanntheit und tatsächliche Bedeutung von Krankheiten können weit auseinanderklaffen. Die Tollwut (Rabies), Folge des Lyssavirus, zählt zu den berüchtigten Krankheiten, vor der auch in der Gegenwart regelmäßig gewarnt wird. Im mitteleuropäischen Raum wird sie zumeist über Wildtiere wie Füchse und Rehe sowie Hunde und Katzen

²⁸¹⁹ Vgl. auch SCHMIDTMÜLLER (1807), S. 230; OEHME (1984), S. 38 f.; TEUTEBERG (1986), S. 173.

²⁸²⁰ Vgl. allg. KLISCHIES (2008), S. 101-104.

²⁸²¹ Vgl. EBD., S. 102.

übertragen.²⁸²² Interesse an und Furcht vor der Tollwut waren schon immer groß, ihr Risikopotential für den Menschen scheint dennoch überschätzt. Allein in den 1750er Jahren setzten sich verschiedene Autoren in Form von Artikeln in kurhannoverschen Zeitschriften intensiv mit ihr auseinander.²⁸²³ Neben vielen Hinweisen zur Prävention und Behandlung der Hundetollwut, als deren Verursacher man einen Wurm vermutete, äußerte man Kritik an einer beobachteten Zunahme an Hunden sowie deren verantwortungslosen Besitzern, die ihre Tiere frei herumlaufen ließen. Möglicherweise basieren die Berichte von Tollwutfällen bei Menschen zumeist auf Hörensagen.²⁸²⁴ Dass die Furcht berechtigt war, lässt sich über die schaumburgischen Sterberegister nicht ansatzweise bestätigen. Lediglich ein einziger Fall weist in Richtung Tollwut. Verzeichnet wurde im Jahre 1786 der Tod eines 59 Jahre alten Mannes aus dem Kirchspiel Grove (Rbg) *an einer Raserey, woran eines tollen Hundes Biß vor 10 Monathen schuld seyn solle*.

Zu den massenhaft verbreiteten wirkmächtigeren Erregern zählen die Polioviren. Die Poliomyelitis bzw. Kinderlähmung wurde bereits im Altertum erwähnt.²⁸²⁵ Näher beschrieben und klassifiziert wurde die Krankheit ab 1840. Seit dem beginnenden 20. Jahrhundert ist bekannt, dass es sich bei der Poliomyelitis um eine Viruserkrankung handelt. Vermutlich haben sich aufgrund der problematischen hygienischen Verhältnisse vor dem 20. Jahrhundert die meisten Menschen bereits in den ersten beiden Lebensjahren infiziert und einen weitreichenden Immunschutz erworben, sofern sie nicht früh an der Krankheit verstorben sind.²⁸²⁶ Die Letalität schwankt, in Österreich starb während einer Epidemie 1947 rund ein Zehntel der Erkrankten.²⁸²⁷ Der Begriff „Kinderlähmung“ ist darauf zurückzuführen, dass sich die Krankheit zumeist im Kindesalter manifestiert. Mit Einführung der Schluckimpfung in den 1960er Jahren ist die Krankheit im europäischen Raum kaum noch aufgetreten.

²⁸²² Vgl. KLISCHIES (2008), S. 96.

²⁸²³ Vgl. HANNOVERISCHE GELEHRTE ANZEIGEN 1751, S. 382 u. 487 f.; DIES. 1753, S. 613-616, 1045 u. 1195 f.; DIES. 1753, S. 1043-1048; NÜTZLICHE SAMMLUNGEN 1755, S. 638 u. 1229 f.; DIES. 1756, S. 786 f.; DIES. 1757, S. 423 f.; HANNOVERISCHE BEYTRÄGE 1759, S. 957-960; DIES. 1760, S. 445-448 u. 969-972; hierzu auch HINZ (1965), S. 82.

²⁸²⁴ Berichte über das übermäßige Auftreten der Tollwut stehen oftmals in Verbindung u. a. mit Jagdverboten, die regional zur Vermehrung von Wildtieren geführt hat; vgl. allg. WINKLE (2005), S. 905-932.

²⁸²⁵ Vgl. allg. VOLKMANN (1870); ZEICHHARDT/GRUNER (2008), S. 653.

²⁸²⁶ Vgl. VOLKMANN (1870), S. 3.

²⁸²⁷ Vgl. KOLLARITSCH/PAULKE-KORINEK (2014), S. 24.

In den schauburgischen Sterberegistern finden sich mehr als 200 Belege, die auf eine Lähmung verweisen. Zumeist handelt es sich um das Nomenkompositum *Lungenlähmung* (vgl. auch Kap. 3.6.1). Bisweilen wurde vermerkt, dass die verstorbene Person *an einer Lähmung sämtlicher Glieder, einer langjährigen Lähmung* etc. litt. Obwohl Kinder unter den Verstorbenen mit einer entsprechenden Todesursache sehr gering vertreten sind, ist ein Bezug zur Poliomyelitis nicht unwahrscheinlich. Bekannt sind drei Serotypen des Virus.²⁸²⁸ Der Immunschutz besteht zwar lebenslang, aber nur serotypenspezifisch. Eine Infektion durch die anderen beiden Erreger ist weiterhin möglich, so dass auch Erwachsene trotz überstandener Infektion in der Kindheit nicht grundsätzlich gefeit waren. In der Vergangenheit ist die Poliomyelitis allerdings vorzugsweise in einem Alter aufgetreten, in dem das Gehvermögen nicht oder kaum entwickelt war. Dennoch zeigen auch diese Kinder Symptome, die an die Kinderkrämpfe erinnern. Das Beispiel eines zweieinhalbjährigen Mädchens veranschaulicht dies: „Das bis dahin gesunde Kind machte vor 14 Monaten eine fieberhafte Erkrankung mit Convulsionen durch, welche vier Wochen lang anhielt. In den nächsten Monaten sehr häufige Anfälle von Zuckungen, die sich auf die linke Körperhälfte beschränkten.“²⁸²⁹

Im Rahmen einer Polioinfektion kommt es zu einem Virenbefall der Nerven. Eine Schädigung des Rückenmarks beispielsweise kann dauerhafte Lähmungen an den Extremitäten nach sich ziehen, die Lähmung der Atemmuskulatur zum Erstickungstod führen. Dass die Todesursache *Lungenlähmung* genau diesen Prozess beschreibt, ist gut vorstellbar. Somit wäre die Poliomyelitis in den schauburgischen Sterberegistern relativ stark vertreten. Der größere Teil an tödlichen Infektionen durch das Poliovirus ist allerdings unter den Säuglingen und Kindern zu vermuten, die unter einer der Todesursache aus der Gruppe der Kinderkrämpfe registriert worden sind. Gleichwohl dürfte es unter der schauburgischen Bevölkerung viele Menschen mit einer Deformation an den unteren Gliedmaßen gegeben haben.²⁸³⁰ Da diese die Infektion überlebt haben, besteht natürlich kein Bezug zu den Todesursachen. Der tatsächliche Anteil dieser Krankheit an der Mortalität in der Grafschaft Schaumburg bleibt ebenfalls im Dunkeln.

²⁸²⁸ Vgl. KLISCHIES (2008), S. 91; KOLLARITSCH/PAULKE-KORINEK (2014), S. 26.

²⁸²⁹ FREUD/RIE (1891), S. 27; vgl. auch RANKE (1886), S. 293.

²⁸³⁰ Vgl. VOLKMANN (1870), S. 7.

Eine Reihe von Todesursachen mit recht eindeutiger Symptomatik entzieht sich der möglichen Zuordnung zu einer Krankheit, so dass auf eine weitere Analyse verzichtet worden ist. Einige davon wurden wie bereits erwähnt in **Diverse** aufgenommen, für den größeren Teil wurden weitere Obergruppen gebildet. **Neurologisch** fasst Todesursachen zusammen, die auf pathologische Veränderung des zentralen Nervensystems einschließlich des Gehirns verweisen. Darunter fallen Lähmungen von Gliedmaßen, die unter Kindern stark verbreitete Meningitis (z. B. *Gehirnentzündung*) und Hydrozephalus (*Wasserkopf*). Für die Gruppe „Kinderkrämpfe“ (siehe unten) wurde als Grenze das 11. Lebensjahr gezogen. Verstorbene, die 10 Jahre und älter waren, wurden unter **Krämpfe: allgemein** gezählt. Die weiteren Kategorien entsprechen den Schwerpunkten im Rahmen der Todesursachenanalyse. Der folgende Untersuchungsgang wird sich wesentlich an der Einteilung des zweiten Hauptkapitels orientieren, die den menschlichen Entwicklungsstufen nachempfunden wurde.

Kindbettsterblichkeit

Die Kindbett- bzw. Müttersterblichkeit war bezogen auf die Gesamtsterblichkeit in einem rein quantitativen Sinne von untergeordneter Bedeutung. Rund 1 % der Eintragungen in den schauburgischen Sterberegistern entfällt auf die Gruppe **Kindbett**. Setzt man die gestationsbedingt verstorbenen Frauen in Relation zu den Angehörigen ihrer Altersgruppe, ergeben sich zweistellige Prozentzahlen (vgl. Kap. 3.1). Obwohl die Müttersterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg im Vergleich zu anderen Territorien nicht überdurchschnittlich ausgeprägt war, hatte auch der Tod von Frauen im gebärfähigen Alter einen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung. Als sich der hessische Staat im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts aktiv um eine Verbesserung des ländlichen Hebammenwesens bemühte, trug er zu einem Rückgang der Müttersterblichkeit bei.

Aborte und Totgeburten

Für die Frühe Neuzeit ist eine tendenzielle Unterregistrierung von Aborten und Totgeburten anzunehmen. In der Grafschaft Schaumburg ist die Überlieferung im Allgemeinen gut. Allerdings finden sich einige Kirchspiele mit sehr geringen Werten, was für eine Unterregistrierung spricht. In die Ermittlung der prozentualen Anteile wurde jedoch auch die Todesursache *totgeboren* einbezogen. Zusätzlich wurden in die

Gruppe **Totgeboren** Kinder aufgenommen, die während oder unmittelbar nach dem Geburtsvorgang verstorben sind.

In Anbetracht der Lebensbedingungen müssen die entsprechenden Raten in der Vergangenheit deutlich erhöht gewesen sein. Kinder, die vorzeitig geboren worden sind, hatten kaum Überlebenschancen. Verstärkte Kontakte mit bakteriellen oder viralen Erregern dürften intrauterine Infektionen in weitaus höherem Maße als in der Gegenwart begünstigt haben. Mit Sicherheit hochgetrieben wurden die Abortraten durch den unbefangenen Konsum von Genussgiften sowie ernährungsbedingte Nährstoffmängel. Dies ist insbesondere für Schwangerschaften mit subklinischem Verlauf anzunehmen. Die Aussagekraft des Datenmaterials ist insofern gering. Der Anstieg von 4,7 % (1770/79) auf 7,2 % (1850/59) ist darauf zurückzuführen, dass zum Ende des untersuchten Zeitraums alle Kinder, also auch die ungetauft verstorbenen, registriert worden sind.

Ein Teil der Kinder hat zwar den eigentlichen Geburtsvorgang überlebt und konnte zumeist getauft werden, ist aber relativ früh nach der Geburt verstorben. Gelegentlich wurde als Todesursache *Schwäche*, *zu frühe Geburt* o. ä. vermerkt. Diese Fälle wurden mit Kindern, die ohne Angaben der Todesursache innerhalb der ersten 3 Lebenstage verstorben sind, zur Kategorie **Kinderschwäche** zusammengefasst. Ihr prozentualer Anteil ist mit 0,6 bis 0,8 relativ stabil. Anhaltspunkte für eine Entwicklung in die eine oder die andere Richtung ergeben sich nicht. Unter den Bedingungen der Vergangenheit waren die Überlebenschancen von Kindern mit unausgereifter körperlicher Entwicklung gleichbleibend gering.

Kinderkrämpfe

Die Todesursachen der Kategorie **Kinderkrämpfe** sind begrifflich äußerst heterogen. Doch hatte die eingehende Analyse der entsprechenden Todesursachen eindeutig ergeben, dass die unterschiedlichen Bezeichnungen nichts über die tatsächliche Ursache aussagen, durch die der Tod eines Kindes hervorgerufen wurde (vgl. Kap. 3.3). Ein Kind, das im Alter von 2 Wochen mit *Scheuerchen* registriert wurde, starb höchstwahrscheinlich aufgrund einer anderen Ursache als ein 3-jähriges Kind mit derselben Todesursache. In den ersten Lebenswochen bestand die Gefahr einer Tetanusinfektion

(Nabelschnurtetanus). Für die folgenden Monate kommen neben einer Reihe schmerzhafter Krankheiten wie der Otitis media acuta vor allem die Folgen von Fehlernährung (Hypercalcämie) in Betracht. Für Kinderkrämpfe ab dem Kleinkindalter ist die Bestimmung schwieriger. Die Poliomyelitis könnte nicht unwesentlich zur Todesrate in dieser Altersgruppe beigetragen haben. In die Auswertung ist die Gruppe der Kinderkrämpfe als Ganzes eingeflossen (**Abb. 182**).

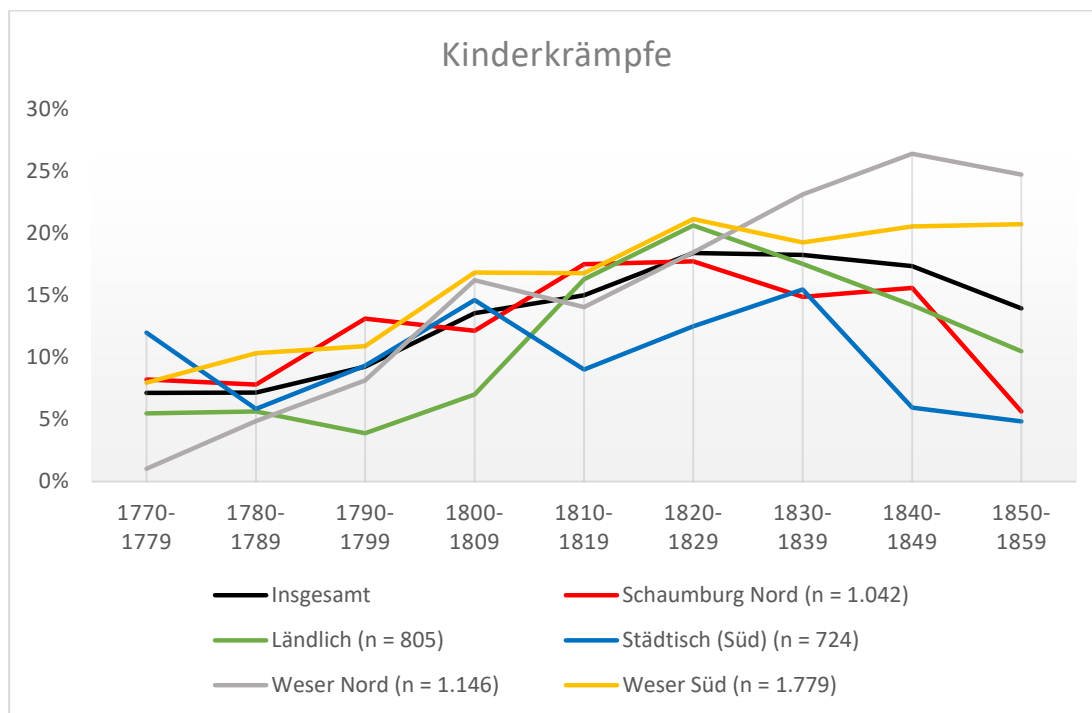


Abb. 182: Kinderkrämpfe – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Der Anteil dieser Todesursache ist im 19. Jahrhundert erheblich angestiegen. Dasselbe wurde auch in anderen historisch-demographischen Untersuchungen beobachtet. Damit ordnet sich die Grafschaft Schaumburg in einen allgemeinen Trend ein. Die Annahme, dass die Säuglingssterblichkeit wesentlich durch kontaminiertes Trinkwasser verursacht wurde, lässt sich nicht bestätigen. Der signifikante Rückgang der Ruhr im 19. Jahrhundert indiziert keine Verschlechterung auf diesem Gebiet. Vielmehr spricht dieser Befund für die Vermutung, dass ein sehr großer Teil dieser Kinder an Nahrungsmittelunverträglichkeiten verstorben ist. Das Füttern mit unbehandelter Tierrmilch dürfte ein Hauptgrund sein, zumal die Milchleistung der Kühe im 19. Jahrhundert gesteigert werden konnte, sich dieses Produkt also nicht verknappte. Im Übergang zur Neuzeit wuchs zugleich die Arbeitsbelastung der Frauen durch die Ausweitung des

Kartoffel- und Zuckerrübenanbaus (vgl. Kap. 3.3). Da auch die Mütter von Säuglingen zur Feldarbeit herangezogen wurden, fehlte die Zeit zum Stillen. In einigen schauburgischen Kirchspielen sanken die prozentualen Anteile in den 1850er Jahren. Als Gründe kommen neben sozioökonomischen Veränderungen Geburtenrückgänge in Betracht. Im Allgemeinen gelang es in den deutschen Territorien erst seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert, die hohe Säuglingssterblichkeit wirksam zu bekämpfen. Nun erfolgte eine verstärkte Propagierung durch das Gesundheitspersonal, darunter zunehmend Frauen, und es wurde der menschlichen Milch angepasste Kuhmilch für die Säuglingsernährung produziert.

Infektiöse Krankheiten der Kindheit

Ein Teil der Todesursachen aus den schauburgischen Sterberegistern lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit Infektionskrankheiten zuordnen, die vornehmlich bereits in der Phase der frühen Kindheit ausbrechen. Dies gilt zunächst für die **Pocken**, aber auch **Masern** und **Keuchhusten** konnten relativ sicher von den Zeitgenossen diagnostiziert werden. Unsicherheit bestand bei Scharlach und Diphtherie, für die eine vergleichbare Trennschärfe nicht anzunehmen ist. Vor allem für die tödlich verlaufenen Scharlachinfektionen ist anzunehmen, dass sie zu einem großen Teil als *Frieseln* registriert worden sind. Für die Ermittlung der prozentualen Anteile der Todesursachen wurde daher die Obergruppe **Scharlach/Diphtherie** gebildet, die neben *Croup*, *Bräune* und *Scharlach* auch *Frieseln* einschließt.

Die Pocken waren während des Untersuchungszeitraums zunächst sehr präsent, am Ende des 18. Jahrhunderts vermutlich endemisch. Zwar gibt es im Vergleich der schauburgischen Regionen im Zeitraum 1770–79 zunächst sehr große Unterschiede (**Abb. 183**). Der prozentuale Anteil der Pocken in den Kirchenbüchern von Schaumburg Nord liegt jeweils mehr als 10 % über dem der Weserregionen. Doch lässt sich die Abweichung erklären: Zum einen gab es in den weniger betroffenen Kirchspielen im vorangegangenen Jahrzehnt Pockenepidemien mit sehr vielen Toten. Teile der schauburgischen Bevölkerung waren in den 1770er Jahre immunisiert. Zum andern wirkten sich weitere infektiöse Krankheiten der Kindheit sowie die Ruhr, an der auch viele Kinder starben, aus. In den 1780er und 1790er Jahren liegen die Prozentwerte wieder regionenübergreifend eng zusammen.

Die Einführung der Pockenschutzimpfung bedeutete eine radikale Wende. Wenn- gleich zunächst noch die Notwendigkeit einer zweiten „auffrischenden“ Impfung erst nach etlichen Jahren erkannt wurde, ging die Zahl an Pockentoten in vielen Territorien rasch zurück (vgl. 3.4.7): Eine Vergleichsberechnung für das Fürstentum Lippe ver- deutlicht die Entwicklung: „Zwischen 1776 und 1800 gab es durchschnittlich 3,4 Po- ckentote auf 1000 Einwohner. Zwischen 1801 und 1809 waren es 1,1 Pockentote und zwischen 1810 und 1849 nur noch 0,07 Pockentote auf 1000 Einwohner.“²⁸³¹ Im 2. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts stellten die Pocken für die Bevölkerung der Grafschaft Schaumburg kaum noch eine Gefahr dar. Sie verschwinden zwar nicht gänzlich aus den schaumburgischen Kirchenbüchern, verzeichnet wurden dann aber zumeist Säug- linge sowie ältere Menschen, die jeweils (noch) nicht geimpft waren.

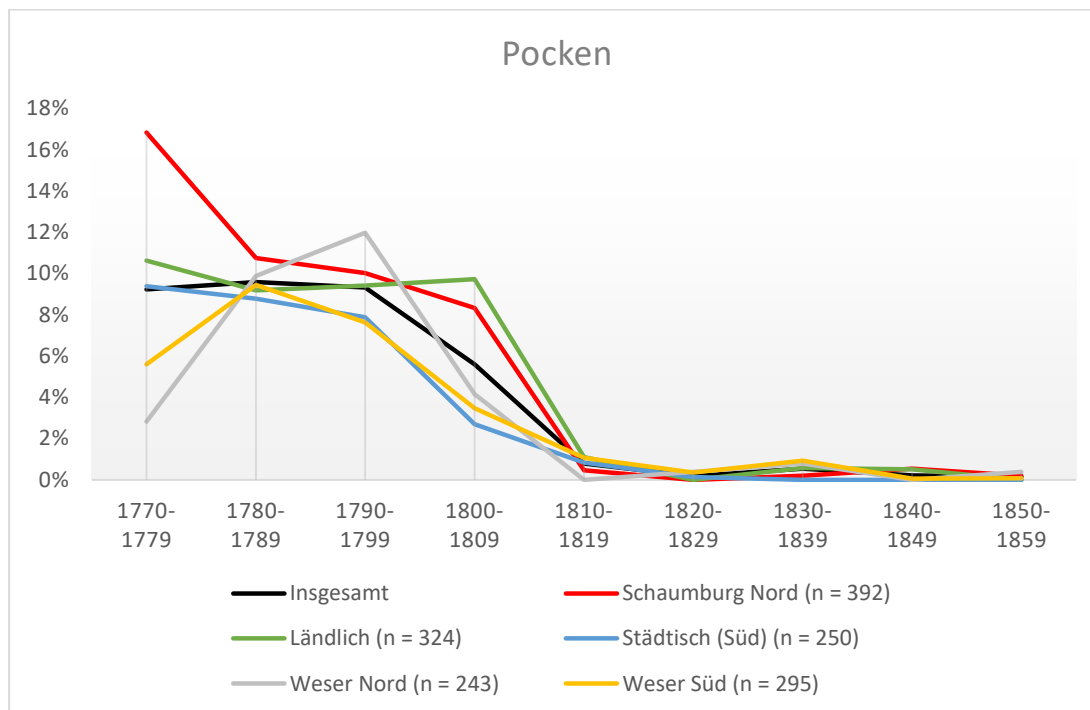


Abb. 183: Pocken – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Graf- schaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Die Kirchenbücher spiegeln die quantitative Zunahme der anderen infektiösen Krank- heiten der Kindheit um die Jahrhundertwende wider. Masern beispielsweise können unter schwierigen Lebensbedingungen eine Letalität von bis zu 6 % entwickeln. Zählt

²⁸³¹ WISCHHÖFER (1996), S. 221. Dies entspricht einem Rückgang von durchschnittlich 210,4 auf 6,5 Personen, die jährlich an den Pocken starben.

man die Belege für die infektiösen Krankheiten der Kindheit Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten aus den schauburgischen Sterberegistern zusammen und stellt sie denen der Pocken gegenüber, ergibt sich ein Schnittpunkt im 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts (**Abb. 184**). Ihre Zahl steigt im 2. Jahrzehnt sehr deutlich an und erreicht vorübergehend das Niveau der Pocken im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts. Das Vakuum, das durch den Wegfall der Pocken geschaffen worden war, wurde zumindest teilweise durch die anderen Kinderkrankheiten gefüllt.²⁸³² Diese Krankheiten waren schon vor der Einführung der Pockenschutzimpfung präsent, wenngleich keine Krankheit allein eine Virulenz bzw. Letalität entfaltet hat wie die Pocken.

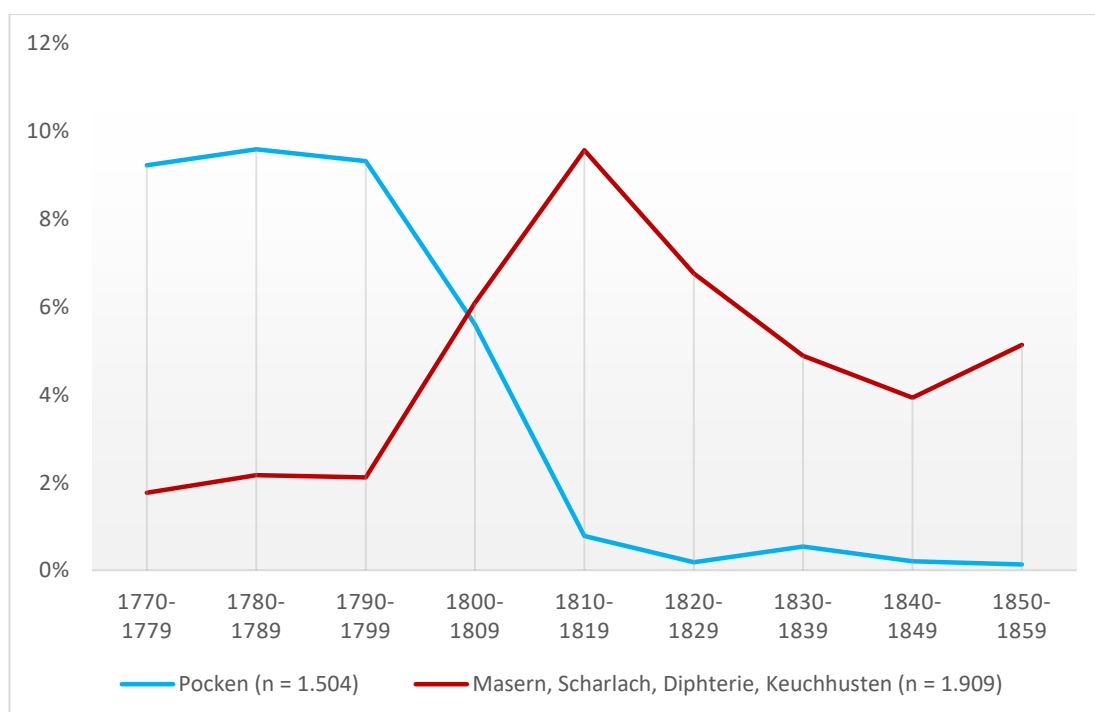


Abb. 184: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Arten des Fiebers, Fleckfieber und Typhus

Die Todesursachen, die namentlich auf eine Krankheit mit Fieber als Leitsymptom verweisen, lassen sich nur bedingt modernen Krankheiten zuordnen. Die Analyse von *Faulfieber* und *Gallenfieber* hat Indizien für ernährungsbedingte gesundheitliche Störungen, namentlich Skorbut, ergeben. Im Allgemeinen ist lediglich zu vermuten, dass

²⁸³² JUNGKUNZ (1951), S. 300, führt für Nürnberg im 19. Jahrhundert mehrfach Scharlach, Masern, Diphtherie sowie „Flecken“ auf. Vgl. auch MOST (1826), S. 287, der auf eine Zunahme der Kindersterblichkeit aufgrund anderer Krankheiten verweist, während die Zahl der Pockentoten sinkt.

eine Minderversorgung an Nährstoffen die Vulnerabilität insbesondere für Infektionskrankheiten gehoben hat. Im Fall von Skorbut läge ein ursächlicher Zusammenhang vor. Allerdings wurden *Faulfieber* und *Gallenfieber* mehrfach in demselben Kirchspiel innerhalb sehr kurzer Zeiträume registriert, so dass zumindest ein Teil der Verstorbenen, die mit dieser Todesursache registriert wurden, an einer infektiösen Krankheit gelitten hat. *Faulfieber* und *Gallenfieber* wurden daher zusammen mit unspezifischen Fieberkrankheiten wie *Schleimfieber* oder *Wurmfieber* zur Kategorie „Fieber: allgemein“ zusammengeschlossen. Die Todesursache *Brustfieber*, die auf die Influenza oder Grippalen Infekt verweist, wurde jedoch der Kategorie „Atemweg: akut“ (siehe unten) zugeordnet.

Eine weitere Ausnahme bildet die Todesursache *Nervenfieber*, bei dem es sich zumeist um die Infektionskrankheiten Typhus und Fleckfieber gehandelt haben dürfte.²⁸³³ Beide Krankheiten sind unter ihrem bekannten Namen in den Sterberegistern der Grafschaft Schaumburg vollkommen unterrepräsentiert. Weil zwischen Typhus abdominalis und Fleckfieber (Rickettsien) nicht unterschieden wurde, wurden die Belege für die beiden Krankheiten zusammen mit *Nervenfieber* als Gruppe **Fleckfieber/Typhus** zusammengelegt. Der Begriff *hitzig* erscheint zumeist sowohl in Verbindung mit *Fieber* als auch *Krankheit*. Einiges deutet darauf hin, dass viele der Verstorbenen tatsächlich an Fleckfieber oder Typhus litten. Dasselbe gilt für *Hauptkrankheit*. Die Belege dieser Todesursachen wurden ebenfalls in die Gruppe Fleckfieber/Typhus aufgenommen.

Beide Infektionskrankheiten haben wenig miteinander gemein, dennoch wurde in der Vergangenheit keine eindeutige Abgrenzung getroffen. Vermutlich war das von Flöhen übertragene Endemische Fleckfieber über den Gesamtzeitraum in wechselnden Intensitäten vorhanden. In Phasen, die durch militärische Auseinandersetzungen geprägt waren, ist eine Verbreitung des Epidemischen Fleckfiebers (Läusefleckfieber) sowie des Typhus wahrscheinlicher. Am höchsten waren die prozentualen Anteile indes sowohl in den 1770er als auch den 1830er Jahren (**Abb. 185**). In den eher städtisch geprägten Regionen finden sich die hohen Werte zu Beginn des untersuchten Zeitraums. Denkbar ist, dass hier die Militärpräsenz im Siebenjährigen Krieg nachgewirkt hat. Das Epidemische bzw. Läusefleckfieber trat zumeist dort auf, wo viele Menschen

²⁸³³ Vgl. auch JUNGKUNZ (1951), S. 341 f.

unter hygienisch problematischen Verhältnissen zusammenlebten. Hierfür spricht auch der Mortalitätsgipfel im 1. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts in den beiden städtischen Kirchspielen. Während der napoleonischen Phase gab es eine erneute hohe Militärpräsenz, von der insbesondere die beiden Weserstädte betroffen waren. Rinteln war ohnehin Garnisonsstadt, in Hessisch Oldendorf wurden mehrfach Feldlazarette eingerichtet.

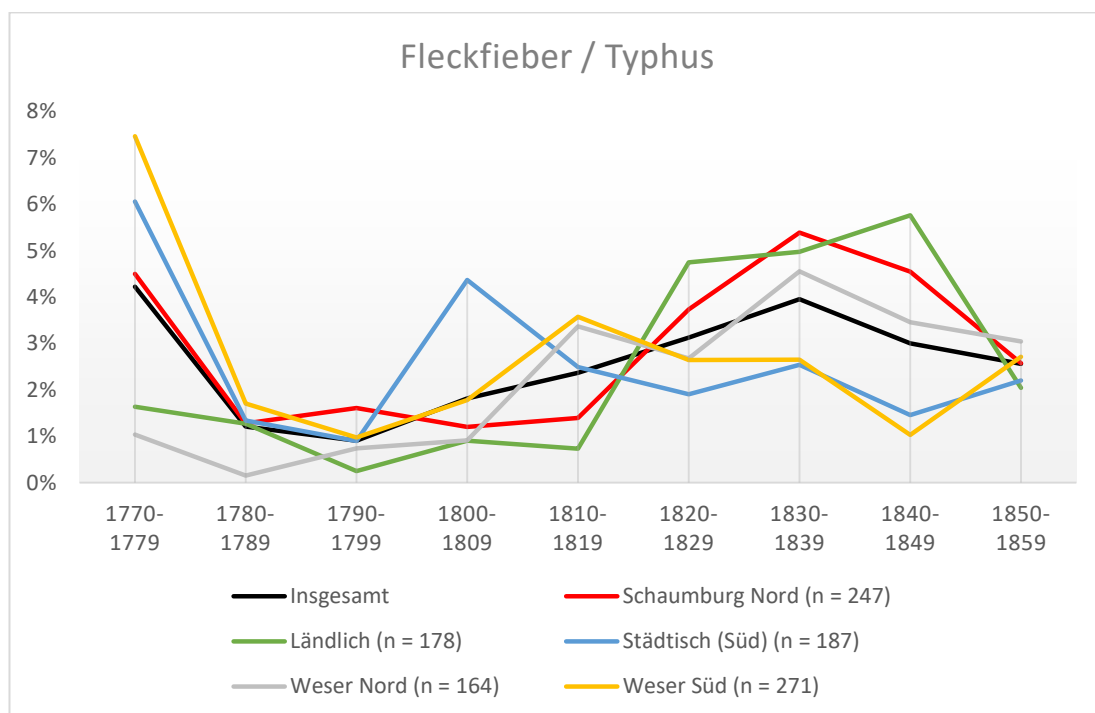


Abb. 185: Fleckfieber/Typhus – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Eine weitere Möglichkeit für die Verbreitung sowohl des Läusefleckfiebers als auch des Endemischen Flohfiebers sind Phasen erhöhter Mobilität. In den frühen 1770er Jahren haben viele Menschen aufgrund der Getreidemissernten ihre Wohnorte verlassen, um zu betteln. Der jeweils überdurchschnittlich hohe Anteil der beiden Weserstädte sowie der südlichen Weserregion, die unmittelbar an die Grafschaft Lippe grenzt, zeigt an, dass Orte in verkehrsgünstiger Lage in Krisenphasen bevorzugte Anlaufstellen waren.²⁸³⁴ Der Anstieg an Belegen für Fleckfieber/Typhus seit den 1820er Jahren lässt sich ebenfalls auf eine zunehmende Mobilität der schaumburgischen Bevölkerung zurückführen. Im 19. Jahrhundert gewann die Wanderarbeit erheblich an

²⁸³⁴ Vgl. RETTINGER (1989), S. 204.

Bedeutung, so dass infizierte Ektoparasiten über die Kleidung der Menschen in kurzer Zeit weite Strecken zurücklegen konnten.

Im Zusammenhang mit den Todesursachen ist zu berücksichtigen, dass Krankheiten häufig überhaupt nicht oder unter verschiedenen Namen diagnostiziert worden sind. Für die Todesursache *Nervenfieber* liegen in der Grafschaft Schaumburg vor dem 19. Jahrhundert so gut wie keine Belege vor. Die hohen Werte insbesondere in den 1770er Jahren sind zum Teil auf die Todesursache *hitziges Fieber* zurückzuführen. Zudem gibt es im Zeitraum 1770–1859 einige Jahrzehnte, in denen die Eintragung Verstorbener zu einem Fünftel oder mehr keine Todesursache enthalten. Dennoch spricht vieles dafür, dass Infektionen durch *Salmonella typhi* und besonders Rickettsien unter der schauburgischen Bevölkerung zumindest phasenweise stärker verbreitet waren, als es die wenigen Belege für Typhus und Fleckfieber glauben machen.

Ruhr, Cholera

Die Ruhr zählt zu den Todesursachen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zutreffend diagnostiziert worden sind. Eine Verwechslung mit diarrhöischen Erkrankungen ist so gut wie ausgeschlossen, da die Ruhr epidemisch und saisonal gebunden auftrat. Aufgrund ihrer quantitativen Bedeutung bildet **Ruhr** eine eigene Kategorie. Von der Cholera blieb die schauburgische Bevölkerung weitestgehend verschont. Die wenigen Belege wurden daher zur Gruppe **Diarrhöe** gezählt. Darin enthalten sind weitere Todesursachen, die auf Störungen des Verdauungssystems mit krankhaftem Stuhlgang verweisen und nicht der Ruhr zuzuordnen sind (*Durchfall, Darmkatarrh*).

Der Vergleich der Ruhrsterblichkeit ergibt weitgehende regionale Übereinstimmungen (**Abb. 186**). Mit Ausnahme der städtischen Gruppe finden sich die extremen Werte in den 1790er Jahren in allen schauburgischen Regionen. Der zweite Gipfel fällt in das 2. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts. Diesmal liegen allerdings die Werte der Region Schaumburg Nord am niedrigsten. Ein dritter, nun aber deutlich abgeschwächter Gipfel zeigt sich in den 1840er Jahren. Die höchsten prozentualen Anteile wurden im Bereich südlich der Weser sowie in den weiteren ländlichen Kirchspielen erreicht. Damit erweist sich die Ruhr als eine Krankheit, die vornehmlich Siedlungen heimsuchte, wo

der Erreger aufgrund der landwirtschaftlichen Tätigkeit gute Lebens- und Verbreitungsbedingungen fand. Daraus erklärt sich, dass die geringsten Werte auf die beiden Städte Rinteln und Hessisch Oldendorf entfallen.

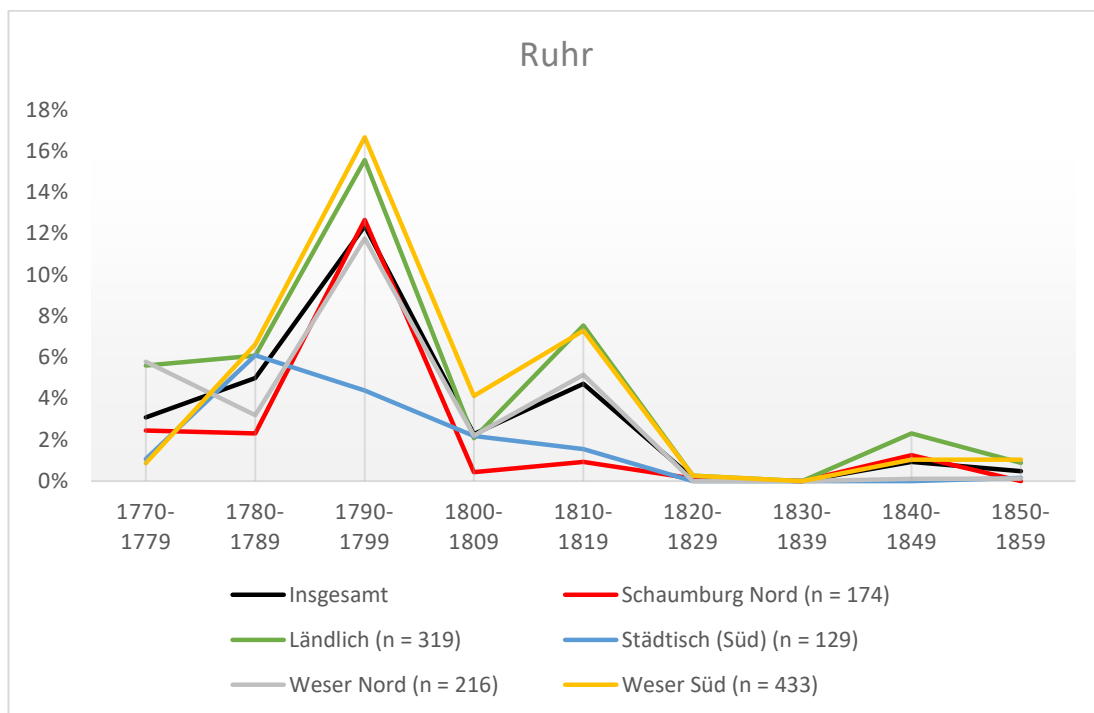


Abb. 186: Ruhr – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Die Untersuchung des Einflusses klimatischer Veränderungen auf die Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg hatte nach einem erheblichen Anstieg der Ruhrsterblichkeit kurz vor der Wende zum 19. Jahrhundert einen Rückgang wenig später ergeben (vgl. Kap. 7.1). Während die 1790er Jahre eine relativ warme Phase waren, änderte sich dies im darauffolgenden Jahrzehnt. Da *Shigella* ein wärmeliebendes Bakterium ist, liegt die Annahme nahe, dass das Auftreten der Ruhr durch die klimatische Abkühlung maßgeblich gehemmt wurde.

Im 2. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts nimmt die Zahl an tödlichen Ruhrinfektionen in der Grafschaft Schaumburg erneut zu. Ihr prozentualer Anteil hat sich im Gegensatz zum Ende des 18. Jahrhunderts jedoch halbiert, wobei sich regionale Unterschiede ergeben. Die Ruhr zählt zu den Krankheiten, der man präventiv wirkungsvoll begegnen konnte. Durch die Verordnung von Verhaltensmaßnahmen war es dem hessischen

Staat gelungen, die Ausbrüche einzudämmen. Dass der prozentuale Anteil der Kirchspiele Grove (Rbg) und Großenndorf (Region „Schaumburg Nord“) zu Beginn des 19. Jahrhunderts so gering ist, lässt sich mit einer strengeren Überwachung durch das ansässige medizinische Personal erklären. Rodenberg war Amtssitz, in Großenndorf befand sich das Kurbad.

Ein weiteres Indiz für den Erfolg gesundheitspolizeilicher Maßnahmen ist die weitgehende Absenz der Cholera. Trotz der engen Kontakte zum norddeutschen Handelsraum, der mehrere Choleraausbrüche erlebte, gelang es mehrmals, eine Verbreitung der Krankheit zu unterbinden (vgl. Kap. 3.5.4). Zugleich belegen die Quellen zur Cholera, dass die schauburgische Bevölkerung eher unbefangen mit dieser Gefahr umging. Das Aufflammen der Ruhr in den 1840er Jahren lässt sich als Folge von Leichtigkeit interpretieren, die aufkam, nachdem diese Krankheit mehr als 20 Jahre nicht mehr in Erscheinung getreten ist.

Influenza und respiratorische Erkrankungen

Krankheiten, die sich durch eine Beeinträchtigung des Respirationstrakts äußern, haben neben den Kinderkrämpfen stets den größten prozentualen Anteil an der Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg im Übergang zur Neuzeit. Mit Werten um etwas mehr als 10 % entsprechen die Todesursachen, die sich auf eine akute oder chronische Atemwegserkrankung beziehen, denen der Gegenwart.²⁸³⁵ Ebenso wie die Kinderkrämpfe setzt sich auch diese Gruppe aus verschiedenen Krankheiten zusammen. Ob beispielsweise eine Person an einer Pneumonie aufgrund eines Grippalen Infekts oder einer Influenzainfektion verstorben ist, lässt sich in der Regel nicht bestimmen. Die Analyse der Todesursachen hat jedoch ergeben, dass eine Unterscheidung nach akuten und chronischen Atemwegserkrankungen möglich ist. Unklar ist allenfalls, ob die Verstorbenen mit der Todesursache *Asthma*, *Dumpf* und *Engbrüstigkeit* oder *Stickfluss* an einer Form des Asthmas, dem COPD oder einer anderen chronischen Atemwegserkrankung litten. Weil gemeinsame Merkmale herausgearbeitet werden konnten, wurden diese Todesursachen als **Atemweg: chronisch** zusammengefasst. Todesursachen wie *Brustseuche*, *Brustkrankheit*, *Lungenentzündung* oder *Lungenkatarrh* bilden die

²⁸³⁵ Im Jahre 2015 lag in 12,3 % aller Todesfälle eine respiratorische Erkrankung zugrunde; vgl. ÄRZTEBLATT, 13.09.2017 [<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79252/Atemwegserkrankungen-fuer-mehr-als-jeden-zehnten-Sterbefall-verantwortlich> – letzter Zugriff: 2023-11-12].

Kategorie **Atemweg: akut**. Todesursachen wie *Brustübel* oder *Lungenschlag* wurden, sofern ergänzende Informationen zur Krankheitsdauer nicht auf einen chronischen bzw. akuten Verlauf schließen lassen, der Kategorie **Atemweg: allgemein** zugeordnet.

Der Vergleich dieser drei Gruppen ergibt ein sehr deutliches Übergewicht auf Seiten der tödlich verlaufenen akuten Atemwegserkrankungen (**Abb. 187**). Bemerkenswert ist eine Verdoppelung des prozentualen Anteils der akuten Atemwegserkrankungen nach der Wende zum 19. Jahrhundert. Zwar fallen die niedrigen Werte zum Teil in Phasen, in denen die Todesursachen lückenhaft überliefert worden sind; hinter fehlenden Angaben könnten sich also die sehr präsenten Atemwegserkrankungen verbergen. Allerdings besteht keine echte Korrelation zwischen den prozentualen Anteilen der Atemwegserkrankungen und denen der fehlenden Angabe von Todesursachen. Tendenziell sind tödliche Erkrankungen, die sich symptomatisch durch eine Beeinträchtigung des Respirationstrakts äußern, nach 1800 vorübergehend erheblich angestiegen.

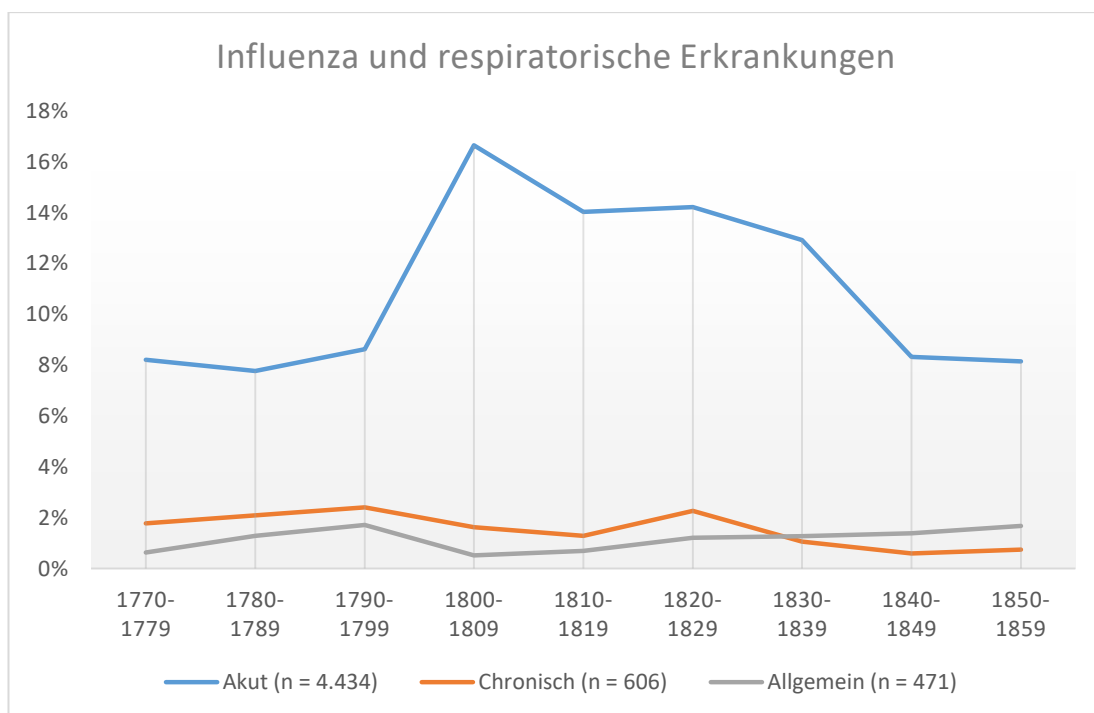


Abb. 187: Influenza und respiratorische Erkrankungen – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Die prozentualen Anteile der chronischen Atemwegserkrankungen sinken nach einem Anstieg im ausgehenden 18. Jahrhundert vorübergehend ab. Zum Ende des Untersuchungszeitraums fallen die Werte ebenso wie die der akuten Atemwegserkrankungen.

Die leichte Zunahme der allgemeinen Atemwegserkrankungen nach den 1830er Jahren gleicht die Rückgänge der anderen jedoch nicht ansatzweise aus. Festzuhalten bleibt, dass zum Ende des untersuchten Zeitraums wieder weniger Menschen in Schaumburg aufgrund einer akuten oder chronischen Atemwegserkrankung sterben. Ebenso wie für die Ruhr kommen als Ursache klimatische Veränderungen in Betracht.

Tuberkulose

Der Begriff Tuberkulose wurde erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gebräuchlich. Bis dahin war die Erkrankung als Schwindsucht²⁸³⁶ bekannt. In die Gruppe **Tuberkulose** wurden neben *Tuberkulose* Todesursachen, die den Begriff *Schwindsucht* im Namen tragen aufgenommen. Wegen des symptomatisch nicht selten blutigen Auswurfs wurden weiterhin Todesursachen wie *Blutsturz* o. ä. einbezogen.²⁸³⁷

Die Entwicklung der Tuberkulosesterblichkeit 1770–1859 ist durch einen kontinuierlichen Anstieg charakterisiert (**Abb. 188**). Der Vergleich der schauburgischen Regionen ergibt neben einigen Übereinstimmungen auffallende Unterschiede. Sowohl in den Städten als auch der Region Weser Süd fallen die prozentualen Anteile nach 1770 vorübergehend, steigen aber im 2. bzw. 3. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts steil an. Sprünge lassen sich im Allgemeinen auf eine jeweils relativ geringe Datenbasis zurückführen. Die Datenbasis für die Tuberkulose ist jedoch recht solide, so dass sich mit ihr die Entwicklung der Tuberkulosesterblichkeit nicht erklären lässt. Da sich die Region Weser Nord aus drei Kirchspielen zusammensetzt und die Entwicklung über einen langen Zeitraum beobachtet wurde, kommen mögliche individuelle Vorlieben kirchenbuchführender Personen für die Todesursache *Schwindsucht* ebenfalls nicht in Betracht. Dennoch lässt sich über den Grund für die sehr hohen prozentualen Anteile zwischen 1780 und 1809 und die vergleichsweise niedrigen ab 1830 nur spekulieren.

²⁸³⁶ Die wenigen Belege für die als *Steinhauerschwindsucht* bezeichnete Silikose wurden der Gruppe „Diverse“ zugeordnet.

²⁸³⁷ Eine Rippenfellentzündung kann sowohl Folge einer Tuberkulose als auch einer Atemwegserkrankung sein. Die Belege für die Todesursache *Rippenfellentzündung* wurden in die Gruppe „Atemwegserkrankung: allgemein“ aufgenommen.

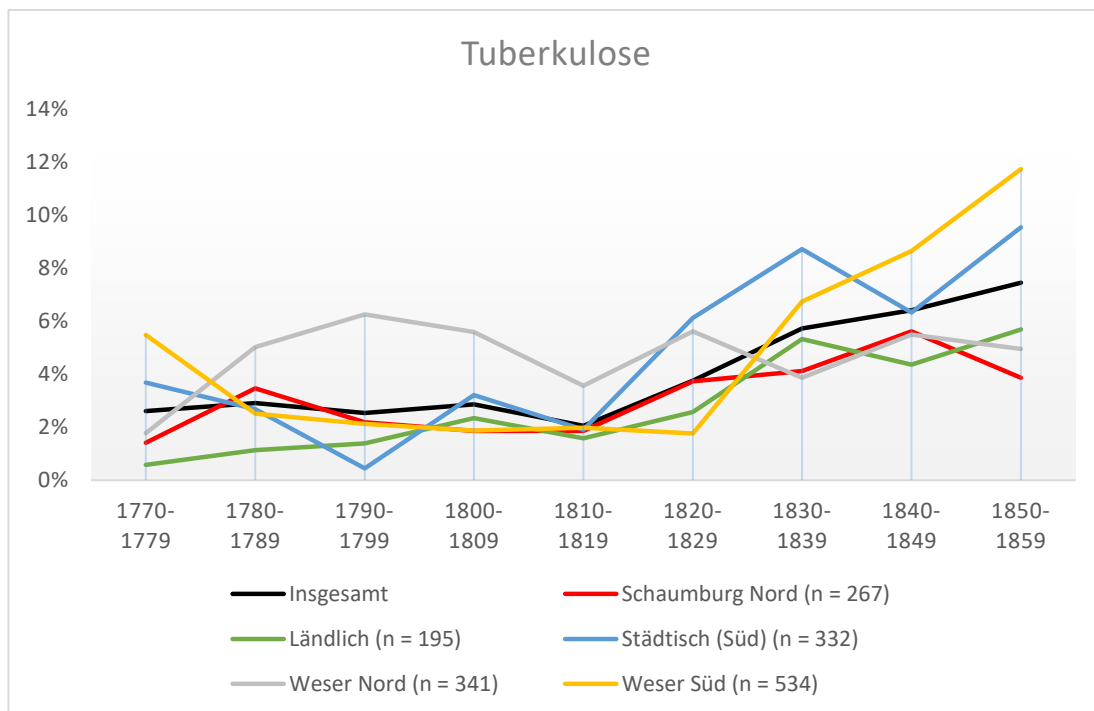


Abb. 188: Tuberkulose – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen in der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Die Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit, die sich insbesondere unter Mitgliedern einer Familie oder eines Haushalts verbreitet. In der Grafschaft Schaumburg wurde im Laufe des 19. Jahrhunderts der Wohnraum knapp, weil infolge des Bevölkerungswachstums insbesondere die Zahl der Einlieger stieg. Eine Vergrößerung der Zahl an Personen, die sich eine Wohneinheit teilten, führt zu einer Intensivierung der sozialen Kontakte. Infektionen mit Tuberkelbazillen wirken zudem sehr unterschiedlich. Bei vielen Erkrankten bricht die Krankheit nicht aus, weitere überleben sie über einen langen Zeitraum. Im südlichen Weserraum sowie in der Stadt Rinteln, wo seit den 1820er Jahren die jeweiligen Anteile der Tuberkulose innerhalb des Todesursachenspektrums am höchsten waren, könnten überdurchschnittlich viele infizierte Menschen gelebt haben. Ohnehin könnte sich die Zahl an potentiellen Infektionsquellen im 19. Jahrhundert erhöht haben, was dann zusammen mit einer Verschlechterung der Wohnverhältnisse die Tuberkulosesterblichkeit in die Höhe trieb.

Ein weiterer Faktor, der auch in der Gegenwart die Ausbreitung der Tuberkulose begünstigt, ist Armut. Für die niedersächsische Stadt Braunschweig ließ sich für die Zeit um 1870 eine deutlich erhöhte Tuberkulosesterblichkeit in Straßen nachweisen, in de-

nen das durchschnittliche Einkommen gering war.²⁸³⁸ Tuberkulose war zwar auch unter Wohlhabenden verbreitet. Doch lässt sich der Anstieg der prozentualen Anteile im südlichen Weserraum seit den 1830er Jahren mit der Verschärfung der materiellen Not erklären. Ein Teil der Bevölkerung in dieser Region galt bereits zuvor als arm, das Bevölkerungswachstum des 19. Jahrhunderts könnte zur Verknappung von Einkommensmöglichkeiten geführt haben.

Tödliche Verletzungen

Die tödlichen Unfälle, Suizide sowie Morde im Zeitraum 1770–1859 wurden zur Kategorie **Tödliche Verletzungen** zusammengefasst. Die Umstände im Zusammenhang mit den tödlichen Verletzungen sind insbesondere in Hinsicht auf die Kultur- bzw. Alltagsgeschichte sehr aussagekräftig (vgl. Kap. 3.7). Die Anzahl an Belegen in den schauburgischen Sterberegistern ist im Vergleich zu anderen Todesursachen gering. Unfälle erscheinen auch in Phasen, in denen die Todesursachen nicht angegeben wurden, die tödlichen Verletzungen dürften insofern annähernd vollständig überliefert worden sein. Die Anteile an der Gesamtsterblichkeit (siehe oben **Tab. 43**) liegen im Zehn-Jahres-Schnitt stets unter 2 %. Der vorübergehende Anstieg im Laufe des 19. Jahrhunderts ist zum einen auf eine leichte Erhöhung der Suizidrate zurückzuführen. Daneben könnte eine zunehmende Arbeitsbelastung in der Landwirtschaft zu mehr tödlichen Unfällen geführt haben.

Krankheiten des Alters

Die meisten Sterbefälle *altershalber* wurden unter den Todesursachen *Altersschwäche* und *Entkräftung* registriert. Die genaue Ursache des Todes war vermutlich nicht bekannt oder in Anbetracht des fortgeschrittenen Lebensalters für das soziale Umfeld bedeutungslos. Zusammengefasst wurden sie als **Altersschwäche**. Die Todesursache *Schwäche* wurde unter anderem bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mittleren Alters verzeichnet. Gelegentlich enthalten die Eintragungen Ergänzungen, wonach die verstorbene Person von Geburt an *gebrechlich* o. ä. war. Zumeist erscheint *Schwäche* jedoch bei sehr jungen und sehr alten Verstorbenen. Die Verstorbenen jün-

²⁸³⁸ Vgl. SCHILDT (2001), S. 200.

geren Alters wurden daher der Kategorie „Kinderschwäche“ (siehe oben), die Verstorbenen ab dem 61. Lebensjahr der Kategorie „Altersschwäche“ zugeordnet. Die Personen mittleren Alters wurden unter „Diverses“ gezählt.

Altersschwäche und *Entkräftung* sind in den ersten Jahrzehnten in den schauburgischen Kirchenbüchern äußerst selten (**Abb. 189**). In dieser Phase ist die Überlieferung der Todesursachen noch recht lückenhaft, auf die untersuchten Kirchspiele bezogen fehlen sie bei jedem dritten Sterbefall. Danach fällt ihr prozentualer Anteil, während der Anteil an Verstorbenen aufgrund von „Altersschwäche“ steigt. Als am Ende des Untersuchungszeitraums erneut mehr Verstorbene ohne Angabe der Todesursachen eingetragen wurden, sinkt der prozentuale Anteil der Gruppe „Altersschwäche“. Bisweilen wurde auf eine Registrierung der Todesursachen offenbar verzichtet, weil die verstorbene Person betagt war und ohne ersichtlichen Grund verstorben ist. In den 1820er und 1830er Jahren liegen die Werte von „Altersschwäche“ bei rund 10 %, recht deutlich über „Keine Angabe“. Somit kann davon ausgegangen werden, dass jeder zehnte Sterbefall auf altersbedingte Beeinträchtigungen zurückgeführt wurde, weil eine spezifische Todesursache nicht ersichtlich war.

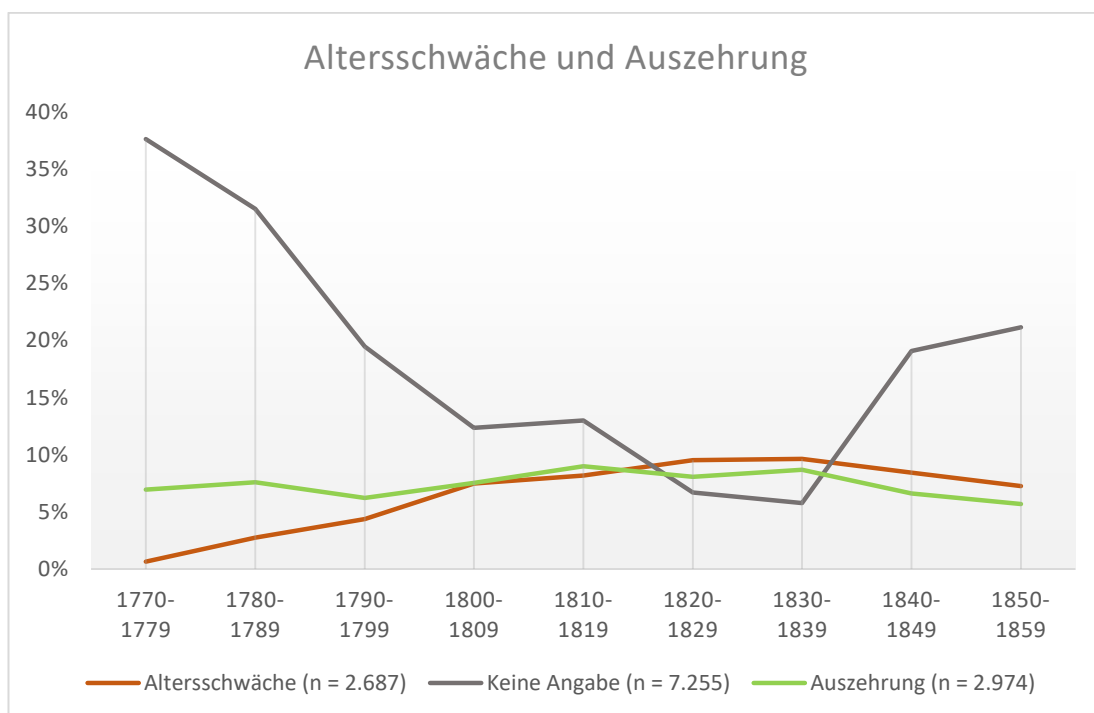


Abb. 189: Altersschwäche und Auszehrung – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Die prozentualen Anteile von **Auszehrung** bewegen sich in etwa auf dem Niveau von „Altersschwäche“. Allerdings wurden bereits in den ersten beiden Jahrzehnten des Untersuchungszeitraums die Durchschnittswerte erreicht. Deshalb war *Auszehrung* keine Verlegenheitsdiagnose, die eingetragen wurde, um der Vorgabe des Konsistoriums nach Registrierung einer Todesursache zu entsprechen. Die Analyse der Todesursachen hatte zudem Anhaltspunkte dafür ergeben, dass *Auszehrung* in der Grafschaft Schaumburg nicht synonym für *Schwindsucht* bzw. Tuberkulose stand (vgl. Kap. 3.8). Ein Vergleich der prozentualen Anteile von „Auszehrung“ und „Tuberkulose“ ergibt zum Ende des Untersuchungszeitraums zwar gegenläufige Tendenzen. Die Anzahl der Belege für *Auszehrung* verringert sich und liegt schließlich unter denen der Gruppe „Tuberkulose“. Doch spricht die vorangegangene Entwicklung dagegen, dass Auszehrung nur ein anderer Begriff für Tuberkulose ist.

Eine annähernde Bestimmung der Ursachen für das als Auszehrung bezeichnete Symptom ist nicht möglich. Sicherlich sind unter den betreffenden Verstorbenen auch Tuberkulosekranke, doch das Symptom Auszehrung kann unter anderem Folge des Diabetes mellitus I oder einer der zahlreichen Krebserkrankungen sein. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden die Diagnosen dann exakter und es finden sich vermehrt konkrete Hinweise u. a. auf betroffene Organe. Doch während auf der einen Seite insbesondere tödliche Herzerkrankungen recht genau diagnostiziert wurden, blieben auf der anderen Seite die herkömmlichen Todesursachen wie *Wassersucht* oder *Schlagfluss* erhalten. Die Analyse hatte ergeben, dass eine Trennung zwischen Herz- und Hirninfarkten auf der Grundlage der Sterberegister nicht möglich ist. Die entsprechenden Todesursachen wurden daher zusammen mit der Gruppe der Herzleiden aus den Sterberegistern zur Kategorie **Kardiovaskulär** zusammengefasst. Für Todesursachen, die auf eine Erkrankung weiterer innerer Organe wie Leber oder Magen sowie Krebserkrankungen verweisen, wurde die Kategorie **Internistisch: Sonstige** gebildet.

Die prozentualen Anteile von „Internistisch: Sonstige“ an der Mortalität veränderten sich während des Untersuchungszeitraums nur unwesentlich (**Abb. 190**). Bei den Todesursachen mit kardiovaskulärem Bezug ist eine Entwicklung zu erkennen. Auffallend ist, dass die prozentualen Anteile gerade in den Phasen mit lückenhafter Überlieferung der Todesursachen, also am Anfang und am Ende des Untersuchungszeitraums,

am geringsten sind. Hingegen ist der Anteil dieser Gruppe erhöht, wenn die Todesursachen im Allgemeinen dicht überliefert sind. Häufig finden sich dann Belege für die eher unspezifische Todesursache *Schlagfluss*. Denkbar ist, dass *Schlagfluss*, vielleicht auch *Wassersucht*, bevorzugt als Platzhalter eingetragen wurde, wenn wenig Konkretes zum Sterbefall vorlag. Woran die Menschen mit den entsprechenden Todesursachen letztlich verstorben sind, lässt sich nicht klären.

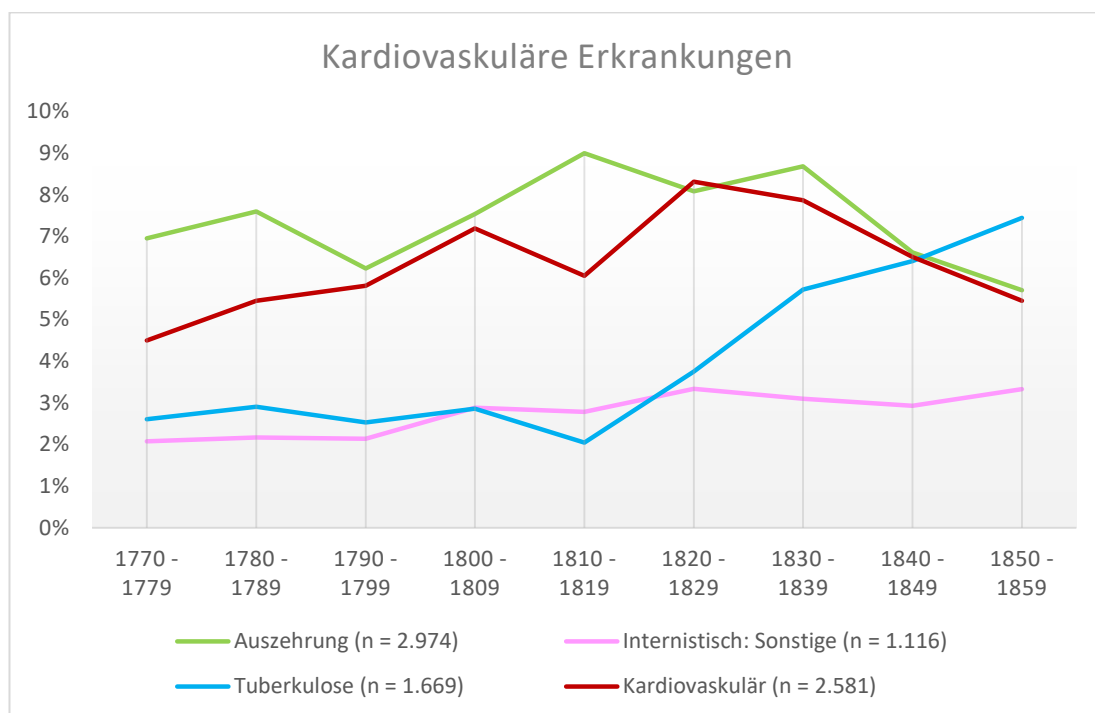


Abb. 190: Kardiovaskuläre und weitere Erkrankungen – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent

Bewertung

Die Untersuchung im Zehn-Jahres-Schnitt hat für einige Todesursachen sehr große prozentuale Schwankungen innerhalb des Gesamtspektrums ergeben. Erweitert man die Zeiträume auf jeweils 30 Jahre und vergleicht die Anteile der einbezogenen schauburgischen Kirchspiele, fallen einige Veränderungen auf (**Tab. 44**): Die Pockensterblichkeit sank signifikant. Im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts ging noch nahezu jeder 10. Todesfall auf eine Infektion durch das Variolavirus zurück. Bereits im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts war jeder 50. Todesfall. Zunächst scheint es, als hätten Krankheiten wie Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie die Pocken, die nicht mehr von Belang waren, abgelöst. Trotzdem hielten die weiteren infektiösen Krankheiten der Kindheit ihr vorübergehend hohes Niveau nicht. Denkbar ist, dass die

Zunahme an Todesursachen aus der Gruppe der Kinderkrämpfe dazu beitrug, denn deren Anteil hat sich innerhalb weniger Jahrzehnte verdoppelt.

Tabelle 44

Todesursachen – prozentuale Veränderungen im Vergleich dreier Zeiträume (Gft. SHG; 1770–1859)

	1770 - 1799	1800 - 1829	1830 - 1859
Altersschwäche	2,7	8,4	8,5
Atemweg: akut	8,2	15,0	9,9
Atemweg: chronisch	2,1	1,7	0,8
Atemweg: allgemein	1,2	0,8	1,4
Auszehrung	6,9	8,2	7,1
Diarrhöe	0,2	0,2	0,3
Diverse	0,4	0,6	0,6
Fieber: sonstige	1,9	1,1	1,6
Fleckfieber / Typhus	2,0	2,4	3,2
Internistisch: Sonstige	2,1	3,0	3,1
Kardiovaskulär	5,3	7,2	6,7
Keuchhusten	0,6	2,4	1,5
Kindbett	0,8	1,0	0,8
Kinderkrämpfe	7,9	15,7	16,7
Kinderschwäche	0,6	0,5	0,7
Krampfe: sonstige	0,2	0,6	1,1
Masern	0,4	1,5	0,4
Neurologisch	0,4	0,5	1,9
Pocken	9,4	2,2	0,3
Ruhr	7,1	2,4	0,5
Scharlach / Diphtherie	1,1	3,6	2,7
Tödliche Verletzungen	1,3	1,7	1,6
totgeboren	5,0	5,2	6,6
Tuberkulose	2,7	2,9	6,5
Wundbrand	0,4	0,5	0,6
Keine	29,0	10,7	15,1
	100,0	100,0	100,0

Der Vergleich der infektiösen Krankheiten der Kindheit im Zehn-Jahres-Schnitt hatte einen Rückgang der Anteile bereits seit den 1820er Jahren ergeben. In dieser Phase stiegen Todesfälle aufgrund von Kinderkrämpfen an. Die Annahme eines Zusammenhangs liegt nahe. Viele Kinder starben bereits innerhalb der ersten beiden Lebensjahre an Keuchhusten oder Masern (vgl. Kap. 3.4.2 bzw. 3.4.3). Die Zahl potentieller To-

desfälle verringerte sich, wenn ein großer Teil der Säuglinge aufgrund von Kinderkrämpfen verstorben ist. Die generelle Zunahme der Säuglingssterblichkeit im 19. Jahrhundert wird auf die erhöhte Arbeitsbelastung der Mütter zurückgeführt. Infolge des Zeitmangels wurden die Kinder vermehrt mit ungeeigneten Lebensmitteln gefüttert. Denkbar ist darüber hinaus, dass sich im 19. Jahrhundert die noch weitgehend unbekannte Poliomyelitis stärker verbreitete. Bis zur Einführung der Schutzimpfung hatten die Pocken einen erheblichen Anteil an der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Im 19. Jahrhundert traten andere Todesursachen an ihre Stelle. So weist Imhof, der nach einer Sterblichkeitsanalyse der Kirchengemeinde Dorotheenstadt Berlin von einer „grundlegende[n] Verschiebung im Todesursachen-Spektrum“ ausgeht, darauf hin: „Der leere Platz blieb jedoch nicht etwa verwaist, sondern die restlichen Krankheiten arrangierten sich neu, wie dies bisher in ähnlichen Fällen noch immer geschehen war. Damals traten vor allem Magen-Darm-Erkrankungen (...) sowie Krankheiten der Atemorgane (...) an die Stelle.“²⁸³⁹

Die Gruppe der akuten Atemwegserkrankungen fällt in der Grafschaft Schaumburg im Zehn-Jahres-Schnitt tatsächlich durch einen erheblichen Anstieg der Todesfälle im beginnenden 19. Jahrhundert auf. Ihr Anteil unter den Todesursachen übersteigt im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts mit 15 % selbst den der Kinderkrämpfe. Gegen die Annahme Imhofs spricht, dass der Anteil der Kinder unter den Todesursachen mit Bezug zu einer akuten Atemwegserkrankung gering ist. Weiterhin fällt die Zunahme an akuten Atemwegserkrankungen zeitlich mit einer klimatischen Veränderung hin zu kalten Wetterlagen, die sowohl Influenza als auch den Grippalen Infekt begünstigen, zusammen. Ihren Sterblichkeitsgipfel hatten sie bereits erreicht, als die Pocken in der Grafschaft Schaumburg noch präsent waren. Trotzdem sank wenig später die Zahl an akuten Atemwegserkrankungen, obwohl die Pocken nun weitgehend aus den Sterberegistern verschwunden waren. Zum Ende des untersuchten Zeitraums entsprach der prozentuale Anteil der akuten Atemwegserkrankungen ungefähr wieder dem im ausgehenden 18. Jahrhundert.

Die andere Gruppe, die nach Imhof an die Stelle der Pocken gerückt ist, umfasst Magen-Darm-Erkrankungen. In der Grafschaft Schaumburg war die Ruhr die einzige

²⁸³⁹ IMHOF (1988), S. 27.

gastrointestinale Krankheit, die quantitativ stark vertreten war. Doch ebenso wie die Pocken fällt sie zu Beginn des 19. Jahrhunderts nicht mehr sonderlich ins Gewicht, hat also nicht deren Platz eingenommen. Neben den Hochbetagten zählen vorzugsweise Säuglinge und Kinder zu den Opfern dieser Krankheit. Damit war die Ruhr ebenso wie die Pocken bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts eine Hauptursache für hohe Verluste unter dem jüngsten Teil der Bevölkerung. Rund 50 Jahre später waren beide Krankheiten nahezu vollständig aus dem Todesursachenspektrum verschwunden.

In historisch-demographischen Untersuchungen wird die Säuglingssterblichkeit insbesondere auf Darmerkrankungen als Folge verunreinigten Trinkwassers oder saurer Milch in der heißen Jahreszeit zurückgeführt („Sommer-Diarrhöen“). Damit wurden zugleich die Krämpfe erklärt, unter denen die Kinder litten. Während die Pocken aus den schauburgischen Sterberegistern verschwunden sind, hatte sich der prozentuale Anteil der Kinderkrämpfe erhöht. Theoretisch könnte ein kausaler Zusammenhang bestehen. Allerdings stieg der quantitative Anteil der Todesursachen aus der Gruppe der Kinderkrämpfe bereits im ausgehenden 18. Jahrhundert deutlich an. Darüber hinaus hat die Ermittlung der altersspezifischen Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg ergeben, dass nur der Anteil der Kinder, die im 1. Lebensjahr verstorben sind, gestiegen ist (vgl. Kap. 2.3.2). Die Sterblichkeit von Kindern im 2.–6. Lebensjahr, die im 18. Jahrhundert noch erhöht war, sank im 19. Jahrhundert. Lediglich ein Fünftel der Pockentoten war jünger als ein Jahr. Sicherlich wäre ohne Impfung ein Teil der Kinder, die im 19. Jahrhundert aufgrund von Kinderkrämpfen starb, den Pocken zum Opfer gefallen. Der extreme Anstieg der Kinderkrämpfe in der Grafschaft Schaumburg lässt sich jedoch ebensowenig aus dem Wegfall der Pocken herleiten wie die vorübergehende Zunahme an akuten Atemwegserkrankungen.

Pocken und Ruhr haben erheblich zur Sterblichkeitsentwicklung beigetragen. Die schnellen Erfolge, die im 19. Jahrhundert bei der aktiven Bekämpfung erzielt werden konnten, blieben indes zunächst eine Ausnahme. Denn abgesehen von dem nach wie vor beschränkten medizinischen Grundlagenwissen hatten sich die allgemeinen Lebensbedingungen nicht verbessert. Der Zuwachs der prozentualen Anteile einiger Todesursachen in der Grafschaft Schaumburg bestätigt vielmehr die Berichte über eine zunehmende räumliche Enge in vielen Dörfern. So wird beispielsweise in der Verschlechterung der Wohnbedingungen die Hauptursache für die starke Ausbreitung der

Tuberkulose gesehen. In der Grafschaft Schaumburg haben sich die Todesursachen, die dieser Krankheit zugeordnet werden konnten, im mittleren Drittel des 19. Jahrhunderts verdoppelt. Auch Fleckfieber und Typhus treten bevorzugt dort in Erscheinung, wo viele Menschen auf engem Raum zusammenleben. Wenngleich sich die beiden Infektionskrankheiten über einen längeren Zeitraum betrachtet weniger folgenschwer auf die Mortalität auswirkten, indiziert ihre Zunahme im Todesursachenspektrum ebenfalls Veränderungen der Lebensbedingungen. Das Bedrohungspotential von Fleckfieber, weniger des Typhus, war in Kriegsphasen stets hoch, da die marschierenden Heere die Zivilbevölkerung infizierten. Nach der napoleonischen Ära fiel dieser Faktor in der Grafschaft Schaumburg jedoch weg. Allerdings haben auch wirtschaftliche Krisenzeiten zu einer vorübergehenden Ausbreitung beigetragen. Der starke Anstieg des Fleckfiebers in den 1770er Jahren ist eine Folge der Zunahme an bettelnden Menschen, die ihre Herkunftsregionen verließen und auf der Suche nach Nahrung weite Wege zurücklegten. Im 19. Jahrhundert lebten nicht nur mehr Menschen auf engem Raum zusammen, auch die Arbeitsmobilität erhöhte sich. Viele Menschen aus der Grafschaft Schaumburg sowie der benachbarten Staaten verdingten sich als Saisonarbeitskräfte in Küstenregionen.

Wenngleich keine Todesursache im Untersuchungszeitraum vollständig weggefallen ist, hat sich das Spektrum in der Grafschaft Schaumburg im Übergang zur Neuzeit verändert. Zunächst scheinen vornehmlich offene Sterblichkeitskrisen, die auch als Krisen alten Typs („*crise de l'ancien type*“) bezeichnet werden, aufzutreten. Ihr Merkmal ist eine massive Zunahme der Todesfälle infolge von Infektionskrankheiten innerhalb eines kurzen Zeitraums. Demgegenüber steht die verdeckte Krise („*crise larvée*“), die sich über die einfache Ermittlung der Sterbefälle nicht identifizieren lässt. Sie liegt vor, wenn ein Rückgang der Konzeptionen und der Eheschließungen vorliegt oder es zu einer Zunahme an Auswanderungen kommt. Einschränkend bleibt festzuhalten, dass diese Modelle „primär idealtypischen Wert“ haben.²⁸⁴⁰ In der Praxis überlagern sich die Krisentypen tendenziell, was eine Abgrenzung erschwert. Vordergründig scheint die Entwicklung in Schaumburg im 17. und 18. Jahrhundert durch offene Sterblichkeitskrisen geprägt zu sein, was als eindeutiges Unterscheidungskriterium zum 19. Jahrhundert gelten könnte. Um aber eine sichere Bewertung vornehmen zu

²⁸⁴⁰ Vgl. PFISTER (2007), S. 98.

können, bedarf es stets der Einbeziehung weiterer Faktoren. Dies gilt insbesondere für die Übergangsphase zur Neuzeit. Imhof (1975) vermittelt einen Eindruck von der Vielfalt der in Frage kommenden Faktoren:

„Zwar ist der Mechanismus, der zum Rückgang der Mortalität führte, noch nicht völlig geklärt; insbesondere möchte man wissen, welche Altersgruppe wo und unter welchen veränderten Umständen die demographische Transition einleitete. Doch dürften u. a. bessere Kommunikationssysteme, Erweiterung der Marktbereiche, effektivere administrative Maßnahmen (rigorose Quarantänen), steigende Angebote für Nebenerwerb in der Heimindustrie, die Ausbreitung der Industrialisierung, ein zunehmendes Interesse am Säugling bzw. Kind (erste Pädiater), neue Nahrungs- und Futtermittel bzw. bessere Ernährung, das allmähliche Ansteigen der Hygienestandards, der Ärzte- und Krankenhausedichte, der medikamentösen Betreuung und Versorgung (Pockenimpfung), das Begreifen von Krankheiten als Funktionsminderung bzw. –ausfall von Organen und nicht länger als gottgesandte Strafe bzw. Vorbereitung auf den Tod, die allgemeine Alphabetisierung usw. mit dazu beigetragen haben.“ (S. 60 f.)

Monokausale Erklärungen und Verallgemeinerungen werden dem komplexen Sterblichkeitsgeschehen und dessen Folgen nicht gerecht. Neben Parallelen gab es stets Abweichungen, die auf strukturell bedingte sozioökonomische Faktoren oder einfach nur der räumlichen Nähe zu einem temporären Krisengebiet wie beispielsweise dem revolutionären Frankreich der 1790er Jahre gründeten. So trifft die Einschätzung McKeown's,²⁸⁴¹ der von einer effektiven Verdrängung der Pocken erst nach der Durchsetzung der Impfpflicht in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ausgeht, auf Schaumburg nicht zu. Die Pocken waren schon kurz nach der Jahrhundertwende aufgrund der konsequenten Durchimpfung der Bevölkerung nahezu bedeutungslos. Doch ist es an dieser Stelle erforderlich, zu differenzieren. Bezogen auf den gesamten deutschsprachigen Raum waren die Pocken weiterhin präsent. In den frühen 1870er Jahren starben noch einmal Tausende von Ungeimpften. Erst die Verabschiedung des Reichsimpfgesetzes von 1875 bildete einen Wendepunkt. Dagegen lässt sich McKeown's Einschät-

²⁸⁴¹ Hierzu vgl. die Ausführungen in der Einleitung (Kap. 1.1).

zung, dass die Pockenschutzimpfung keinen maßgeblichen Anteil am Bevölkerungswachstum hatte, für Schaumburg nicht widerlegen. Zwar war Schaumburg keine Region, die an der Industrialisierung partizipierte, was in gesundheitlicher Hinsicht nicht von Nachteil war. Cholera- sowie Abdominaltyphusinfektionen durch kontaminiertes Trinkwasser waren in erster Linie in den Großstädten und industriellen Ballungsgebieten ein Problem.²⁸⁴² Die Tuberkulosesterblichkeit in Schaumburg erreichte nicht das Ausmaß großstädtischer Quartiere. Doch insbesondere die infektiösen Krankheiten der Kindheit blieben in Schaumburg weiterhin so präsent, dass der quantitative Erfolg aus dem Rückgang der Pocken eher marginal gewesen sein dürfte.

McKeown führt das Bevölkerungswachstum wesentlich auf eine Erhöhung der Immunabwehr infolge einer verbesserten Ernährungslage zurück. Den Effekt auf das Infektionsgeschehen sieht er erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, also außerhalb des Untersuchungszeitraums. Im Zusammenhang mit Ernährung konnte wenigstens festgestellt werden, dass Getreidepreissteigerungen in der Grafschaft Schaumburg nicht mit der Mortalitätsentwicklung korrelierten. Infektionskrankheiten, die in zeitlicher Nähe zu den Hochpreisphasen grassierten, lassen sich nicht als Folge einer ernährungsbedingten Schwächung der körperlichen Abwehrkräfte deuten. Epidemien, nicht selten weitaus verheerendere, brachen auch in Phasen aus, in denen die Preise unauffällig waren.

Eine Gegenposition zu McKeown vertritt Lee, der davon ausgeht, dass bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert Fortschritte auf dem Gebiet des Medizinalwesens zu einer Hebung des Gesundheitszustands der deutschen Bevölkerung geführt haben. Die Landgrafschaft Hessen-Kassel war nachweislich schon vor vielen anderen deutschen Territorien auf diesem Gebiet tätig geworden. Die Grafschaft Schaumburg war voll in den Medikalierungsprozess eingebunden. Über den Erfolg der Behandlung durch das Personal des 1836 eröffneten Krankenhauses in Rinteln ist zwar nichts bekannt,²⁸⁴³ doch hat die vorliegende Untersuchung ergeben, dass der hessische Staat beispielsweise das Hebammenwesen aktiv förderte und sich um die Abstellung entsprechender

²⁸⁴² Vgl. DREES (1988), S. 91-95; VÖGELE (1998), S. 59 f.

²⁸⁴³ LEE (1980), S. 253 f., stützt seine These auf eine geringe Todesrate in deutschen Krankenhäusern sowohl im ausgehenden 18. Jahrhundert als auch in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Durchschnittlich 60 % der Behandelten sollen 1853/54 zudem das Münchener Krankenhaus „in a good state of health“ verlassen haben.

Mängel in der Grafschaft Schaumburg bemühte (vgl. Kap. 3.3).²⁸⁴⁴ Einer Ausbreitung der Cholera in Schaumburg begegnete man zügig durch die Anordnung entsprechender Maßnahmen, unter anderem wurde die Isolation der Erkrankten verfügt (vgl. Kap. 3.5.5). Die erfolgreiche Bekämpfung von Pocken und Ruhr basiert weitgehend auf staatlicher Initiative.

Der Einfluss des Gesundheitsapparats auf die Entwicklung der Sterberaten lässt sich nicht beziffern, doch sollte man ihm einen Anteil am epidemiologischen Übergang nicht absprechen. Weitaus wichtiger aber war die langfristige Wirkung, die die Medikalisation entfaltete. Denn die im Rahmen dieses Prozesses geschaffenen Strukturen wurden zur Grundlage des modernen Gesundheitssystems. Mittellose bekamen die Möglichkeit, Ärzte zu konsultieren und erhielten Berechtigungsscheine zum kostenlosen Bezug von Arzneien. Trotz zunächst geringer therapeutischer Erfolge wuchs das Vertrauen der bäuerlichen Bevölkerung, was zur Abkehr von Selbstmedikation und Laienheilern führte. Krankheiten wurden nicht mehr als unabwendbares Schicksal oder göttliche Strafe hingenommen, sondern als eine potentiell heilbare organische Beeinträchtigung erkannt. Die Medikalisation hat essentiell zu einem mentalen Wandel in der Bevölkerung beigetragen und damit die Einsicht in den Nutzen von Hygiene und Säuglingsversorgung nach modernen Prinzipien gefördert. Eine messbare Wirkung hat der Medikalisationsprozess allerdings erst am Ende des 19. Jahrhunderts entfaltet.

Die Analyse der Todesursachen hat ergeben, dass der weitgehende Wegfall oder die Zunahme einzelner Krankheiten allein nicht ausschlaggebend für die Bevölkerungsentwicklung in der Grafschaft Schaumburg gewesen sein kann. Daraus ist jedoch nicht zu schließen, dass sich Sterblichkeit in ihrer Gesamtheit statisch verhielt. Vielmehr sind teilweise dynamische Veränderungen zu beobachten, die sich nicht zwingend in Form prägnanter Mortalitätsgipfel abbilden lassen. Als Folge gesamtgesellschaftlicher Prozesse sollten diese Veränderungen bei der Beurteilung vitaler Verläufe stets mitbedacht werden. Krankheit und Tod, möglicherweise in außergewöhnlicher geschlechts- oder altersspezifischer Ausprägung, können Heiratsverhalten und Geburtenraten im

²⁸⁴⁴ Auch die Verbesserungen der Hebammenausbildung führt Lee unter den medizinischen Fortschritten auf; vgl. LEE (1980), S. 254 f.

Zweifel signifikant beeinflusst haben. Um Aussagen zu den Ursachen des Bevölkerungswachstums treffen zu können, bedarf es einer eingehenden Untersuchung unter Berücksichtigung vieler Faktoren. Festgestellt werden kann, dass auch in der Grafschaft Schaumburg an der Wende zum 19. Jahrhundert eine signifikante Änderung der Sterblichkeit im Sinne eines epidemiologischen Übergangs einsetzte.

5. FAZIT

5.1 Beantwortung der Leitfragen

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit standen die in den schauburgischen Sterberegistern verzeichneten Todesursachen. Leitgedanke war, erweiterte Möglichkeiten ihrer Auswertung zu erschließen. Die Basis bildeten rund 80.000 Datensätze, die nach historisch-demographischen Methoden analysiert wurden. Ergänzend wurden Untersuchungen über mitteleuropäische dörfliche und städtische Kirchengemeinden sowie größere Regionen herangezogen. Da die Todesursachen nosologisch – nach Symptomen – erhoben wurden, weichen sie in ihrer Benennung häufig vom modernen ätiologischen System, das nach Ursachen klassifiziert, ab. Um diesem grundsätzlichen Problem zu begegnen, wurde unter Heranziehung zeitgenössischer und moderner medizinischer Fachliteratur ein interdisziplinärer Ansatz gewählt. Ziel war, das Todesursachenspektrum der Sterberegister so weit aufzuschlüsseln, bis ein großer Teil der tödlichen Krankheiten entweder vollständig oder mit hoher Wahrscheinlichkeit identifiziert war. Abschließend wurde überprüft, welche Faktoren zu Veränderungen im Todesursachenspektrum – und damit zum epidemiologischen Übergang – beigetragen haben könnten.

Die Ergebnisse aus der umfassenden Analyse der Todesursachen und damit der Sterblichkeitsentwicklung in der Grafschaft Schaumburg bilden die Grundlage, auf denen den Ursachen für den epidemiologischen Übergang nachgegangen werden kann. In einem weiteren Schritt wäre die Entwicklung von Nuptialität und Natalität zu rekonstruieren und mit den Eckdaten, die sich aus den Veränderungen im Todesursachenspektrum ergeben haben, zu vergleichen. Eine vollständige Einbeziehung der gesamten Grafschaft Schaumburg wäre nicht zwingend erforderlich. Dies könnte unter Beachtung struktureller Besonderheiten am Beispiel kleinerer Untersuchungseinheiten erfolgen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse, die im Zusammenhang mit den Leitfragen erarbeitet worden sind, vorgestellt:

- *Wie lässt sich die Aussagekraft der in den schauenburgischen Sterberegistern verzeichneten Todesursachen erhöhen?*

Die Aussagekraft der Todesursachen lässt sich erhöhen, indem im Rahmen von Vergleichen Unterschiede oder Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden. Voraussetzung ist eine eingehende quantitative Analyse der Datensätze. Unter Rückgriff auf zeitgenössische und moderne Fachliteratur sind die Ergebnisse auf ihren medizinischen Gehalt hin zu überprüfen. Weiterhin ist historische Fachliteratur einzubeziehen, um das gesellschaftliche Umfeld der Verstorbenen zu rekonstruieren und dadurch Faktoren zu ermitteln, die sich sterblichkeitsfördernd auswirkten. Weitere Quellen wie Behördenakten oder handschriftliche Notizen der Pastoren in den Kirchenbüchern können wertvolle Informationen zu regionalen Besonderheiten liefern.

- *Welche Todesursachen lassen sich einer Krankheit im modernen Sinne zuordnen?*

Von den infektiösen Krankheiten der Kindheit wurden Pocken, Masern und Keuchhusten (*Stickhusten*) mit hoher Wahrscheinlichkeit vom sozialen Umfeld der Verstorbenen zutreffend erkannt. Die Todesursache *Croup* ist mit der Diphtherie identisch. Allerdings ist nicht sicher, ob die Diphtherie vom Scharlach, der vermutlich zu selten registriert wurde, stets klar abgegrenzt wurde. Beide Krankheiten stehen im Zusammenhang mit *Frieseln*. Diese Todesursache wurde nur vereinzelt bei verstorbenen Erwachsenen registriert und zählt in der Grafschaft Schaumburg eindeutig zu den infektiösen Krankheiten der Kindheit. Insofern ist davon auszugehen, dass man eine gewisse Vorstellung mit *Frieseln* verband. Eine klare diagnostische Trennung kann nach dem damaligen Kenntnisstand jedoch auch in der Grafschaft Schaumburg nicht vorgenommen worden sein. Mehrere Krankheiten kommen für die Todesursache *Frieseln* in Betracht. Insbesondere in Phasen, in denen mehrere Infektionskrankheiten parallel oder in rascher zeitlicher Abfolge grassierten, könnten einige der verstorbenen Kinder an Krankheiten gelitten haben, die mit hohem Fieber und der Ausbildung einer Miliaria („Hitzepickel“) infolge übermäßigen Schwitzens einhergehen können. Für den weitaus größten Teil der Kinder, die mit der Todesursache *Frieseln* registriert wurden, ist anzunehmen, dass sie an Diphtherie oder Scharlach verstorben sind.

Die Shigellenruhr wurde sicher diagnostiziert. Man war mit dieser Krankheit aufgrund ihrer Häufigkeit und der engen saisonalen Bindung sehr gut vertraut.

Atemwegserkrankungen lassen sich nach chronischen und akuten Verläufen unterscheiden. Relativ oft registrierte Todesursachen, die auf eine chronische Erkrankung verweisen, sind *Dumpf* und *Engbrüstigkeit*. In Frage kommen Asthma und COPD. Doch weitaus mehr Menschen starben an einer akuten Atemwegserkrankung. Die häufigste Todesursache in den schauburgischen Sterberegistern ist *Brustkrankheit*. Im 19. Jahrhundert kam verstärkt *Lungenentzündung* hinzu. Obwohl jeweils nur unspezifisch ein Organ bezeichnet wurde, ist davon auszugehen, dass die Verstorbenen in der Regel an einer akuten Atemwegserkrankung infolge einer regelmäßig ausbrechenden viralen Erkrankung – zumeist Influenza oder Grippaler Infekt – litten. Dies gilt auch für einen Teil der Varianten mit „Brust“ (z. B. *Brustfieber*).

Hinter *Nervenfieber* verbirgt sich eine tödlich verlaufene Rickettsieninfektion resp. Fleckfieber. Registrierungen vereinzelter Todesfälle deuten auf die Existenz der von Flöhen übertragenen endemischen Form hin. Phasenweise überwog das von Läusen übertragene epidemische Fleckfieber. Der Zusatz *hitzig* bei Todesursachen ist ein starkes Indiz für Fleckfieber. Typhus abdominalis war vorrangig ein Problem großer Städte und trat in der Grafschaft Schaumburg kaum auf.

Todesursachen, die den Begriff „Schwindsucht“ im Namen tragen oder einen starken Blutverlust (*Blutsturz*) andeuten, sind Bezeichnungen für die Tuberkulose, die sich auch in der schauburgischen Bevölkerung zumeist durch eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion äußerte. Die Todesursache *Auszehrung* ist nicht pauschal mit der Tuberkulose gleichzusetzen, sondern beinhaltet ein größeres Spektrum an Krankheiten mit symptomatischem körperlichem Verfall.

Auch die Gruppe der als Kinderkrämpfe zusammengefassten Todesursachen setzt sich aus verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusammen. Kinder, die innerhalb der ersten Lebenswochen aufgrund von Kinderkrämpfen verstorben sind, hatten sich mit hoher Wahrscheinlichkeit an *Clostridium tetani* infiziert. Verstorben sind sie also an Tetanus neonatorum bzw. Nabelschnurtetanus. Da das durchgehende Stillen kaum gebräuchlich war, zugleich aber Kenntnisse über künstliche Säuglingsernährung

fehlten, starben viele Kinder an Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Darüber hinaus kommen für die Todesursachen aus der Gruppe der Kinderkrämpfe weitere Erkrankungen mit schmerzhafter Symptomatik in Betracht, beispielsweise Abdominalschmerzen als Folge gastrointestinaler Beeinträchtigungen oder Ohrenscherzen aufgrund einer Otitis media acuta. Auch Atemlähmungen, wie sie bei der Poliomyelitis vorkommen, können als Krämpfe gedeutet worden sein. Woran diese Kinder im Einzelfall verstorben sind, lässt sich – abgesehen vom Tetanus neonatorum – nicht bestimmen.

Für Todesursachen, die eine tödliche Verletzung beschreiben, also Unfälle, Suizide und Morde, ist eine Zuordnung problemlos möglich. Zumindest als Gruppe erfassen lässt sich die Kindbettsterblichkeit, die genauen Ursachen bleiben häufig ungeklärt. Im 19. Jahrhundert kamen viele Todesursachen hinzu, die offensichtlich auf ärztlichen Diagnosen beruhten und den Fortschritt des medizinischen Wissens widerspiegeln. Im mittleren Drittel des 19. Jahrhunderts wurde die Diagnostik zunehmend exakter.

- *Welche weiterführenden Informationen liefern die Todesursachen über das Leben in einer Agrargesellschaft im Übergang zur Neuzeit?*

Jeder Eintrag über die Geburt eines Kindes, dessen Heirat oder Tod, stellt eine vitale Äußerung dar. Eine Vielzahl an vitalen Äußerungen wiederum bildet die Lebensbedingungen innerhalb der betreffenden Gesellschaft ab. Dies gilt nicht zuletzt für die vorherrschenden Krankheiten. Die Zuordnung der Todesursachen stützt sich auf Indizien, die auf der Grundlage ganz unterschiedlicher Quellen erarbeitet worden sind. Im Rahmen der Analyse hat sich immer wieder herausgestellt, dass die Anforderungen der Existenzsicherung in einer Agrargesellschaft die Sterblichkeit maßgeblich beeinflusst haben.

Aus Zeitnot (und Gewohnheit) wurden die Säuglinge fehlernährt. Kleinkinder verunglückten, weil sie nicht beaufsichtigt wurden. Insbesondere Erkältungskrankheiten konnten nicht auskuriert werden, weil die Arbeitskraft benötigt wurde. Die extrem hohe Sterblichkeit aufgrund akuter Atemwegserkrankungen ist zugleich eine Folge der Wohnbedingungen. Die Wintermonate waren geprägt von Kälte und Feuchtigkeit und förderten Entzündungen des Lungengewebes. In den Sommermonaten begünstigten

Hitze und die allgegenwärtigen Fäkalien bakterielle Infektionen. Hygienemängel und das enge Zusammenleben erleichterten Ektoparasiten die Ausbreitung. Die offenen Feuerstellen sowie die Lichtquellen belasteten die Atemluft.

Veränderungen im Todesursachenspektrum indizieren sowohl kurzfristige Ereignisse wie Kriege als auch langfristige Entwicklungen. Ein intensiviertes Infektionsgeschehen beispielsweise kann Folge einer klimatischen Veränderung oder einer zunehmenden räumlichen Bevölkerungsmobilität sein.

- *Wie wirkten sich klimatische Veränderungen sowie Getreidepreissteigerungen auf die Entwicklung der Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg aus?*

Der Einfluss klimatischer Veränderungen auf die Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg lässt sich nachweisen. Bestimmte Wetterlagen begünstigten das Ausbrechen von Ruhr oder die Verbreitung von Viren. Jahre mit Klima-anomalien sind unauffällig.

Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Teuerungsphasen und Mortalität ließ sich nicht nachweisen. Tendenziell war die Sterblichkeit geringer als in Jahren mit Normalpreisen. Die Intensivierung des Infektionsgeschehens, beispielsweise Fleckfieber-epidemien, lassen sich auf umherziehende bettelnde Menschen zurückführen. Die Annahme, dass „hungergeschwächte“ Menschen in Hochpreisjahren massenhaft epidemischen Krankheiten zum Opfer fielen, lässt sich für die Grafschaft Schaumburg nicht bestätigen.

- *Welche Rolle spielt die Medikalisierung im Zusammenhang mit dem Wandel des Todesursachenspektrums?*

Messbar ist der Einfluss der Medikalisierung bei der zügigen Verdrängung der Pocken, die nachweislich auf die Intervention von Medizin und Staat zurückgeht. Ähnliches gilt für die Ruhr, die im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend seltener auftrat. Nicht unmittelbar messbar ist der langfristige Erfolg des Medikalisierungsprozesses. Mit der zunehmenden Zahl an niedergelassenen Ärzten, der Einrichtung von Krankenhäusern

sowie der kostenlosen Behandlung Bedürftiger gelang es, Vorbehalte in der Bevölkerung abzubauen. Als sich die präventiven und therapeutischen Möglichkeiten verbessert hatten, war neben Anspruch und Erwartung auch das Vertrauen in die ärztliche Heilkunst sowie die staatlichen Institutionen gestiegen, was letztlich der Gesundheitsfürsorge zugute kam.

5.2 Thesen

- *Die Pockenschutzimpfung erfolgte zu spät, um die Sterblichkeitsentwicklung beeinflussen zu können.*

Der Einfluss der Pockenepidemien auf die Sterblichkeit ist umstritten. Die Einführung der Vakzination fällt in eine Phase, in der die Bevölkerungszahlen anstiegen. Da viele Territorien die Impfpflicht einführten, fielen die Pocken als dominierende Kinderkrankheit rasch weg. Zu diesem Zeitpunkt grassierten jedoch schon verstärkt weitere infektiöse Krankheiten der Kindheit. Da sie in ihrer Gesamtheit eine ähnlich hohe Letalität wie die Pocken entwickelten, haben sie deren Platz vorübergehend eingenommen.

- *Nahrungsmittelknappheit nach Missernten war im mitteleuropäischen Raum im Übergang zur Neuzeit in erster Linie ein Problem der Distribution.*

Die drastischen zeitgenössischen Schilderungen über die Hungersnöte der 1840er Jahre in Irland und Schlesien haben die Vorstellungen über die Auswirkungen von Missernten in der Vergangenheit nachhaltig geprägt. Die historisch-demographische Forschung wurde darüber hinaus insbesondere durch die Beobachtung Meuvrets über die Korrelation zwischen Getreidepreisen und Sterblichkeit in Frankreich beeinflusst. Tatsächlich ließ sich diese Korrelation in den Untersuchungen zu Teuerungsphasen im mitteleuropäischen Raum nicht bestätigen. Wenn die Sterblichkeit signifikant stieg, liegen in der Regel Hinweise auf Infektionskrankheiten vor, wie sie auch in Niedrigpreisjahren grassierten. Sofern keine strukturellen Einschränkungen bestanden, ist es den Territorien im mitteleuropäischen Raum gelungen, Missernten durch Importe zu kompensieren. Im norddeutschen Raum wurde Getreide aus osteuropäischen Anbaugebieten über die Ostsee bezogen und verbilligt an die Bevölkerung abgegeben.

- *Der Faktor Ernährung im Zusammenhang mit der Sterblichkeitsentwicklung im mitteleuropäischen Raum in der Frühen Neuzeit wird nicht zutreffend gewichtet.*

Epidemien in zeitlicher Nähe zu Teuerungsphasen werden von der historischen Forschung im Allgemeinen als Folge einer ernährungsbedingten erhöhten Infektanfälligkeit gedeutet. Tatsächlich beruht diese Annahme auf reiner Spekulation. Zwar kann ein Mangel an Nährstoffen das Immunsystem schwächen. Die Menschen in der Frühen Neuzeit waren jedoch von Geburt an einer Vielzahl an Erregern ausgesetzt, haben sich körperlich viel bewegt und relativ oft im Freien aufgehalten. Insofern dürften sie grundsätzlich über ein effektives Immunsystem verfügt haben. Ein größeres Problem waren die unhygienischen Zustände bei räumlicher Enge (u. a. Teilen eines Bettes). Auch eine optimale Ernährung bietet dem Organismus keinen Schutz, wenn er hohen Bakterien- und Virenlasten ausgesetzt ist. Zudem können syndemiebedingte Immunsuppressionen aufgrund weiterer Infektionskrankheiten, die parallel grassierten, Komplikationen begünstigt haben. In den Wintermonaten kommt hinzu, dass die Durchblutung durch Auskühlung des Körpers oftmals gestört ist, was Infektionen begünstigt.

- *Fehlernährung beeinflusste die Sterblichkeit im mitteleuropäischen Raum bis in die Neuzeit hinein stärker als Unterernährung.*

Die Kost der meisten Menschen in der Vergangenheit war im Allgemeinen durch Eintönigkeit geprägt. Im norddeutschen Raum aß man im Wesentlichen Getreide, Hülsenfrüchte sowie Milchprodukte und etwas Fleisch. Seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert nahm die Kartoffel zunehmend Raum ein. Eintönigkeit bedeutet also nicht, dass der Nährstoffhaushalt unausgeglichen war. Äußerst problematisch war dagegen der Verzicht auf das Stillen. Die Gewohnheit, insbesondere Säuglingen als kräftigend empfundene, aber ungeeignete Nahrungsmittel zu verabreichen, trieb die Sterblichkeit in dieser Altersgruppe in die Höhe.

- *Die hohe Sterblichkeit im Frühjahr ist nicht unmittelbare Folge einer mutmaßlich schlechten Ernährungslage vor der Erntezeit.*

Die tendenziell erhöhte Sterblichkeit in den Monaten März und April wird mit einer saisonal bedingten Verengung des Nahrungsspielraums erklärt. Die geringe Sterblichkeit im Hochsommer gilt gemeinhin als Folge einer verbesserten Lebensmittelversorgung. Allerdings stieg die Sterblichkeit bereits im Spätsommer, als die Verfügbarkeit von frischen Nahrungsmitteln am höchsten war, an. Dieser Trend setzte sich fort, obwohl der Ernährungsstand der Bevölkerung zu Beginn des Winters am besten gewesen sein muss.

Tatsächlich entspricht der saisonale Verlauf der Sterblichkeit der noch in der Gegenwart in Mitteleuropa üblichen Zu- und Abnahme akuter Atemwegsinfektionen. Auch an der Vulnerabilität älterer Menschen hat sich nichts geändert. Die Anforderungen des Arbeitslebens erhöhten in der Vergangenheit die Wahrscheinlichkeit, dass Infekte nicht hinreichend auskuriert wurden. Überdies waren aufgrund der Wohnverhältnisse erkrankte Menschen der Wechselwirkung von Kälte und Nässe im Übergang vom Winter zum Frühling in besonderem Maße ausgesetzt. Nicht Unterernährung, sondern das Fehlen wirksamer Therapeutika trieb die Sterblichkeit in die Höhe.

ANHANG

Abkürzungsverzeichnis

Alb.	=	Albus
BGBI.	=	Bundesgesetzblatt
BT-Drs.	=	Bundestagsdrucksache
Fstm.	=	Fürstentum
Gft.	=	Grafschaft
Gr.	=	Groschen
Hl.	=	Heller
Kb	=	Kirchenbuch (Sterberegister)
Lj.	=	Lebensjahr
LkAH	=	Landeskirchliches Archiv Hannover
Mgr.	=	Mariengroschen
n	=	Größe der Teilstichprobe
N	=	Größe der Gesamtstichprobe
Pf.	=	Pfennig
Rbg.	=	Rodenberg
Rtl.	=	Reichstaler
Sgr.	=	Silbergroschen
SHG	=	Schaumburg
SSW	=	Schwangerschaftswoche
StAB	=	Staatsarchiv Bückeburg
Tl.	=	Taler
WHO	=	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Medizinische Fachbegriffe

Die im Folgenden aufgeführten medizinischen Fachbegriffe werden im Text durch eine Unterstreichung kenntlich gemacht.

abdominell	=	den menschlichen Unterleib betreffend
Adhäsion	=	Aneinanderhaften oder Verwachsung von Gewebe
aerogen	=	über die Luft bzw. Atemwege
Alveolen	=	Lungenbläschen
Analprolaps	=	Aftervorfall
Anämie	=	Blutarmut
Angina tonsillaris	=	Mandelentzündung
Antikörper	=	Proteine, die Erreger (Bakterien, Viren) neutralisieren
Apnoe	=	Atemstillstand
Apoplex	=	Schlaganfall
Appendizitis	=	Entzündung des Wurmfortsatzes
Asherman-Syndrom	=	Verklebungen oder Verwachsungen im Gebärmutterbereich
Aspiration	=	Einatmen von Fremdkörpern oder Flüssigkeiten
Atrophie	=	Abmagerung infolge von Unterernährung
Auskultation	=	diagnostisches Erfassen von Körpergeräuschen („Abhorchen“)
Bakteriämie	=	Auftreten von Bakterien im Blut
Bradykardie (relative)	=	Verlangsamung des Herzschlags (im Verhältnis zum Anstieg der Körpertemperatur)
Bronchitis	=	Entzündung der Schleimhäute in den Bronchien

Bronchopneumonie	=	Verlaufsform der Pneumonie, bei der sich eine Entzündung herdförmig von den Bronchien auf die Lunge ausbreitet
Cholelithiasis	=	Gallensteinleiden
Cholezystitis	=	Gallenblasenentzündung
Chromosomenaberration	=	Störung, Fehlverteilung
Darmperforation	=	Darmdurchbruch; Eindringen von Darminhalt in die Bauchhöhle aufgr. einer Gewebeschädigung
Defäkation	=	Stuhlentleerung
diaplazentar	=	auf dem Weg über die <u>Plazenta</u>
differentialdiagnostisch	=	weitere mögliche Diagnose(n)
Dyspnoe	=	Kurzatmigkeit
Dystokie	=	Störung bzw. Erschwerung des Geburtsverlaufs
Effloreszenzen	=	krankhafte Veränderungen
Eklampsie	=	gestationsbedingter Krampfanfall, der ein Multiorganversagen hervorrufen kann
Ektotoxine	=	Giftstoffe, die von Bakterien ausgeschieden werden
Embolisierung	=	Gefäßverschluss
Embryopathie	=	Schädigung eines Kindes im Mutterleib bis zum Ende des 3. Schwangerschaftsmonats
Emphysem	=	Aufblähung
endogen	=	von innen kommend
Endokarditis	=	Entzündung der Herzinnenhaut
endokrinologisch	=	hormonell bedingt
Endometritis	=	Entzündung der Gebärmutter Schleimhaut
Endometrium	=	Gebärmutter Schleimhaut
Endothel	=	innerste Zellschicht der Blutgefäße

Endotoxin	=	bakterielles Zerfallsprodukt; Bestandteile der äußeren Zellmembran bestimmter Bakterien, die bei deren Abtötung freigegeben werden
Enteritis	=	Entzündung des Dünndarms
entero	=	den Darm betreffend
Enterotoxin	=	Giftstoff, der auf den Verdauungskanal wirkt
Enzephalitis	=	Gehirnentzündung
Epiduralabszess	=	Eiteransammlung im Rückenmark oder Gehirn
Exanthem	=	großflächiger Hautausschlag
Exazerbation	=	Verschlechterung des Krankheitsbildes
exogen	=	außerhalb, beispielsweise durch Umweltbedingungen beeinflusst
Exotoxin	=	durch ein Bakterium abgesonderter Giftstoff
Exsikkose	=	Dehydratation als Folge einer Störung des Flüssigkeitshaushalts des Organismus
Fekundabilität	=	Schwangerschaftswahrscheinlichkeit
Fetopathie	=	Schädigung eines Kindes im Mutterleib zwischen dem 4. Schwangerschaftsmonat und der Geburt
Fetus, Fötus	=	Embryo nach Ausbildung der inneren Organe (ab der 9. SSW)
Fibrose	=	krankhafte Vermehrung des Gewebes; Vernarbung
Frühabort	=	Fehlgeburt innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen
Gastritis	=	Entzündung der Magenschleimhaut
Gastroenteritis	=	Infektion des Magen- und Darmtrakts; Brechdurchfall („Magen-Darm-Grippe“)
gastrointestinal	=	Magen und Darm betreffend
Generalisation	=	den gesamten Körper betreffend

Gestose	=	Bezeichnung für eine Reihe von Krankheiten, die im Zusammenhang mit Schwangerschaften auftreten
Gingivitis	=	Zahnfleischbluten
grampositiv/-negativ	=	Bezeichnung einer Färbemethode zur Unterscheidung von Bakterien (grampositiv = blau; gramnegativ = rot)
Granulom	=	Ansammlung körpereigener Fresszellen
Gravida	=	schwängere Frau
habituell	=	gewohnheitsmäßig
Hämoperfusion	=	Durchblutungsstörung
Hämorrhagie	=	Blutung
hämorrhagisch	=	Blutungen betreffend bzw. hervorrufend,
Hepatitis	=	Leberentzündung
humanpathogen	=	ein Organismus, dessen Schädlichkeit sich auf den Menschen beschränkt
Hypercholesterinämie	=	überhöhte Cholesterinwerte infolge einer Stoffwechselstörung
Hyperkalzämie	=	überhöhter Kalziumspiegel im Blut
Hyperplasie	=	Wucherung infolge einer Zellvermehrung
Hypertonie	=	Bluthochdruck
Hypothyreose	=	Schilddrüsenunterfunktion
Hypotrophie	=	Unterernährung
Hypoxie	=	Sauerstoffmangel
idiopathisch	=	diagnostisch nicht bestimmbar
Ikterus	=	symptomatische Gelbfärbung von Haut oder Schleimhaut
Ileus	=	Darmverschluss
Immunantwort	=	Reaktion des Immunsystems

Immundefizienz	=	Beeinträchtigung der Abwehrkraft
Immunsuppression	=	Unterdrückung des natürlichen Abwehrsystems
Infektiosität	=	Ansteckungsfähigkeit nach Übertragung
Inkubationszeit	=	Dauer von der Ansteckung bis zum Auftreten der ersten Krankheitszeichen
Insuffizienz	=	Schwäche; Minderleistung des Organsystems
Interstitium	=	Raum zwischen Organen, Zellen bzw. Gewebe
intestinal	=	den Darm betreffend
Intoxikation	=	Vergiftung
intracraniell	=	das Schädelinnere betreffend
intranasal	=	in bzw. durch die Nase
intrauterin	=	innerhalb des Uterus
Inzidenz	=	Neuerkrankungen bezogen auf eine bestimmte Personenmenge während eines festen Zeitraums
Ischämie	=	Minderdurchblutung
Kapillaren	=	feinste Verästelungen der Venen und Arterien
kardiovaskulär	=	Herz und Gefäßsystem betreffend
Karditis	=	Entzündungen des Herzens
Katarrh	=	Entzündung der Schleimhäute mit Flüssigkeitsabsonderungen (Schnupfen, Husten)
klinisch	=	im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert
Konjunktivitis	=	Augenbindehautentzündung
konsekutiv	=	in ununterbrochener Reihenfolge
Kontagionsindex	=	Maßzahl zur Darstellung der Infektionswahrscheinlichkeit durch einen bestimmten Erreger
Kontagiosität	=	Ansteckungskraft

Konzeption	=	Zeitpunkt der Verschmelzung der männlichen Samenzelle mit der weiblichen Eizelle
koronar	=	die Herzkranzgefäße betreffend
lacteale dentition	=	Durchbruch der Milchzähne
Läsion	=	Verletzung, pathologische Schädigung
Laktationsamenorrhoe	=	Ausbleiben der Regelblutung während der Stillzeit
Laryngospasmus	=	Verkrampfung der kompletten Kehlkopfmuskulatur
Letalität	=	Tödlichkeit einer bestimmten Krankheit; Anteil der Verstorbenen
Lochnien	=	Wochenfluss
Lungenabszess	=	Entzündung des Lungengewebes (oft bakteriell bedingt)
Lymphadenitis	=	Entzündung der Lymphknoten
Lymphozytose	=	Vermehrung der weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)
makulopapulös	=	knotig-fleckig (i. Z. m. Hautausschlägen)
Menopause	=	Zeitpunkt der letzten Regelblutung
Meningitis	=	Entzündung der Gehirn- und Rückenmarkshäute
Miktion	=	Entleerung der Harnblase
Mykose	=	Pilzerkrankung
Myokardinfarkt	=	Herzmuskelinfarkt
Myokarditis	=	Entzündung des Herzmuskels
Nasopharynx	=	Nasen-Rachenraum
Nekrose, nekrotisierend	=	Absterben von Gewebe
Nephritis	=	Sammelbezeichnung für Nierenentzündungen
neonatal	=	erster Monat nach der Geburt

Noxen, noxisch	=	Störungen, störend
Nullipara	=	Frau, die noch kein Kind geboren hat
Obstipation	=	Verstopfung
Obstruktion	=	Gefäßverengung
Obstruktionsileus	=	Darmverschluss infolge einer Verstopfung
Ödem	=	Flüssigkeitsansammlung
Organmanifestation	=	krankheitsbedingter Befall eines Körperorgans
Organogenese	=	Entwicklung der Organe während der embryonalen Phase
oropharyngeal	=	über den Mund- und Rachenraum
Otitis media (acuta)	=	Mittelohrentzündung
otogen	=	vom Ohr ausgehend
Panenzephalitis	=	Hirnschädigung als Spätfolge einer Maserninfektion
Pankreas	=	Bauchspeicheldrüse
Parasuizid	=	selbstverletzende Handlung ohne Tötungsabsicht
pathogen	=	krankheitsverursachend
Pathogenität	=	Fähigkeit eines Erregers, in einem infizierten Organismus eine Krankheit auszulösen
perinatal	=	Zeitraum von der 22. SSW bis zum 7. Tag nach der Geburt
Peritonitis	=	Bauchfellentzündung
Petechien	=	sehr kleine punktförmige Einblutungen der Haut
Pharyngitis	=	Rachenentzündung
Plazenta, Placenta	=	Mutterkuchen
Plazenta praevia	=	fehlerhafte Lage der <u>Plazenta</u> (nahe dem Muttermund)

Plazentainsuffizienz	=	Fehlfunktion der <u>Plazenta</u> mit Nährstoffunterversorgung des ungeborenen Kindes
Pleura	=	Rippenfell
Pleuraerguss	=	vermehrte Flüssigkeitsansammlung in der Pleurahöhle
Pleuraspalt	=	Raum zwischen Lungenfell und Rippenfell
Pleuritis	=	Rippenfellentzündung
Pluripara	=	Mehrfachgebärende
Pneumonie	=	Lungenentzündung
Polyneuritis	=	Überbegriff für eine entzündliche Erkrankung des Nervensystems
post-neonatal	=	2.–11. Monat nach der Geburt
Präeklampsie	=	schwangerschaftsbedingte Multiorganerkrankung
Prävalenz	=	Häufigkeit einer Krankheit
Primipara	=	Erstgebärende
Prodromalstadium	=	folgt der Inkubationszeit; die Symptomatik ist noch unspezifisch
produktiv	=	vermehrt bildend
Proteinurie	=	vermehrte Eiweißausscheidung über den Harn
Puerperalfieber	=	siehe Puerperalsepsis
Puerperalsepsis	=	Infektion infolge des Eindringens <u>pathogener</u> Bakterien in die Geburtswunden („Kindbettfieber“)
pulmonal	=	die Lunge betreffend, von der Lunge ausgehend
pulmonale Hypertonie	=	chronische Erhöhung des Blutdrucks im Lungenkreislauf
Punktion	=	Entnahme von Flüssigkeit durch Einstechen in den Körper
Rekonvaleszenz	=	Genesungszeitraum nach symptom. Abklingen

Rektumprolaps	=	Dickdarmvorfall
Respirationstrakt	=	Gesamtheit der Atmungsorgane
rezidivierend	=	Wiederauftreten einer Erkrankung
Rhinitis	=	Schleimhautentzündung („Schnupfen“)
Roseolen	=	Hautausschläge
Sectio caesarea	=	abdominale Schnittentbindung („Kaiserschnitt“)
Serendipität	=	zufällige Entdeckung
Sepsis	=	Infektion i. S. e. „Blutvergiftung“
seropositiv	=	Vorliegen von Antikörpern gegen bestimmte Antigene
Serotyp	=	Untergruppe eines Mikroorganismus
Sinusitis	=	Schleimhautentzündung der Nasennebenhöhlen
Sinusthrombose	=	Venenverschluss bzw. Bildung eines Blutgerinnsels im Hirn
sklerosierend	=	gewebsverhärtend
Sonographie	=	Ultraschallanalyse
Spätabort	=	Fehlgeburt nach der 12. SSW
Splenomegalie	=	Milzvergrößerung
Spontanabort	=	Fehlgeburt ohne instrumentellen Eingriff
Sputum	=	schleimiges Sekret, Auswurf
Stridor	=	Nebengeräusch beim Atmen
Stupor	=	Zustand vollständigen Aktivitätsverlust bei wachem Bewusstsein
subklinisch	=	leichter Verlauf mit keinen oder kaum erkennbaren Krankheitszeichen
subkutan	=	unter die Haut
Superinfektion	=	zeitlich leicht verschobene zusätzliche Infektion

Tachykardie	=	Beschleunigung des Herzschlags
Tachypnoe	=	gesteigerte Atemfrequenz infolge Sauerstoffmangels
Tenesmus	=	schmerzhafter Stuhl- bzw. Harndrang
Tetanus	=	Wundstarrkrampf
Tetanus neonatorum	=	Neugeborenen-/Nabelschnurtetanus
Thrombose	=	Blutgerinnsel
Tonsillitis	=	Mandelentzündung
Trimenon	=	Schwangerschaftsdrittel
Trismus neonatorum	=	„Mundklemme“ (siehe Tetanus neonatorum)
Ulcus	=	Geschwür
ulzeriert	=	geschwürig
umbilikal	=	den Bereich des Bauchnabels betreffend
umbilikoplazentar	=	Nabelschnur und <u>Plazenta</u> betreffend
Urogenitalfistel	=	abnormale Verbindung zwischen Harnblase oder Harnröhre und Vagina i. d. R. als Folge einer Geburtskomplikation
Uterus	=	Gebärmutter
uterin	=	die Gebärmutter betreffend
Vakzination	=	ursprünglich die Impfung mit Kuhpocken, später allg. Bezeichnung für Impfmaßnahme
Variolation	=	Pockenimmunisierung durch Einbringen des Erregers aus der Lymphe oder der Borke eines abheilenden leichten Krankheitsfalles in Nase oder Haut des Impflings
Varizellen	=	Windpocken
Verbrauchskoagulopathie	=	Störung der Blutgerinnung
Virämie	=	Ansiedlung, Vermehrung und Ausbreitung eines Virus im Blutkreislauf

Virulenz	=	Infektionskraft; Fähigkeit eines Erregers, eine Erkrankung im befallenen Organismus auszulösen
Volvulus	=	Darmverschlingung
Zervix, Cervix	=	Muttermund
Zervixinsuffizienz	=	Gebärmutterhalsschwäche
Zirrrose	=	Vermehrung von Gewebe mit Organschrumpfung
Zoonose	=	Erkrankung, die von Wirbeltieren auf den Menschen (und umgekehrt) übertragen werden kann
Zyanose	=	Blaufärbung der Haut infolge einer mangelnden Sauerstoffsättigung des Blutes

Tabellen

Tabelle 1: Bevölkerungsverteilung im Kirchspiel Grove (Rbg): Häuser/Stellen	220
Tabelle 2: Bevölkerungsverteilung im Kirchspiel Grove (Rbg): Einwohnerzahlen	221
Tabelle 3: Sterblichkeit nach Altersgruppen und Zeiträumen	232
Tabelle 4: Schichtenspezifische Sterblichkeit und Geburtenzahl im Kirchspiel Grove	243
Tabelle 5: Sexualproportionen und prozentuale Verteilung der Geburten.....	255
Tabelle 6: Sexualproportion der Geburten im langfristigen Vergleich	256
Tabelle 7: Geburten – Sexualproportionen und Kriegsphasen	258
Tabelle 8: Geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr	263
Tabelle 9: Prozentualer Anteil der Kindbettsterblichkeit in ausgewählten Kirchspielen	346
Tabelle 10: Sterblichkeitsrate / Müttersterblichkeit – ausgewählte Kirchspiele.....	348
Tabelle 11: Durchschnittliches weibliches Heiratsalter im Kirchspiel Grove (Rbg)	349
Tabelle 12: Jährliche Sexualproportionen unter Tot- und Lebendgeburten in der BRD	379
Tabelle 13: Sexualproportionen von Aborten und Totgeburten	379
Tabelle 14: Geburtenfolge – prozentuale Anteile von Aborten und Totgeburten	384
Tabelle 15: Familiäre Häufung von Aborten und Totgeburten im Kirchspiel Grove	385
Tabelle 16: Kinderkrämpfe – Sexualproportionen in den ersten beiden Lebensjahren	401
Tabelle 17: Säuglingssterblichkeit – Geburtenfolge und Sterbewahrscheinlichkeit 1	408
Tabelle 18: Säuglingssterblichkeit – Geburtenfolge und Sterbewahrscheinlichkeit 2	409
Tabelle 19: Kinderkrämpfe und Schichtenzugehörigkeit im Kirchspiel Grove (Rbg)	425
Tabelle 20: Kinderkrämpfe – prozentuale Anteile im Rahmen der Säuglingssterblichkeit .	426
Tabelle 21: Kinderkrämpfe – Sexualproportionen in den ersten beiden Lebensmonaten .	438
Tabelle 22: Pocken – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren	458
Tabelle 23: Pocken – altersspezifische Sterblichkeit	459
Tabelle 24: Masern – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren.....	468
Tabelle 25: Masern – altersspezifische Sterblichkeit.....	469
Tabelle 26: Keuchhusten – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren	481
Tabelle 27: Keuchhusten – altersspezifische Sterblichkeit	482
Tabelle 28: Scharlach – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren	490
Tabelle 29: Scharlach – altersspezifische Sterblichkeit.....	491
Tabelle 30: Diphtherie – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren.....	501
Tabelle 31: Diphtherie – altersspezifische Sterblichkeit	501
Tabelle 32: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – altersspezifische Sterblichkeit.....	503
Tabelle 33: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – geschlechtsspezifische Sterblichkeit	510
Tabelle 34: Frieseln – Sexualproportionen in den ersten 6 Lebensjahren	510
Tabelle 35: Frieseln – altersspezifische Sterblichkeit	511
Tabelle 36: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – Abweichung vom Mittelwert	514
Tabelle 37: Ruhr – Sexualproportionen im Zehn-Jahres-Schnitt	607
Tabelle 38: Influenza etc. – Sexualproportionen und Sterblichkeit	638
Tabelle 39: Unfälle – Unfallrisiko unterschiedlicher Altersgruppen	708
Tabelle 40: Geschwulst und „Herzleiden“ – alters-/geschlechtsspezifische Sterblichkeit ..	765
Tabelle 41: Unterleibserkrankungen – alters-/geschlechtsspezifische Sterblichkeit	788
Tabelle 42: Darmerkrankungen – alters-/geschlechtsspezifische Sterblichkeit	790
Tabelle 43: Todesursachen – prozentuale Veränderungen im Zehn-Jahres-Schnitt	848
Tabelle 44: Todesursachen – prozentuale Veränderungen (Vergleich dreier Zeiträume)...	873

Abbildungen

Abb. 1: Das Gebiet der "Alten" Grafschaft Schaumburg (15. Jahrhundert).....	33
Abb. 2: Die Teilung der Grafschaft Schaumburg im Jahre 1647.....	36
Abb. 3: Bevölkerungswachstum in der Grafschaft Schaumburg (1788–1900)	53
Abb. 4: Die Grafschaft Schaumburg im 18. Jahrhundert.....	68
Abb. 5: Die schaumburgischen Kirchspiele	90
Abb. 6: Die Nachbarterritorien (ausgewählte Kirchspiele – 18./19. Jahrhundert)	122
Abb. 7: Durchschnittliche prozentuale Anteile der Mitgliedsgemeinden an der Gesamtbevölkerung des Kirchspiels Grove (Rbg) (17./19. Jahrhundert).....	221
Abb. 8: Verteilung der Verstorbenen nach Altersgruppen und Geschlecht (Gft. SHG; 1750– 1869) in Absolutzahlen.....	228
Abb. 9: Verteilung der Verstorbenen nach Altersgruppen im Zehn-Jahres-Schnitt im Vergleich (Gft. SHG - Kirchspiel Grove (Rbg); 1750–1869) in Prozent	230
Abb. 10: Verteilung der Verstorbenen nach Altersgruppen im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	231
Abb. 11: Verteilung der Verstorbenen im 1. Lebensjahr im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG – Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg); 1670–1869) in Prozent	233
Abb. 12: Verteilung der Verstorbenen im 2.–6. Lebensjahr im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG – Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg); 1670–1869) in Prozent	234
Abb. 13: Verteilung der Verstorbenen im 7.–13. Lebensjahr im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Gft. SHG – Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg); 1670–1869) in Prozent	234
Abb. 14: Durchschnittliche Lebenserwartung unterschiedlicher Berufsgruppen im Kirchspiele Grove (Rbg) (1670–1869) in Jahren	237
Abb. 15: Durchschnittliche Lebenserwartung unterschiedlicher Berufsgruppen im Vergleich der Mitgliedsgemeinden (Kirchspiel Grove (Rbg); 17.–19. Jahrhundert) in Jahren.....	239
Abb. 16: Durchschnittliche und mittlere Lebenserwartung im Vergleich der Mitgliedsgemeinden (Kirchspiel Grove (Rbg); 17.–19. Jahrhundert) in Jahren	240
Abb. 17: Mittlere Lebenserwartung im Vergleich der Mitgliedsgemeinden im Zehn-Jahres- Schnitt (Kirchspiel Grove (Rbg); 1670–1869) in Jahren.....	241
Abb. 18: Durchschnittliche Geburtenzahl und überlebende Kinder im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (Kirchspiel Grove (Rbg); 1670–1869) in Zahlen	242
Abb. 19: Durchschnittliche Geburtenzahl und überlebende Kinder im Vergleich der Mitgliedsgemeinden im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent	244
Abb. 20: Durchschnittliche Geburtenzahl und überlebende Kinder im Vergleich unterschiedlicher Berufe bzw. Berufsgruppen im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent	246
Abb. 21: Durchschnittliche Geburtenzahl und Anteil überlebender Kinder im Vergleich unterschiedlicher landwirtschaftlicher Berufsgruppen im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent	247
Abb. 22: Entwicklung der durchschnittlichen Zahl an Geburten pro Familie im Kirchspiel Grove (Rbg) im Vergleich von Vollbauern und Handwerker (17.–19. Jahrhundert).....	248
Abb. 23: Durchschnittliche Geburtenzahl und Anzahl überlebender Kinder im Vergleich der Meyer und Tagelöhner aus Grove bzw. Algesdorf im Kirchspiel Grove (Rbg) (17.–19. Jahrhundert) in Zahlen bzw. Prozent	250

Abb. 24: Geburten und Sexualproportionen (Mädchen = 100) in ausgewählten schaumburgischen Kirchspielen im Zehn-Jahres-Schnitt (1750–1869; N = 30.613).....	259
Abb. 25: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit im 1. Lebensjahr im Vergleich der Kirchspiele Fischbeck [n = 277] und Grove (Rbg) [n = 523] (1670–1749) in Prozent	264
Abb. 26: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Altersgruppen (Gft. SHG; 1750–1869; N = 53.425) – Differenzen in Prozent (männlich = blau; weiblich = rot)	264
Abb. 27: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Altersgruppen (Gft. SHG; 1750–1819; n = 30.082) – Differenzen in Prozent (männlich = blau; weiblich = rot)	266
Abb. 28: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Altersgruppen (Gft. SHG; 1820–69; n = 23.343) – Differenzen in Prozent (männlich = blau; weiblich = rot)	266
Abb. 29: Monatliche Verteilung der Eheschließungen in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) in unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent.....	269
Abb. 30: Monatliche Verteilung der Eheschließungen im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1749 in Prozent.....	271
Abb. 31: Monatliche Verteilung der Eheschließungen im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1819 in Prozent.....	272
Abb. 32: Monatliche Verteilung der Eheschließungen im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1820–69 in Prozent	272
Abb. 33: Monatliche Verteilung der Eheschließungen in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Vergleich des Zeitraums 1750–1869 mit der Phase des Königreichs Westphalen (1807–13) in Prozent.....	274
Abb. 34: Monatliche Verteilung der Geburten in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) in unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	275
Abb. 35: Monatliche Verteilung der Geburten im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1749 in Prozent	276
Abb. 36: Monatliche Verteilung der Geburten im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1819 in Prozent.....	277
Abb. 37: Monatliche Verteilung der Geburten im Vergleich der schauburgischen Kirchspiele Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1820–69 in Prozent	277
Abb. 38: Monatliche Verteilung von Trauungen und Erstgeburten im schauburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1819 in Prozent.....	279
Abb. 39: Monatliche Verteilung von Trauungen und Erstgeburten im schauburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) im Zeitraum 1820–69 in Prozent.....	279
Abb. 40: Monatliche Verteilung von Erstgeborenen im schauburgischen Kirchspiel Grove (Rbg) im Vergleich zweier Zeiträume in Prozent	280
Abb. 41: Vergleich von Konzeptionen und Geburten in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) (1670–1749) in Prozent.....	281
Abb. 42: Monatliche Verteilung der Konzeptionen in den schauburgischen Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume (17. –19. Jahrhundert) in Prozent	284
Abb. 43: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869; N = 61.162) in Prozent	286
Abb. 44: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg nach Altersgruppen – Kinder und Adoleszenten (1750–1869) in Prozent	286
Abb. 45: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg nach Altersgruppen – Erwachsene (1750–1869) in Prozent	287

Abb. 46: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im Vergleich unterschiedlicher Zeiträume in Prozent.....	290
Abb. 47: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im Zehn-Jahres-Schnitt (1750–1809) in Prozent	291
Abb. 48: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im Zehn-Jahres-Schnitt (1810–69) in Prozent	292
Abb. 49: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im 1. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	293
Abb. 50: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im 1. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	293
Abb. 51: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 3.–10. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	294
Abb. 52: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 11.–20. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	295
Abb. 53: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 21.–50. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	295
Abb. 54: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg vom 51.–60. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	296
Abb. 55: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg ab dem 61. Lebensjahr nach unterschiedlichen Zeiträumen (1670–1869) in Prozent	296
Abb. 56: Monatliche Verteilung der Sterbefälle in der Grafschaft Schaumburg im 19. Jahrhundert: typisierte Verläufe	298
Abb. 57: Pocken – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1814) in Jahren	304
Abb. 58: Pocken – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien in den Kirchspielen Beckedorf und Rinteln (Rbg) (1750–1815) in Jahren	305
Abb. 59: Masern – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Jahren	307
Abb. 60: Ruhr – zeitlicher Abstand zwischen Epidemien im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Jahren	308
Abb. 61: Pockenepidemien – Verstorbene im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Absolutzahlen.....	310
Abb. 62: Pockenepidemien – Vergleich der Geburten und Pockentoten im Kirchspiel Grove (Rbg) im Fünf-Jahres-Schnitt (1665–1809) in Absolutzahlen	311
Abb. 63: Pockenepidemien – Vergleich der Pockentoten in den Kirchspielen Beckedorf, Grove (Rbg) und Rinteln (1750–1815) in Absolutzahlen.....	312
Abb. 64: Masern – Verstorbene im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Absolutzahlen	313
Abb. 65: Ruhr – Verstorbene im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Absolutzahlen.....	313
Abb. 66: Pocken – Vergleich der saisonalen Sterblichkeit in drei Zeiträumen (Gft. SHG; 1670–1869) in Prozent	314
Abb. 67: Pocken – Vergleich der saisonalen Sterblichkeit zwischen ländlichen und städtischen Kirchspielen (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	315
Abb. 68: Pockenepidemien – Beginn (fiktiv) in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen (1665–1875) in Prozent	317
Abb. 69: Pocken – Bevölkerungsanteile und Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Prozent.....	318
Abb. 70: Pocken – Verlauf der Epidemie 1675/76 im Kirchspiel Grove (Rbg)	320
Abb. 71: Pocken – Verlauf der Epidemie 1778/79 im Kirchspiel Grove (Rbg)	321

Abb. 72: Kindbettsterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen – Vergleich dreier Zeiträume (1770–1869) in Prozent	347
Abb. 73: Erste Geburt und Kindbettsterblichkeit – Altersgruppenvergleich in zwei unterschiedlichen Zeiträumen (1750–1869) in Prozent	350
Abb. 74: Kindbettsterblichkeit – Ursachen und Komplikationen in der Grafschaft Schaumburg (1750–1875) in Prozent	351
Abb. 75: Saisonale Verteilung der Aborte und Totgeburten in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent.....	386
Abb. 76: Saisonale Verteilung der Aborte und Totgeburten im Vergleich dreier Zeiträume in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent	387
Abb. 77: Scheuerchen und Krämpfe/Convulsionen – terminologische Ablösung in der Grafschaft Schaumburg (1770–1869)	395
Abb. 78: Zuckungen, Gichtern, Zahnen, Jammer und Epilepsie im Zehn-Jahres-Schnitt (1770–1869) in Absolutzahlen	397
Abb. 79: Kinderkrämpfe – Vergleich der Todesursachen nach Altersgruppen (1750–1869) in Prozent.....	398
Abb. 80: Kinderkrämpfe und Epilepsie im saisonalen Vergleich (1750–1869) in Prozent .	399
Abb. 81: Kinderkrämpfe – Sterblichkeit in den ersten 6 Lebensjahren (1750–1869; n = 7.139) in Prozent	400
Abb. 82: Kinderkrämpfe – Sterblichkeit in den ersten beiden Lebensmonaten (1750–1869; n = 2.129) in Prozent.....	402
Abb. 83: Säuglingssterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) – Vergleich dreier Zeiträume (1670–1869) in Prozent.....	404
Abb. 84: Säuglingssterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) nach Altersgruppen im Zehn-Jahres-Schnitt (1670–1869) in Prozent.....	405
Abb. 85: Sterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) – Verstorbene ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr im Zehn-Jahres-Schnitt (1670–1869) in Prozent	406
Abb. 86: Kinderkrämpfe – saisonale Sterblichkeit im Vergleich zweier Zeiträume (Gft. SHG; 1750 –1869) in Prozent.....	420
Abb. 87: Kinderkrämpfe – saisonale Sterblichkeit und Geburten im Vergleich zweier Zeiträume (Gft. SHG; 1750 –1869) in Prozent	421
Abb. 88: Kinderkrämpfe – Sterblichkeit im Übergang vom Sommer zum Herbst im Vergleich kleiner Zeiträume (Gft. SHG; 1750 –1869) in Prozent	422
Abb. 89: Kinderkrämpfe – saisonale Verteilung im Vergleich dreier Altersgruppen (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	439
Abb. 90: Pocken – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich dreier Zeiträume (Gft. SHG; 1670–1869) in Prozent.....	460
Abb. 91: Pocken – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1670–1869) in Prozent.....	462
Abb. 92: Masern und Pocken – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	470
Abb. 93: Masern – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich zweier Zeiträume (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	471
Abb. 94: Masern – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	472
Abb. 95: Masern und Pocken – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	473
Abb. 96: Masern – Bevölkerungsanteile und Masernsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent.....	474
Abb. 97: Keuchhusten – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	483

Abb. 98: Keuchhusten – Bevölkerungsanteile und Keuchhustensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent	484
Abb. 99: Scharlach –saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	492
Abb. 100: Scharlach – Bevölkerungsanteile und Scharlachsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent	493
Abb. 101: Diphtherie – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	503
Abb. 102: Diphtherie – Bevölkerungsanteile und Diphtheriesterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent	504
Abb. 103: „Frieseln“ – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	512
Abb. 104: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	512
Abb. 105: „Frieseln“ – Bevölkerungsanteile und Frieselnsterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent	513
Abb. 106: „Fieber“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	544
Abb. 107: Nervenfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	548
Abb. 108: Nervenfieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	549
Abb. 109: Nervenfieber – Bevölkerungsanteile und Nervenfiebersterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent.....	550
Abb. 110: Schleimfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	553
Abb. 111: Schleimfieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	553
Abb. 112: Faul- und Gallenfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	562
Abb. 113: Faul- und Gallenfieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	562
Abb. 114: Wurmfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	569
Abb. 115: Hitziges Fieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	575
Abb. 116: Hitziges Fieber – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	576
Abb. 117: Fleckfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Hauptkrankheit und Brust- und Hauptkrankheit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	594
Abb. 118: Fleckfieber – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Hauptkrankheit, Nervenfieber und Typhus (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	595
Abb. 119: Ruhr – altersspezifische Sterblichkeit im Zehn-Jahres-Schnitt (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	609
Abb. 120: Ruhr – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	610
Abb. 121: Ruhr – Bevölkerungsanteile und Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent.....	612
Abb. 122: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – geschlechtsspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1665/1750–1869) in Prozent	637
Abb. 123: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1665/1750–1869) in Prozent.....	639

Abb. 124: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – saisonaler Sterblichkeit im Vergleich 1 (Gft. SHG; 1665/1750–1869) in Prozent	640
Abb. 125: Influenza und akute Atemwegserkrankungen – saisonale Sterblichkeit im Vergleich 2 – (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	640
Abb. 126: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Brust“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	648
Abb. 127: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Brust“ – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	649
Abb. 128: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Lunge“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	651
Abb. 129: Influenza und akute Atemwegserkrankungen „Lunge“ – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	652
Abb. 130: Bevölkerungsanteile und Atemwegserkrankungen im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1869) in Prozent.....	654
Abb. 131: Asthma und COPD – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	669
Abb. 132: Asthma und COPD – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	670
Abb. 133: „Engbrüstigkeit“ – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent.....	672
Abb. 134: „Stickfluss“ – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	673
Abb. 135: Lungenschwindsucht – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869; n = 366) in Prozent.....	692
Abb. 136: Lungenschwindsucht – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Dumpf und Husten (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	693
Abb. 137: Tuberkulose – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich mit Dumpf und Husten (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent.....	694
Abb. 138: Tuberkulose – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	695
Abb. 139: Tuberkulose – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent.....	696
Abb. 140: Schwindsucht und Scrophulose – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	697
Abb. 141: (Lungen)schwindsucht – Bevölkerungsanteile und Pockensterblichkeit im Kirchspiel Grove (Rbg) (1665–1875) in Prozent.....	698
Abb. 142: Unfälle – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent.....	704
Abb. 143: Unfälle – alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit in den ersten sieben Lebensjahren im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	705
Abb. 144: Unfälle – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875; n = 708) in Prozent.....	707
Abb. 145: Tod durch Ertrinken – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	709
Abb. 146: Tod durch Ertrinken – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	710
Abb. 147: Technische Unfälle – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	711

Abb. 148: Blitzschlag, Verbrühung, Verbrennung – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	712
Abb. 149: Unfälle nach Ursachen – prozentuale Anteile (Gft. SHG; 1750–1875)	713
Abb. 150: Unfälle nach Ursachen und altersspezifischer Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	719
Abb. 151: Unfälle – geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	721
Abb. 152: Unfallhäufigkeit im Zehn-Jahres-Schnitt in ausgewählten Kirchspielen (Gft. SHG; 1770–1869) in Absolutzahlen	722
Abb. 153: Suizide – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	735
Abb. 154: Suizide – geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	736
Abb. 155: Suizide – geschlechtsspezifische und saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	737
Abb. 156: Suizidale Methoden – prozentuale Anteile (Gft. SHG; 1750–1875)	738
Abb. 157: Suizidale Methoden – prozentuale Anteile nach Geschlechtern (Gft. SHG; 1750–1875)	740
Abb. 158: Suizide und Melancholie – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1875) in Prozent	743
Abb. 159: „[Alters]schwäche“ und altersspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent	753
Abb. 160: „[Alters]schwäche“ und saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)	754
Abb. 161: Auszehrung und Tuberkulose – altersspezifische Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	758
Abb. 162: Auszehrung und Tuberkulose – saisonale Sterblichkeit im Vergleich (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	759
Abb. 163: Wassersucht – geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	762
Abb. 164: Wassersucht, Geschwulst, „Herzleiden“ und Schlagfluss – altersspezifische Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent	763
Abb. 165: Wassersucht, Geschwulst, „Herzleiden“ und Schlagfluss – saisonale Sterblichkeit in der Grafschaft Schaumburg (1750–1869) in Prozent	764
Abb. 166: Krebs, Magen-/Leberleiden – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	777
Abb. 167: Krebs, Magen-/Leberleiden – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	778
Abb. 168: Unterleibserkrankungen – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)	786
Abb. 169: Unterleibserkrankungen – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)	787
Abb. 170: Darm- und Unterleibsleiden – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	790
Abb. 171: Darm- und Unterleibsleiden – saisonale Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869) in Prozent	791
Abb. 172: Geschwüre – altersspezifische Sterblichkeit (Gft. SHG; 1750–1869)	794
Abb. 173: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1670–1689 in Absolutzahlen	804
Abb. 174: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1690–1709 in Absolutzahlen	807

Abb. 175: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1730–1749 in Absolutzahlen.....	809
Abb. 176: Sterblichkeit in den Kirchspielen Fischbeck und Grove (Rbg) im Zeitraum 1750–1769 in Absolutzahlen.....	814
Abb. 177: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1770–1789 in Absolutzahlen.....	817
Abb. 178: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1790–1809 in Absolutzahlen.....	823
Abb. 179: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1810–1829 in Absolutzahlen.....	828
Abb. 180: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1830–1849 in Absolutzahlen.....	832
Abb. 181: Sterblichkeit in ausgewählten schauburgischen Kirchspielen im Zeitraum 1850–1869 in Absolutzahlen.....	835
Abb. 182: Kinderkrämpfe – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent.....	857
Abb. 183: Pocken – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent	859
Abb. 184: Infektiöse Krankheiten der Kindheit – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent.....	860
Abb. 185: Fleckfieber/Typhus – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent.....	862
Abb. 186: Ruhr – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent	864
Abb. 187: Influenza und respiratorische Erkrankungen – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent	866
Abb. 188: Tuberkulose – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen in der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent.....	868
Abb. 189: Altersschwäche und Auszehrung – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent.....	870
Abb. 190: Kardiovaskuläre und weitere Erkrankungen – Vergleich der Entwicklung in ausgewählten Kirchspielen der Grafschaft Schaumburg (1770–1859) in Prozent	872

Archivquellen

Landeskirchliches Archiv Hannover (LKAH)

A 13, Nr. 19.

D 34, A, I, fasz. 35, Nr. 145.

D 34, A, I, Nr. 1120

Niedersächsisches Landesarchiv – Staatsarchiv Bückeburg (NLA – StAB)

Dep. 28, Nr. 310; Nr. 311; Nr. 314; Nr. 1838; Nr. 1840; Nr. 1889; Nr. 2749;
Nr. 4154; Nr. 4157; Nr. 4161; Nr. 4165

Dep. 59, Nr. 145; Nr. 1993.

H 1, Nr. 230; Nr. 237; Nr. 242; Nr. 248.

H 1, IV 4, Nr. 5; Nr. 29; Nr. 33.

H 2, Nr. 274; Nr. 277; Nr. 327; Nr. 362; Nr. 474; Nr. 477; Nr. 498; Nr. 500; Nr. 501;
Nr. 513; Nr. 514; Nr. 515; Nr. 519; Nr. 521; Nr. 523; Nr. 524; Nr. 1905.

H 2 III 7, Nr. 148

H 2 III 14 B, Nr. 11

H 2 V 6, Nr. 35.

H 2 V 9, Nr. 5 / Kathrinhagen.

H 2 VII 1, Nr. 17.

H 2 VII 10, Nr. 37.

H 2 VII Nr. 4; Nr. 12; Nr. 15.

H 3, Nr. 1; Nr. 2; Nr. 11; Nr. 14.

H 7, Fach 61, Nr. 1; Nr. 2

H 186 c, Nr. 3

Gedruckte Quellen und Literatur

Abel, Wilhelm (1974): Massenarmut und Hungerkrisen im vorindustriellen Europa. Versuch einer Synopsis. Hamburg und Berlin 1974.

Abel, Wilhelm (1978): Agrarkrisen und Agrarkonjunktur. Eine Geschichte der Land- und Ernährungswirtschaft Mitteleuropas seit dem hohen Mittelalter. Göttingen 3. Aufl. 1978.

Abel, Wilhelm (1981): Stufen der Ernährung. Göttingen 1981.

Abel, Wilhelm (1986): Massenarmut und Hungerkrisen im vorindustriellen Deutschland. Göttingen 3. Aufl. 1986.

Abrikossoff, A. (1930): Über den Begriff der „atypischen Lymphogranulomatose“. In: Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 275, 1930, S. 505–515.

Achilles, Walter (1974): Die Auswirkungen der Getreidepreissteigerungen gegen Ende des 18. Jh. auf das Realeinkommen von Erzeugern und Verbrauchern. Dargestellt an Beispielen aus dem Raum Hildesheim. In: Ingomar Bog et al. (Hrsg.), Wirtschaftliche und soziale Strukturen im saekularen Wandel. Festschrift für Wilhelm Abel zum 70. Geburtstag. Band I: Agrarische Wirtschaft und Gesellschaft in vorindustrieller Zeit, Hannover 1974, S. 112–130.

Achilles, Walter (1991): Landwirtschaft in der frühen Neuzeit (=Enzyklopädie deutscher Geschichte 10). München 1991.

Ackerknecht, Erwin H. (1963): Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten. Stuttgart 1963.

Ackerknecht, Erwin H. (1977): Geschichte der Medizin. Stuttgart 3. Aufl. 1977.

Ackermann, Joh. Christian Gottlieb (1799): Anleitung für Landleute zu einer vernünftigen Gesundheitspflege. Frankfurt/M. 3. Aufl. 1799.

Acta historico-ecclesiastica (1750): oder gesammelte Nachrichten von d. neuesten Kirchen-Geschichten [22.]=2. Band. Beyträge. Weimar 1750.

Aders, Hiltrud (1969): Das Medizinalwesen in der Herrschaft Rheda von der Mitte des 17. Jhs. bis zum Beginn der preußischen Zeit. In: Westfälische Zeitschrift 119, 1969, S. 2–106.

Akmatov Manas K. et al. (2019): Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) in der ambulanten Versorgung in Deutschland – Zeitliche Trends und kleinräumige Unterschiede. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/06. Berlin 2019.

Albrecht, Peter (2005): Von den vergeblichen Mühen, die Bevölkerung der Stadt Braunschweig von der Nützlichkeit des Impfens gegen Blattern zu überzeugen (1754–1787). In: Herzog August Bibliothek Wolfenbüttel (Hrsg.), Gotts verhengnis und seine

straffe. Zur Geschichte der der Seuchen in der Frühen Neuzeit, Ausstellungskataloge der Herzog-August-Bibliothek Nr. 84, Wolfenbüttel 2005, S. 127–137.

Allgemeines Repertorium der gesamten deutschen medizinisch-chirurgischen Journalistik (1828). Herausgegeben von Carl Ferdinand Kleinert, II. Jahrgang, 4. Heft, Leipzig 1828.

Alt, Kurt W. (2002): Die Übersterblichkeit der Säuglinge und Kleinkinder in der frühen Neuzeit – Unberechenbares Schicksal oder menschliches Versagen? In: ders./ Ariane Kemkes-Grottenthaler, *Kinderwelten. Anthropologie – Geschichte – Kulturvergleich*, Köln usw. 2002, S. 223–245.

Andree, Martin (2006): *Wenn Texte töten. Über Werther, Medienwirkung und Mediengewalt*. München 2006.

Ariès, Philippe (1977): *Geschichte der Kindheit*. München 4. Aufl. 1977.

Arnold, Dieter (1966): *Die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Stadt Rinteln im 17. und 18. Jahrhundert*. Rinteln 1966.

Arnold, Klaus (2000): Familie, Kindheit und Jugend in pommerschen Selbstzeugnissen der Frühen Neuzeit. In: Werner Buchholz (Hrsg.), *Kindheit und Jugend in der Neuzeit 1500–1990. Interdisziplinäre Annäherungen an die Instanzen sozialer und mentaler Prägung in der Agrargesellschaft und während der Industrialisierung. Das Herzogtum Pommern (seit 1815 preußische Provinz) als Beispiel*, Stuttgart 2000, S. 17–32.

Arndt, Johannes (1992): *Das Fürstentum Lippe im Zeitalter der Französischen Revolution 1770–1820*. Münster/New York 1992.

Artelt, Walter (1969): Kleidungshygiene im 19. Jahrhundert. In: ders. et al. (Hrsg.), *Städte-, Wohnungs- und Kleidungshygiene des 19. Jahrhunderts in Deutschland*, Stuttgart 1969, S. 119–135.

Assion, Peter (1986): Odenwälder Andenken an das Hungerjahr 1817. In: *Volkskunst* 9, Heft 4, 1986, S. 20–24.

Auerbach, Inge (1999): *Die Hessen in Amerika 1776–1783*. Marburg 1999.

Austad, Steven N. (2015): The human prenatal sex ratio: A major surprise. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* April 21, 2015 112 (16), S. 4839–4840.

Avenarius, Gustav (1840): *Statistische Darstellung des Kreises Schaumburg*. Rinteln und Leipzig 1840.

Babitsch, Birgit (2005): *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern 2005.

Bader, Thomas J. (2005): *Fragen und Antworten zur Gynäkologie und Geburtshilfe*. Bern 2005.

- Badinter, Elisabeth (1991): Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München und Zürich 4. Aufl. 1991.
- Baissette, Gaston (2000): Die Medizin bei den Griechen. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 1, Augsburg 2000, S. 178–299.
- Bansen, Max (1872): Über die Aetiologie des Typhus abdominalis. (Diss. Zürich) Winterthur 1872.
- Barthel, Christian (1989): Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung. Aspekte des öffentlichen Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert. Frankfurt/Main und New York 1989.
- Bass, Hans-Heinrich (1994): Hungerkrisen in Posen und im Rheinland 1816/17 und 1847. In: Manfred Gailus und Heinrich Volkmann (Hrsg.), Der Kampf um das tägliche Brot. Nahrungsmangel, Versorgungspolitik und Protest 1770–1990, Opladen 1994, S. 151–175.
- Baten, Jörg (1999): Ernährung und wirtschaftliche Entwicklung in Bayer (1730–1880). Stuttgart 1999.
- Bauberger, Johann (1838): Ueber die Ruhr. Diss. München (gedruckt: Augsburg) 1838.
- Bauer, Frieder Nikolaus Christian (2016): Die Spanische Grippe in der deutschen Armee 1918. Verlauf und Reaktionen. Göttingen 1916.
- Baumann, Lothar (2005): Die „Hitzetoten“ des Jahres 2003. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 4, 2005, S. 23–27.
- Baumann, Ursula (2001): Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar 2001.
- Baumer, Johann (1752): Hinlängliche Nachricht, wie man eine bevorstehende Ruhr=Seuche abwenden oder verhüten könne. Gießen 1752.
- Bayer, Joseph (1871): Ueber Dysenterie. Diss. München 1871.
- Beck, Rainer (1983): Voreheliche Sexualität auf dem Land. Unterfinning 1671–1770. In: Richard van Dülmen (Hrsg.), Kultur der einfachen Leute. Bayerisches Volksleben vom 16. bis zum 19. Jahrhundert. München 1983, S. 112–150.
- Becker, Gottfried Wilhelm (1808): Guter Rath für Schwindsüchtige und sich Auszehrende. Pirna 1808.
- Becker, Peter (1990): Leben und Lieben in einem kalten Land. Sexualität im Spannungsfeld von Ökonomie und Demographie. Das Beispiel St. Lambrecht 1600–1850. Frankfurt/New York 1990.
- Begemann, Ulrike (1990): Bäuerliche Lebensbedingungen im Amt Blumenau (Fürstentum Calenberg) 1650–1850. Dargestellt anhand der Eheverträge der Kirchenbücher des Kirchspiels Limmer und anderer registerförmiger Quellen. Hannover 1990.

- Behnke, Eberhard/Heinrich Porth (2009): Die Familien und Einwohner des Kirchspiels Wichmannsburg. Uelzen 2009.
- Behr, Hans-Joachim (2017): Preußische Binnenkolonisation in Westfalen. Oberrheinische Siedler in Minden-Ravensberg und Tecklenburg-Lingen. In: Westfälische Zeitschrift 167, 2017, S. 59–99.
- Behringer, Wolfgang (2007): Kulturgeschichte des Klimas. Von der Eiszeit bis zur globalen Erwärmung. München 2007.
- Beißner, Heinz (2000): Die Verhältnisse der landwirtschaftlichen Tagelöhner des 19. Jahrhunderts im Schaumburger und angrenzenden Gebiet. O. O. 2000.
- Benedek, István (1983): Ignaz Philipp Semmelweis. Wien, Köln und Graz 1983.
- Beutel, Manfred E. (2002): Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod. Göttingen usw. 2. Aufl. 2002.
- Bei der Wieden, Brage (1998a): Historische Beziehungen und ihre Ordnungen im Werraum. In: Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 70, 1998, S. 1–33.
- Bei der Wieden, Brage (1998b): Verwaltungsgrenzen als Bewußtseinsgrenzen? Überlegungen zur schauburgischen Identität. In: In: Hubert Höing (Hrsg.), Der Raum Schaumburg. Zur geschichtlichen Begründung einer regionalen Identität, Melle 1998, S. 50–62.
- Bei der Wieden, Helge (1981): Fürst Ernst, Graf von Holstein-Schaumburg, und seine Wirtschaftspolitik. Bückeburg 2. Aufl. 1981.
- Bei der Wieden, Helge (2002): Die Bedrohung der Grafschaft Schaumburg vor und zu Beginn des Dreißigjährigen Krieges. In: Hubert Höing (Hrsg.), Schaumburg und die Welt. Zu Schaumburgs auswärtigen Beziehungen in der Geschichte, Bielefeld 2002, S. 388–411.
- Bei der Wieden, Helge (2004): Der Dreißigjährige Krieg in der Grafschaft Schaumburg. In: Hubert Höing (Hrsg.), Strukturen und Konjunkturen. Faktoren der schauburgischen Wirtschaftsgeschichte, Bielefeld 2004, S. 87–114.
- Bei der Wieden, Helge (2010): Ein norddeutscher Renaissancesfürst. Ernst zu Holstein-Schaumburg (1569–1622). Bielefeld 2. Aufl. 2010.
- Beißner, Heinz (1995): Altersversorgung und Kindesabfindung auf dem Lande. Leibzucht und Eheverschreibungen unter besonderer Berücksichtigung der Schaumburger und Osnabrücker sowie benachbarter Gebiete. O. O. 1995.
- Beißner, Heinz (1998): Die Verhältnisse der landwirtschaftlichen Tagelöhner des 19. Jahrhunderts im Schaumburger und angrenzenden Gebiet. O. O. 1998.
- Beisswanger, Gabriele (2003): Der Arzneimittelmarkt um 1800: Arzneimittel zwischen Gesundheits-, Berufs- und Gewerbepolitik. In: Bettina Wahrig und Werner Sohn (Hrsg.), Aufklärung, Policy und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850, Wiesbaden 2003, S. 147–161.

Beisswanger, Gabriele (1996): Arzneimittelversorgung im 18. Jahrhundert. Die Stadt Braunschweig und die ländlichen Distrikte im Herzogtum Braunschweig-Wolfenbüttel. Braunschweig 1996.

Benedek, István (1983): Ignaz Philipp Semmelweis. Wien, Köln und Graz 1983.

Berge, Otto (1954/55): Wohlfahrtspflege und Medizinalwesen unter Landgraf Friedrich II. Ein Beitrag zur Geschichte der Reformbestrebungen während der Aufklärungszeit. In: Zeitschrift des Vereins für hessische Geschichte und Landeskunde 65/66, 1954/55, S. 120–152.

Bergmann, Jürgen (1976): Ökonomische Voraussetzungen der Revolution von 1848: Zur Krise von 1845 bis 1848 in Deutschland. In: Hans-Ulrich Wehler (Hrsg.), 200 Jahre amerikanische Revolution und moderne Revolutionsforschung (=Geschichte und Gesellschaft Sonderheft 2). Göttingen 1976, S. 254–287.

Bernhardi, Johann Jacob (1818): Kunst die Krankheiten der Menschen zu heilen, nach den neuesten Verbesserungen in der Arzneiwissenschaft, Erster Theil. Gotha und Erfurt ⁵1818.

Berthold, Rudolf (1970): Die Lage der Bauern im 18. Jahrhundert und die bäuerlichen Einkommen, In: Jahrbuch der Wirtschaftsgeschichte 1970, Teil 1, S. 185–190.

Beutel, Manfred E. (2002): Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod. Göttingen usw. 2. Aufl. 2002.

BFS – Bundesamt für Statistik (2007): Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1993–2002. Neuchâtel 2007.

Bielke, Edgar (1986): Friedrichswerder 1720 bis 1799. Eine historisch-demographische Untersuchung als Beitrag zur Sozialgeschichte des 18. Jahrhunderts. In: Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Berlin-Forschungen 1, Berlin 1986, S. 135–195.

Biermann, Friedhelm (2005): Die Adelsherrschaften an Ober- und Mittelweser des 13. und 14. Jahrhunderts im Kräftespiel einer neu formierten welfischen Hausmacht und expandierenden geistlichen Territorien. Diss. Münster 2005.

Bilder-Conversations-Lexikon für das deutsche Volk (1838). Ein Handbuch zur Verbreitung gemeinnütziger Kenntnisse und zur Unterhaltung. In vier Bänden, Zweiter Band: F-L. Leipzig: F. A. Brockhaus, 1838.

Bindt, C./A. Huber/K. Hecher (2008): Vorgeburtliche Entwicklung. In: Beate Hertz-Dahlmann et al. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart 2. Aufl. 2008.

Birkner, Othmar (2002): Die bedrohte Stadt. Cholera in Wien. Wien 2002.

Birreck, Louise (2017): Hygienehypothese und Bauernhofeffekt: Atopie-Entwicklung im Alter von 6 Jahren in Abhängigkeit von Lebensstilfaktoren. Ergebnisse aus der PASTURE-Geburtskohorte. Diss. Gießen 2017.

Bischoff, Ignaz Rudolph (1814): Beobachtungen über den Typhus und die Nervenfeiber, nebst ihrer Behandlung. Prag 1814.

- Bjerkset, Ottar/Pal Romundstad/David Gunnell (2008): Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. In: *The British Journal of Psychiatry* 192, 2008, S. 474–475.
- Blache (1835): Der Keuchhusten. In: *Analekten über Kinderkrankheiten oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters*, Erster Band, Heft 4, Stuttgart 1835, S. 42–80.
- Blessing, Werner K. (1979): Umbruchkrise und „Verstörung“. Die „Napoleonische“ Erschütterung und ihre sozialpsychologische Bedeutung (Bayern als Beispiel). In: *Zeitschrift für bayerische Landesgeschichte* 42, 1979, S. 75–106.
- Bobach, Reinhard (2004): *Der Selbstmord als Gegenstand historischer Forschung*. Regensburg 2004.
- Böhnisch, Lothar (2004): *Männliche Sozialisation. Eine Einführung*. Weinheim und München 2004.
- Boffetta, Paolo et al. (1999): Cigar and Pipe Smoking and Lung Cancer Risk: a Multicenter Study from Europe. In: *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 91, No. 8, April 21, 1999, S. 697–701.
- Bog, Ingomar (1970): Die wirtschaftlichen Trends, der Staat und die Agrarverfassung in der Geschichte Hessens. In: *Zeitschrift für Agrargeschichte und Agrarsoziologie* 18, 1970, S. 185–196.
- Boldt, A. (1979): *Heim, Freizeit, Schule. Bilanz von Forschungsergebnissen*. Bremerhaven 1979.
- Boldt-Stülzebach (2005), Annette: „tobehouf der armen pockenden lude ...“ – Seuchenhospitäler im mittelalterlichen Braunschweig. In: *Gotts verhengnis und seine straffe – Zur Geschichte der Seuchen in der Frühen Neuzeit*. Wolfenbüttel, Ausstellungskatalog der Herzog August Bibliothek Nr. 84, 2005, S. 77–84.
- Bomann, Wilhelm (1933): *Bäuerliches Hauswesen und Tagewerk im alten Niedersachsen*. Hannover 3. Aufl. 1933 (ND 1992).
- Bonita, Ruth et. al. (2006): *Einführung in die Epidemiologie*. Bern 2. Aufl. 2006.
- Borgers, Dieter (2002): Krebskrankheiten bei Männern und Frauen. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern usw. 2002, S. 291–307.
- Bornemann, Ernest (1985): Sexualität und Lebensphase – Beobachtungen an Embryos, Feten, Säuglingen und Greisen. In: Christoph Wulf (Hrsg.), *Lust und Liebe. Wandlungen der Sexualität*, München und Zürich 1985, S. 112–131.
- Borscheid, Peter (1994): Der alte Mensch in der Vergangenheit. In: Paul B. Baltes et. al. (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*, Berlin/New York 1994, S. 35–61.

- Bossi, Philippe et al. (2004): Bichat-Leitlinien für die klinische Behandlung von Pocken und mit Bioterrorismus zusammenhängenden Pocken (=Euro Surveill 2004; 9 (12)).
- Boswell, John (1980): Christianity, social tolerance, and homosexuality. Gay people in Western Europe from the beginning of the christian era to the fourteenth century. Chicago and London 1980.
- Bourgey, Louis/Marcel Martiny (2000): Hippokrates und die griechische Medizin des klassischen Zeitalters. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 1, Augsburg 2000, S. 300–349.
- Brandlmeier, Karl Paul (1942): Medizinische Ortsbeschreibungen des 19. Jahrhunderts im deutschen Sprachgebiet. Berlin 1942.
- Brandt, Harm-Hinrich (1960): Wirtschaftspolitik und gewerbliche Mitbeteiligung im nordhessischen Raum 1710–1960. Phil. Diss. Marburg 1960.
- Brázdil, Rudolf et al. (2001): Die Hungerjahre 1770–1772 in den böhmischen Ländern. Verlauf, meteorologische Ursachen und Auswirkungen. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 12, 2001, S. 44–78.
- Breit, Stefan (1991): „Leichtfertigkeit“ und ländliche Gesellschaft. Voreheliche Sexualität in der frühen Neuzeit. München 1991.
- Brendle, Franz (2010): Das konfessionelle Zeitalter. Berlin 2010.
- Bressler, Hermann (1841): Die Krankheiten der Leber, Milz und Bauch-Speicheldrüse. Berlin 1841.
- Brettner, Paul/Friedrich Judas (1992): Apelern. Ein Dorf macht Geschichte. Stadthagen 1992.
- Briese, Olaf (2003): Angst in den Zeiten der Cholera. Über kulturelle Ursprünge des Bakteriums. Seuchen-Coron I. Berlin 2003.
- Brockliss, L.W.B. (1990): The development of the spa in seventeenth-century france. In: Roy Porter (Hrsg.), The medical history of waters and spas, London 1990, S. 23–47.
- Bronisch, Thomas (2007): Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention. München 5. Aufl. 2007.
- Brosius, Dieter (1972): Das Stift Obernkirchen 1167–1565. Bückeburg 1972.
- Brosius, Dieter (2012): Möllenbeck. In: Josef Dolle (Hrsg.), Niedersächsisches Klosterbuch. Verzeichnis der Klöster, Stifte, Kommenden und Beginenhäuser in Niedersachsen und Bremen von den Anfängen bis 1810, Teil 3: Marienthal bis Zeven, Bielefeld 2012, S. 1059–1065.
- Bruchhausen, Walter/Heinz Schott (2008): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen 2008.

Brückmann, Franz Ernst (1729): Die Neu=erfundene Curieuse Floh=Falle zu gänzlicher Ausrottung der Flöhe. Ohne Ort 3. Aufl. 1729.

Brüdermann, Stefan (Hrsg.) (2018): 1615 – Recht und Ordnung in Schaumburg. Bielefeld 2018.

Brügelmann, Jan (1982): Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag 1750–1850. Medizinische Topographien als Quelle für die Sozialgeschichte des Gesundheitswesens. Berlin 1982.

Brügelmann, Jan (1983): Medikalisierung von Säuglings- und Erwachsenenalter in Deutschland zu Beginn des 19. Jahrhunderts aufgrund von medizinischen Topographien. In: Arthur E. Imhof (Hrsg.), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Colloquiums. Berlin 1.–3.12.1981, Berlin 1983, S. 177–192.

Buelzingsloewen, Isabelle von (2004): Die Entstehung des klinischen Unterrichts an den deutschen Universitäten des 18. Jahrhunderts und das Göttinger Accouchierhaus. In: Jürgen Schlumbohm und Claudia Wiesemann (Hrsg.), Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850. Göttingen, Kassel, Braunschweig, Göttingen 2004, S. 15–30.

Büthe, Elsbeth (2000): 800 Jahre Katharinenkirche. Rinteln 2000.

Bugert, Joachim J. (2009): Variola- und Vacciniavirus. In: Gholamreza Darai et al. (Hrsg.), Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Heidelberg 3. Aufl. 2009, S. 871–876.

Bulst, Neithart (1993): Landesherr und Stände in Lippe im 18. Jahrhundert. Zusammenarbeit und Konflikt. In: Neithart Bulst et al. (Hrsg.). Die Grafschaft Lippe im 18. Jahrhundert. Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft eines deutschen Kleinstaates, Bielefeld 1993, S. 251–267.

Bulst, Neithard (1994): Politik und Gesellschaft in Lippe zwischen 1750 und 1820. In: Johannes Arndt und Peter Nitschke (Hrsg.), Kontinuität und Umbruch in Lippe – sozialpolitische Verhältnisse zwischen Aufklärung und Restauration, Detmold 1994, S. 1–25.

Bulst, Neithard / Jochen Hooch (1981): Volkszählungen in der Grafschaft Lippe. Zur Statistik und Demographie in Deutschland im 19. Jahrhundert. In: Neithard Bulst et al. (Hrsg.), Familie zwischen Tradition und Moderne. Studien zur Geschichte der Familie in Deutschland und Frankreich vom 16. bis zum 20. Jahrhundert, Göttingen 1981, S. 57–87.

Bulst, Neithard / Jochen Hooch (1993a): Volkszählungen in der Grafschaft Lippe. Zur Statistik und Demographie in Deutschland im 18. Jahrhundert. In: Neithard Bulst et al. (Hrsg.). Die Grafschaft Lippe im 18. Jahrhundert. Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft eines deutschen Kleinstaates, Bielefeld 1993, S. 11–48.

Bulst, Neithard / Jochen Hoock (1993b): Territorialstruktur und Städtenez. Der Fall der Grafschaft Lippe am Ende des 18. Jahrhunderts. In: Neithart Bulst et al. (Hrsg.). Die Grafschaft Lippe im 18. Jahrhundert. Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft eines deutschen Kleinstaates, Bielefeld 1993, S. 137–151.

Burri, Hans-Rudolf (1975): Die Bevölkerung Luzerns im 18. und frühen 19. Jahrhundert. Demographie und Schichtung einer Schweizer Stadt im Ancien Régime. Luzern 1975.

Busch, Dietrich Wilhelm Heinrich et al. (Hrsg.) (1840): Encyklopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Zweiundzwanzigster Band. Berlin 1840.

Busch, Dietrich Wilhelm Heinrich et al. (Hrsg.) (1841): Encyklopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Sechszwanzigster Band. Berlin 1841.

Busch, Dietrich Wilhelm Heinrich et al. (Hrsg.) (1842): Encyklopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Siebenzwanzigster Band. Berlin 1842.

Carrasco, Raphael (1997): Sodomiten und Inquisitoren im Spanien des 16. und 17. Jahrhunderts. In: Alain Corbin (Hrsg.), Die sexuelle Gewalt in der Geschichte, Frankfurt/Main 1997, S. 45–58.

Cazin, F. J. (1851): Die Spulwürmer, vom praktisch-ärztlichen Standpunkt betrachtet. In: Carl Christian Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin, 70, 1851, S. 51–55.

Cellucci, Michael F. (2019): Dehydration bei Kindern. MSD Manual. Ausgabe für medizinische Fachkreise. Inhalt zuletzt geändert Mrz 2019

Chelius, Maximilian Joseph (1830): Handbuch der Chirurgie zum Gebrauche bei seinen Vorlesungen. Stuttgart 3. Aufl. 1830.

Cless, Georg (1837): Geschichte der Schleimfieber-Epidemien Stuttgarts von 1783 bis 1856 mit besonderer Berücksichtigung der Epidemie von 1835 bis 1836. Stuttgart 1837.

Collin, Victor (1828): Die Untersuchung der Brust zur Erkenntniss der Brustkrankheiten. Aus dem Französischen übersetzt von F. J. Bourel. Köln 1828.

Condrau, Flurin (2000): Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Göttingen 2000.

Conradi, Johann Wilhelm Heinrich (1833): Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie zum Gebrauch bei seinen Vorlesungen. 2. Band. Cassel 1833.

Corbin, Alain (1984): Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte des Geruchs. Berlin 1984.

Corbin, Alain (1999): Auf den Spuren eines Unbekannten. Ein Historiker rekonstruiert ein ganz gewöhnliches Leben. Frankfurt/M. 1999.

- Damaros, Ulrich von (1998): Untersuchungen zu bäuerlichen Gebäuden im Umkreis der Stadt Rinteln. In: Land und Leute. Geschichtsblätter des Heimatbundes der Grafschaft Schaumburg 1, 1998, S. 62–88.
- Darai, Gholamreza et al. (2009): Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Heidelberg 3. Aufl. 2009.
- Dascher, Ottfried (1968): Das Textilgewerbe in Hessen-Kassel vom 16. bis 19. Jahrhundert. Marburg 1968.
- Davidson, William (1843): Ueber den Typhus oder die Quellen und Verbreitungsweise der anhaltenden Fieber in Grossbritannien und Irland. Cassel 1843.
- Degenhardt, Annette/Andreas Thiele (2002): Biomedizinische und biopsychosoziale Modelle. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Bern usw. 2002, S. 87–103.
- Delmas, André (2000): Geschichte der Anatomie. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 2, Augsburg 2000, S. 850–909.
- Demandt, Karl E. (1980): Geschichte des Landes Hessen. Kassel 2. Aufl. 1980
- Demicheli, V. et al. (2012): Vaccines for measles, mumps and rubella in children (Review). In: The Cochrane Library 2012, Issue 2 (The Cochrane Collaboration 2012).
- Dettko, Barbara (1995): Die asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preussischen Provinzen, Posen, Preussen und Schlesien. Berlin und New York 1995.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.) (2019): Richtlinien zur Manuskriptgestaltung. Göttingen 5. Aufl. 2019.
- Deutsche Herzstiftung (2016) (Hrsg.): Deutscher Herzbericht 2016. 28. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin in Deutschland. 2016.
- Deutsche Kinderkrebsstiftung (2012): Bösartige Tumoren im Kindersalter. Informationen für Patienten und Eltern. Bonn und Berlin 2012.
- Diab-Elschahawi, Magda/Elisabeth Presteri (2013): Gibt es Geschlechterunterschiede bei Infektionen? In: Krankenhaushygiene up2date 2013, 08(02), S. 101–113.
- Dilg, Peter (2005): Zum Begriff pharmacia im Mittelalter. In: Das Mittelalter. Perspektiven mediävistischer Forschung 2005, Band 10, Heft 1: Heilkunde im Mittelalter, S. 103–115.
- Dinges, Martin (2005): Seuchen in Mittelalter und Früher Neuzeit. In: Herzog August Bibliothek Wolfenbüttel (Hrsg.), Gottes verhängnis und seine straffe. Zur Geschichte der Seuchen in der Frühen Neuzeit, Ausstellungskataloge der Herzog-August-Bibliothek Nr. 84, Wolfenbüttel 2005, S. 15–26.
- Dinges, Martin (Hrsg.) (2007): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000. Stuttgart 2007.

- Dinges, Martin (2010): Die Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen in historischer Perspektive (1780–2010). In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 29, 2010, S. 97–121.
- Dinges, Martin (2013): Aufstieg und Fall des „Halbgottes in Weiß“? Gesellschaftliches Ansehen und Selbstverständnis von Ärzten (1800–2010). In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 31, 2013, S. 145–159.
- Dinges, Martin/Pierre Pfütsch (Hrsg.) (2020): *Männlichkeiten in der Frühmoderne. Körper, Gesundheit und Krankheit (1500–1850)*. Stuttgart 2020.
- Dinkel, Reiner H./Kohls, Martin (2006): Die „normale“ Saisonalität und die Auswirkung kurzzeitiger Extremwerte der Mortalität in Deutschland. In: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 31, 2006, S. 163–186.
- Dipper, Christoph (1991): *Deutsche Geschichte 1648–1789*. Frankfurt/M. 1991.
- Dirlmeier et al. (2009): *Europa im Spätmittelalter 1215–1378*. 2. Aufl. München 2009
- Dobler, Gerhard und Roman Wölfel (2009): Fleckfieber und andere Rickettsiosen. Alte und neu auftretende Infektionen in Deutschland. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106, Heft 20, S. 348–354.
- Doepp, Ph. (1835): Bemerkungen über einige Krankheiten der Säuglinge. In: *Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte*. Erster Band, Heft 3, Stuttgart 1835, S. 150–168.
- Dollen, Busso von der (1980): Vorortbildung. Zur Überformung ländlicher Siedlungen durch die Stadt vor der Industrialisierung. In: *Die Alte Stadt* 7, 1980, S. 3–28.
- Donaldson, G. C./J. J. Goldring/J. A. Wedchiza (2012): Influence of season on exacerbation characteristics in patients with COPD. In: *Chest* 2012, 141, S. 94–100.
- Dowe, Dieter (1981): Methodologische Überlegungen zum Problem des Hungers in Deutschland in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Werner Conze und Ulrich Engelhardt (Hrsg.), *Arbeiterexistenz im 19. Jahrhundert. Lebensstandard und Lebensgestaltung deutscher Arbeiter und Handwerker*, Stuttgart 1981, S. 202–234.
- Drees, Annette (1988): *Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert*. Münster 1988.
- Duden, Barbara (1987): *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart 1987.
- Duden, Barbara (1992): Die „Geheimnisse“ der Schwangeren und das Öffentlichkeitsinteresse der Medizin. Zur sozialen Bedeutung der Kindsregung. In: Karin Hausen und Heide Wunder (Hrsg.), *Frauengeschichte – Geschlechtergeschichte*, Frankfurt/New York 1992, S. 117–128.

Duden, Barbara (2002): Zwischen „wahrem Wissen“ und Prophetie: Konzeptionen des Ungeborenen. In: dies. et al. (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Göttingen 2002, S. 11–48.

Düsing, Carl (1890): *Das Geschlechterverhältnis der Geburten in Preußen (=Staatswissenschaftliche Studien, Band 3, Heft 6)*. Jena 1890.

Dugès, Antoine (1835): Ueber das Zahnen. In: *Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte. Erster Band, Heft 2*, Stuttgart 1835, S. 129–141.

Duggan, Ana T et al. (2016): 17th Century Variola Virus Reveals the Recent History of Smallpox. In: *Current Biology* 26, 2016, S. 3407–3412.

Dustin, Pierre (2000): Die pathologische Anatomie. In: Richard Toellner (Hrsg.), *Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 4*, Augsburg 2000, S. 2044–2089.

Eckhardt, Albrecht (1965): Die Gewerbestruktur der Landgrafschaft Hessen-Kassel um 1740. In: *Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte* 15, 1965, S. 162–218.

Eggers, Christian Ulrich Detlev von (1786): *Philosophische Schilderung der gegenwärtigen Verfassung von Island, nebst Stephensens zuverlässiger Beschreibung des Erdbrandes im Jahre 1783 und anderen authentischen Beylagen*. Altona 1786.

Ehmer, Josef (2013): *Bevölkerungsgeschichte und Historische Demographie 1800–2010*. München 2. Aufl. 2013.

Ehmke, Anneliese (1955): Die Entwicklung der Landwirtschaft. In: *Schaumburg-lippische Siedlungsgeschichte. Veröffentlichungen des Niedersächsischen Amtes für Landesplanung und Statistik, Reihe D: Band 12*, 1955, S. 21–27.

Medicinisch=chirurgische Zeitung (1817). Fortgesetzt von Johann Nepomuk Ehrhart. Dritter Band. 1817.

Ehrhart, Johann Nepomuk (1812): *Medicinisch=chirurgische Zeitung, fortgesetzt von Johann Nepomuk Ehrhart. Zweyter Band*. 1812. Salzburg 1812.

Ehrhart, Johann Nepomuk (1817): *Medicinisch=chirurgische Zeitung, fortgesetzt von Johann Nepomuk Ehrhart. Dritter Band*. 1817. Salzburg 1817.

Eichberg, Henning (1989): Zirkel der Vernichtung oder Kreislauf des Kriegsgewinns? Zur Ökonomie der Festung im 17. Jahrhundert. In: Bernhard Kirchgässner und Günter Scholz (Hrsg.), *Stadt und Krieg (=Stadt in der Geschichte 15)*, Sigmaringen 1989, S. 105–124.

Eick, Stefan (2002): Schaumburg und Holstein: „Up ewig gedeelt?“ Zur Entstehung der Grafschaft Schaumburg im 12. und 13. Jahrhundert. In: Hubert Höing (Hrsg.), *Schaumburg und die Welt. Zu Schaumburgs auswärtigen Beziehungen in der Geschichte*, Bielefeld 2002, S. 189–214.

Eisenmann, Gottfried (1835): *Die Krankheits-Familie Typhus*. Erlangen 1835.

El Alfi, Hassan (1854): Ueber die Ruhr. Diss. München 1854.

Eliassow, Walter (1926): Zur Epidemiologie der ansteckenden Kinderkrankheiten. In: Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, XXII. Band, 3. Heft, Berlin 1926, S. 1–36.

Elsäßer, Gabriele (2012): Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2012. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2010. Herausgegeben vom Statistischen Bundesamt. Wiesbaden 2012.

Embach, Michael (2003): Die Schriften Hildegards von Bingen. Studien zu ihrer Überlieferung und Rezeption im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit. Berlin 2003.

Engel, Claudia (1990): Reproduktionsstrategien im sozioökologischen Kontext. Eine evolutionsbiologische Interpretation sozialgruppenspezifischer demographischer Muster in einer historischen Population (Krummhörn, Ostfriesland im 18. und 19. Jahrhundert). Göttingen 1990.

Engel, Franz (1949): Das Rodungsrecht der Hagensiedlungen. Quellen zur Entwicklungsgeschichte der spätmittelalterlichen Kolonisationsbewegung (=Quellenhefte zur niedersächsischen Geschichte 3). Hildesheim 1949.

Engel, Franz (1955): Die ländlichen Siedlungen und ihre Geschichte. In: Der Landkreis Schaumburg-Lippe 1955, S. 103–118.

Engel, Franz (1956): Hagenname, Hagenrecht und Hagenhufe. Eine Entgegnung. In: Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 28, 1956, S. 252–260.

Engel, Franz (1970): Die ländlichen Siedlungen in Schaumburg-Lippe und ihre Geschichte. In: ders. (Hrsg.), Beiträge zur Siedlungsgeschichte und historischen Landeskunde: Mecklenburg, Pommern und Niedersachsen. Köln 1970, S. 162–196.

Engelhard, Johann Friedrich (1797): Ueber die Ruhr und ihre vornehmsten Verwicklungen und Folgekrankheiten. Winterthur 1797.

Engelsing, Rolf (1978): Zur Sozialgeschichte deutscher Mittel- und Unterschichten. Göttingen 2. Aufl. 1978.

Enke, Ulrike (2002): Von der Schönheit der Embryonen. Samuel Thomas Soemmerings Werk *Icones embryonum humanorum* (1799). In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert, Göttingen 2002, S. 205–235.

Erker, Brigitte (2003): ‚Brunnenfreiheit‘ in Pyrmont. Gesundheit und Geselligkeit im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts. In: Rainard Eßer und Thomas Fuchs (Hrsg.), Bäder und Kuren in der Aufklärung. Medizinaldiskurs und Freizeitvergnügen, Berlin 2003, S. 53–97.

Erneuerte Belehrung über das Verhalten beim sogenannten Milzbrand oder gelben Knopf (1803). Stuttgart 1803.

Eßer, Rainard/Thomas Fuchs (2003): Einleitung. In: dies. (Hrsg.), Bäder und Kuren in der Aufklärung. Medizinaldiskurs und Freizeitvergnügen, Berlin 2003, S. 9–14.

- Eulner, Hans-Heinz (1969): Hygiene als akademisches Fach. In: Walter Artelt et al. (Hrsg.), Städte-, Wohnungs- und Kleidungshygiene des 19. Jahrhunderts in Deutschland, Stuttgart 1969, S. 17–33.
- Eulner, Hans-Heinz (1970): Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970.
- Evans, Richard J. (1990): Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910. Reinbek bei Hamburg 1990.
- Evers, Arrien (1964): Bad Nenndorf. Die Entwicklung eines Heilbades. Stuttgart 1964.
- Faust, Bernhard Christoph (1804): Oeffentliche Anstalten: die Blattern, durch die Einimpfung der Kuhpocken, auszurotten. Bückeburg 1804.
- Faust, Volker (A): Suizid und Suizidversuch. In: www.psychosoziale-gesundheit.net. O. O. u. J.
- Faust, Volker (B): Jahreszeit und Suizid. In: www.psychosoziale-gesundheit.net. O. O. u. J.
- Feige, Rudolf (1932): Abgaben der schauburgischen Bauern gegen Ende des 18. Jahrhunderts. In: Heimatblätter. Beilage zur Schaumburger Zeitung, Nr. 45, 1932.
- Feige, Rudolf (1933): Zur Geschichte des Dorfes Hessendorf. In: Heimatblätter. Beilage zur Schaumburger Zeitung, Nr. 9, 1933.
- Fenneberg, Fenner von (1837): Ueber das Benehmen des Kinderarztes. In: Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte. Dritter Band, Heft 9, Stuttgart 1837, S. 3–28.
- Fenner, Frank (1988) et al.: Smallpox and its Eradication (=History of International Public Health, No. 6). World Health Organization 1988.
- Fertig, Georg (2016): Das Ende der Historischen Demographie in Deutschland? – oder: Neue Orte der Interdisziplinarität. 23. Herbsttagung des Arbeitskreises Historische Demographie. In: H-Soz-Kult, 09.06.2016, <www.hsozkult.de/event/id/event-81151>. [Letzter Zugriff: 2023-11-12]
- Filippini, Nadia Maria (2002): Die „erste Geburt“. Eine neue Vorstellung vom Fötus und vom Mutterleib (Italien, 18. Jahrhundert). In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert, Göttingen 2002, S. 99–127.
- Fimpel, Martin (2004): Wege aus der Schuldenfalle. Kameralismus in Schaumburg-Lippe in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts. In: Hubert Höing (Hrsg.), Strukturen und Konjunkturen. Faktoren der schauburgischen Wirtschaftsgeschichte, Bielefeld 2004, S. 115–137.
- Fischer, Anton Friedrich (1831a): Gründliche Darstellung des Schlagflusses, dessen Ursächlichen, Wesen und Heilart. Nürnberg 1831.

Fischer, Anton Friedrich (1831b): Gründliche Darstellung der Krankheiten der Leber, deren Ursachen, Kennzeichen und Heilart. Nürnberg 1831.

Fischer, Klaus-Dietrich (2005): Hildegard von Bingen. Kranke und Heilerin. In: Das Mittelalter. Perspektiven mediävistischer Forschung 10, Heft 1, 2005: Heilkunde im Mittelalter. Herausgegeben von Ortrun Riha, S. 20–34.

Flügge, Sybilla (2003): „Reformation oder erneuerte Ordnung die Gesundheit betreffend“ – Die Bedeutung des Policeyrechts für die Entwicklung des Medizinalwesens zu Beginn der Frühen Neuzeit. In: Bettina Wahrig und Werner Sohn (Hrsg.), Aufklärung, Policey und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850, Wiesbaden 2003, S. 17–37.

Forgue, Emile/Alain Bouchet (2000): Die Chirurgie bis zum Ende des 18. Jahrhunderts. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 2, Augsburg 2000, S. 910–1001.

Formey, Ludwig (1796): Versuch einer medicinischen Topographie von Berlin. Berlin 1796.

Francois, Etienne (1982): Koblenz im 18. Jahrhundert. Zur Sozial- und Bevölkerungsstruktur einer deutschen Residenzstadt. Göttingen 1982.

Franz, Günther (1979): Der Dreißigjährige Krieg und das deutsche Volk. Untersuchungen zur Bevölkerungs- und Agrargeschichte. Stuttgart und New York 4. Aufl. 1979.

Freud, Sigmund/Oscar Rie (1891): Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder. Wien 1891.

Freitag, Werner (1986): Krisen vom „Typ Ancien“. Eine Fallstudie: Die Grafschaft Lippe 1770–1773. In: Lippische Mitteilungen aus Geschichte und Landeskunde 55, 1986, S. 97–139.

Frevert, Ute (1982): Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert. Zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses. In: Annette Kuhn und Jörn Rüsen (Hrsg.), Frauen in der Geschichte II: Fachwissenschaftliche und fachdidaktische Beiträge zur Sozialgeschichte der Frauen vom frühen Mittelalter bis zur Gegenwart, Düsseldorf 1982, S. 177–210.

Frevert, Ute (1984): Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen 1984.

Frevert, Ute (2011): Gefühle definieren: Begriffe und Debatten aus drei Jahrhunderten. In: dies. et al. (Hrsg.), Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne, Frankfurt/New York 2011, S. 9–39.

Frevert, Ute (2013): Vergängliche Gefühle. Göttingen 2013.

Frey, Manuel (1997): Der reinliche Bürger. Entstehung und Verbreitung bürgerlicher Tugenden in Deutschland, 1760–1860. Göttingen 1997.

Freytag, Regula (2001): Unsereins macht „es“ richtig! Die Geschichte von Axel M. oder die Macht eines geschlechtstypischen Spruchs. In: dies. und Thomas Giernalczyk (Hrsg.), *Geschlecht und Suizidalität*, Göttingen 2001, S. 106–113.

Friedhoff, Jens (1998): „Magnificence“ und „Utilité“. Bauen und Wohnen 1600–1800. In: Ulf Dirlmeier (Hrsg.), *Geschichte des Wohnens*, Band 2: 500–800. Hausen, Wohnen, Residieren, Stuttgart 1998, S. 505–788.

Fues, Wolfgang Malte (1991): Amme oder Muttermilch? Der Disput um das Stillen in der frühen deutschen Aufklärung. In: *Aufklärung* 2, 1991, S. 79–126.

Funk, D. C. L. (1803): Nachricht von der Einführung einiger Industrieschulen in dem Kirchspiele Fischbeck in der Hochf. Hessischen Grafschaft Schaumburg, nebst einigen Bemerkungen über die Einführung derselben überhaupt. In: *Magazin für das Kirchen- und Schulwesen besonders in Hessen und den angränzenden Ländern*, Band 1, 1803, S. 49–58.

Gailus, Manfred (1994): Hungerunruhen in Preußen. In: ders. und Heinrich Volkmann (Hrsg.), *Der Kampf um das tägliche Brot. Nahrungsmangel, Versorgungspolitik und Protest 1770–1990*, Opladen 1994, S. 176–199.

Gallesky, Johann Gottfried (1767): Abhandlung vom Miserere oder von der Darmgicht, nebst einigen Bemerkungen von den heilsamen Kräften des Leinöl in dieser Krankheit. Wietau und Riga 1767.

Garrigue Masaryk, Thomas (1881): *Der Selbstmord als sociale Massenerscheinung der modernen Civilisation*. Wien 1881.

Gaudlitz, Julia (2015): *Schutzimpfung Masern. Prävention einer vermeintlich harmlosen Kinderkrankheit*. Bremen 2015.

Gay, Peter (1986): *Erziehung der Sinne. Sexualität im bürgerlichen Zeitalter*. München 1986.

Gehrmann, Rolf (1984): *Leezen 1720–1870. Ein historisch-demographischer Beitrag zur Sozialgeschichte des ländlichen Schleswig-Holstein*. Neumünster 1984.

Gehrmann, Rolf (2000): *Bevölkerungsgeschichte Norddeutschlands zwischen Aufklärung und Vormärz*. Berlin 2000.

Gehrmann, Rolf (2011): Säuglingssterblichkeit in Deutschland im 19. Jahrhundert, 1816–1900. In: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Jg. 36, Heft 4, 2011, S. 807–838.

Gélis, Jacques (1998): Lebenszeichen – Todeszeichen: Die Wundertaufe totergeborener Kinder im Deutschland der Aufklärung. In: Jürgen Schlumbohm et al. (Hrsg.), *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*, München 1998, S. 269–288.

Gellatly, Corry (2010): *The Genetics of Human Sex Ratio Evolution*. Newcastle University 2010.

Gerhard, Hans-Jürgen (2004): Preise als wirtschaftshistorische Indikatoren. Wilhelm Abels preishistorische Untersuchungen aus heutiger Sicht. In: Markus A. Denzel (Hrsg.), *Wirtschaft – Politik – Geschichte. Beiträge zum Gedenkkolloquium anlässlich des 100. Geburtstages von Wilhelm Abel am 16. Oktober 2004 in Leipzig*, Stuttgart 2004, S. 37–58.

Geuns, M. van (1790): *Abhandlung über die epidemische Ruhr, besonders des Jahres 1783. Aus dem Holländischen übersetzt, und mit einigen Anmerkungen begleitet von Johann Bernhard Keup*. Düsseldorf 1790.

Geweke, Ernst (2002): *Sachsenhagen, eine kleine Stadt. Eine Reise in die Vergangenheit*. Ohne Ort (Books on Demand) 2002.

Gierl, Martin (1988): Vom Wühlen der Aufklärung im Gedärme. In: Kornelia Duwe et al. (Hrsg.), *Göttingen ohne Gänseliesel. Texte und Bilder zur Stadtgeschichte*, Gundersberg-Gleichen 1988, S. 144–149.

Gins, Heinrich A. (1916): Beobachtungen an Pockenfällen in Polen. In: *Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Medizinalverwaltung* 6, 1916, S. 1–33.

Gins, Heinrich A. (1925): Epidemiologische Betrachtungen über die Pockenausbrüche der Jahre 1916/17 in Preußen. In: *Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Medizinalverwaltung* 19, 1925, S. 341–420.

Gins, Heinrich A. (1963): *Krankheit wider den Tod. Schicksal der Pockenschutzimpfung*. Stuttgart 1963.

Glatter, Eduard (1870): Einige Bemerkungen über Medicinal-Statistik, mit Studien über Mutter- und Brustkrebs. In: *Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege* 1870, Zweiter Band, S. 161–168.

Glaser, Hermann (1994): *Industriekultur und Alltagsleben. Vom Biedermeier zur Postmoderne*. Frankfurt/Main 1994.

Glaser, Rüdiger (2008): *Klimageschichte Mitteleuropas. 1200 Jahre Wetter, Klima, Katastrophen*. Darmstadt 2. Aufl. 2008.

Gleixner, Ulrike (2002): Todesangst und Gottergebenheit: Die Spiritualisierung von Schwangerschaft und Geburt im lutherischen Pietismus. In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Göttingen 2002, S. 75–98.

Gleixner, Ulrike (1996): „Das Mensch“ und „der Kerl“. Die Konstruktion von Geschlecht in Unzuchtsverfahren der Frühen Neuzeit (1700–1760). Frankfurt/M. u. New York 1996.

Gluge, Gottlieb (1837): *Die Influenza oder Grippe, nach den Quellen historisch-pathologisch dargestellt*. Minden 1837.

Göden, Hans Adolph (1816): *Die Geschichte des ansteckenden Typhus in vier Büchern*. Breslau 1816.

Goethe, Johann Wolfgang (1995): Aus meinem Leben. Dichtung und Wahrheit (=Sämtliche Werke nach Epochen seines Schaffens. Münchner Ausgabe 16), München und Wien 1985.

Gömmel, Rainer (1998): Die Entwicklung der Wirtschaft im Zeitalter des Merkantilismus 1620–1800. München 1998.

Göttingische Gelehrte Anzeigen (ab 1802).

Gotthardt, Carl et al. (1959): Heßlingen. Beiträge zur Geschichte des Dorfes. Rinteln 1959.

Gräf, Holger Th. (2014): Ce corps de troupes fait notre Pérou. Die Subsidienverträge der Landgrafen von Hessen-Kassel im Überblick. In: ders. et al. (Hrsg.), Die „Hessians“ im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg, Marburg 2014, S. 41–57.

Gravert, Annette (1994): Heilmagnetismus in der Gegenwart. Eine empirische Untersuchung. In: Günter Wiegmann (Hrsg.), Volksmedizin in Nordwestdeutschland. Heilmagnetismus – „Besprechen“ – Erfahrungsheilkunde, Münster/New York 1994, S. 1–101.

Greve, Klaus/Kersten Krüger (1982): Steuerstaat und Sozialstruktur – Finanzsoziologische Auswertung der hessischen Katastervorbeschreibungen für Waldkappel 1744 und Herleshausen 1748. In: Geschichte und Gesellschaft 8, 1982, S. 295–332.

Grimmelshausen, Hans Jacob Christoph von (1971): Lebensbeschreibung der Erzbetrügerin und Landstörzerin Courasche. Stuttgart 1971.

Grindel, Susanne (1994): Disziplinierung und Integration. Zur öffentlichen Armenfürsorge im 19. Jahrhundert am Beispiel des Kurfürstentums Hessen. In: Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte 44, 1994, S. 91–113.

Grindel, Susanne (2000): Armenpolitik und Staatlichkeit. Das öffentliche Armenwesen im Kurfürstentum Hessen (1803–1866). Darmstadt und Marburg 2000.

Gross, Dominik (1998): „Deprofessionalisierung“ oder „Paraprofessionalisierung“? Die berufliche Entwicklung der Hebammen und ihr Stellenwert in der Geburtshilfe des 19. Jahrhunderts. In: Sudhoffs Archiv 82, 1998, S. 219–238.

Gross, Dominik (1999): Die Aufhebung des Wundarztberufs. Ursachen, Begleitumstände und Auswirkungen am Beispiel des Königreichs Württemberg (1806–1918). Stuttgart 1999.

Grzylewski, Hans-Georg, et al. (1983): Rinteln. Geschichte und Typologie. Hannover 1983.

Guersent (1835): Ueber den Croup. In: Analekten über Kinderkrankheiten oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, Erster Band, Heft 3, Stuttgart 1835, S. 51–114.

Guersent/Blache (1837): Ueber die Ekklampsie der Kinder. In: *Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte*. Vierter Band, Heft 12, Stuttgart 1837, S. 312–357.

Guthke, Karl S. (2006): *Sprechende Steine. Eine Kulturgeschichte der Grabschrift*. Göttingen 2006.

Haase, Carl (1965): Der Bildungshorizont der norddeutschen Kleinstadt am Ende des 18. Jahrhunderts. Zwei Bücherverzeichnisse der Lesegesellschaften in Wunstorf aus dem Jahre 1794. In: Otto Brunner et al. (Hrsg.), *Festschrift Hermann Aubin zum 80. Geburtstag*. Band 2, Wiesbaden 1965, S. 511–525.

Häberlein, Mark (2014): Die „Hessians“ in der amerikanischen Kulturgeschichte. In: Gräf et al. (Hrsg.), *Die „Hessians“ im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg*, Marburg 2014, S. 259–283.

Hähner-Rombach, Sylvelyn (2000): *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des 2. Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*. Stuttgart 2000.

Härtel, Ursula (2002): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern usw. 2002, S. 273–290.

Haeser, H. (1865): *Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten*. Zweiter Band: *Geschichte der epidemischen Krankheiten*. Jena 2. Aufl. 1865.

Hajnal, John (1965): *European Marriage Patterns in Perspective*. In: David Victor Glass und David Edward Charles Eversley (Hrsg.), *Population in History. Essays in Historical Demography*, London 1965, S. 101–145.

Hamm, Friedrich (1976): *Naturkundliche Chronik Nordwestdeutschlands*. Hannover 1976.

Hampe, Henrike (2001): Hebammen und Geburtshelfer im Göttingen des 18. Jahrhunderts. Das Jahr 1751 und seine Folgen. In: Christine Loytved (Hrsg.), *Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen*, Osnabrück 2001, S. 53–61.

Handbuch (1844): *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie der acuten Krankheiten nach den Erfahrungen der bewährtesten Aerzte unserer Zeit systematisch dargestellt*. Zweiter Band. Berlin 3. Aufl. 1844.

Handbuch des kurhessischen Militair-, Hof- und Civil-Staats. Kassel (ab 1820).

Hannes, Christian Rudolph (1766): *Die Unschuld des Obstes in Erzeugung der Ruhr*. Wesel 1766.

Hannover, Adolph (1852): *Das Epithelioma, eine eigenthümliche Geschwulst, die man im Allgemeinen bisher als Krebs angesehen hat*. Leipzig 1852.

Hannoverische Beyträge zum Nutzen und Vergnügen (ab 1759).

Hannoverische Gelehrte Anzeigen (ab 1750/51).

Hannoverisches Magazin (ab 1763).

Happe, Barbara (1988): Gottesäcker gegen Mitnacht und freyer Durchzug der Winde. Hygiene auf dem Friedhof des 18. und 19. Jahrhunderts. In: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Hrsg. von Werner Friedrich Kümmel. Band 7: Für das Jahr 1988, S. 205–232.

Harcken-Junior, Walther (2004): Marschenfieber. Ein medizin-historischer Beitrag zur Kulturgeschichte der Marschen der südlichen Nordseeküste. Oldenburg 2004.

Hard, Gerhard (1988): Selbstmord und Wetter – Selbstmord und Gesellschaft. Stuttgart 1988.

Hardach-Pinke, Irene / Gerd Hardach (Hrsg.) (1978): Deutsche Kindheiten. Autobiographische Zeugnisse 1700–1900. Kronberg/Ts. 1978.

Hardege d. jüng. (1806): Geschichte und Resultate der Schutzblatternimpfung in der Grafschaft Stolberg-Wernigerode. In: Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunft 23. Band, 2. Stück, 1806, S. 119–152.

Harnack, Gustav-Adolf von (Hrsg.) (1980): Kinderheilkunde. Berlin, Heidelberg und New York 5. Aufl. 1980.

Hartemann, Jean (1992): Geschichte der Geburtshilfe vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 3, Erlangen 1992, S. 1325–1337.

Hartinger, Walter (1986): Teuerungstafeln zu den Hungerjahren 1816/1817. In: Volkskunst 9, Heft 4, 1986, S. 5–10.

Hartmann, Philipp Karl (1810): Sicherungsanstalten und Verwahrungsmittel gegen anstecken-de Nerven= und Faulfieber. Olmütz 1810.

Hartung, Thomas (2001): Zur Entwicklung der Pockenschutzimpfung unter besonderer Berücksichtigung Thüringens im 18. und 19. Jahrhundert. Diss. Jena 2001.

Hauff, Gottl. Chr. Fr. (1836): Zur Lehre von der Ruhr. Tübingen 1836.

Hauptmeyer, Carl-Hans (1977): Die Bauernunruhen in Schaumburg-Lippe 1784–1793. Landesherr und Bauern am Ende des 18. Jahrhunderts. In: Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 49, 1977, S. 149–207.

Hauptmeyer, Carl-Hans (1980): Souveränität, Partizipation und absolutistischer Kleinstaat. Die Grafschaft Schaumburg (-Lippe) als Beispiel. Hildesheim 1980.

Hauptmeyer, Carl-Hans (1983): Bäuerlicher Widerstand in der Grafschaft Schaumburg-Lippe, im Fürstentum Calenberg und im Hochstift Hildesheim. Zur Frage der qualitativen Veränderung bäuerlicher Opposition am Ende des 18. Jahrhunderts. In: Winfried Schulze (Hrsg.), Aufstände, Revolten und Prozesse. Beiträge zu bäuerlichen Widerstandsbewegungen im frühneuzeitlichen Europa, Stuttgart 1983, S. 217–232.

Hauptmeyer, Carl-Hans (1995): Schaumburg am Ende des 18. Jahrhunderts. Überkommene Strukturen und Ansätze zur Modernisierung. In: Hubert Höing (Hrsg.), Vom Ständestaat zur freiheitlich-demokratischen Republik, Melle 1995, S. 1–11.

Hauptmeyer, Carl-Hans (1997): Niedersächsische Wirtschafts- und Sozialgeschichte im hohen und späten Mittelalter (1000–1500). In: Ernst Schubert (Hrsg.), Geschichte Niedersachsens, Band 2,1, Hannover 1997, S. 1039–1378.

Hauptmeyer, Carl-Hans (1998): Niedersachsen und Schaumburg. In: Hubert Höing (Hrsg.), Der Raum Schaumburg. Zur geschichtlichen Begründung einer regionalen Identität, Melle 1998, S. 16–28.

Hauptmeyer, Carl-Hans (2009): Verkehr im Mittelalter. Das Beispiel Niedersachsen. In: Bernhard Friedrich (Hrsg.), Bewegung im Raum – Raum in Bewegung, Frankfurt/M. usw. 2009, S. 21–45.

Hausen, Karin (1988): „...eine Ulme für das schwanke Efeu“. Ehepaare im Bildungsbürgertum. Ideale und Wirklichkeit im späten 18. Und 19. Jahrhundert. In: Ute Frevert (Hrsg.), Bürgerinnen und Bürger. Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert, Göttingen 1988, S. 85–117.

Hauser, Susanne (1992): Reinlichkeit, Ordnung und Schönheit. Zur Diskussion über Kanalisation im 19. Jahrhundert. In: Die alte Stadt 4, 1992. 292–312.

Haverkamp, Michael (1995): „... herrscht hier seit heute die Cholera.“ Lebensverhältnisse, Krankheit und Tod. Sozialhygienische Probleme der städtischen Daseinsvorsorge im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Osnabrück. Osnabrück 1995.

Hawton, Keith/Karen Rodham/Emma Evans (2008): Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention. Bern 2008.

Hecker, August Friederich (1809): Ueber die Natur und Heilart der Faulfieber, nebst Bemerkungen über einige Verschiedenheiten, Eintheilungen und Kurmethoden der Fieber überhaupt. Berlin 1809.

Hecker, August Friederich (1830): Allgemeines Wörterbuch der gesammten theoretischen und praktischen Heilkunde. Ersten Bandes zweite Abtheilung. Gotha 1830.

Heggen, Alfred (1984): Massenarmut, „Branntweinpest“ und Mäßigkeitsbewegungen in Nordwestdeutschland um 1840. In: Westfälische Zeitschrift 134, 1984, S. 366–388.

Heine, Hans-Wilhelm (2014): Die mittelalterlichen Burgen der alten Grafschaft Schaumburg. Stand der mittelalterarchäologischen Forschung – offene Fragen. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), Schaumburg im Mittelalter, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 88–118.

Heischkel-Artelt, Edith (1967): Die Welt des praktischen Arztes im 19. Jahrhundert. In: Walter Artelt und Walter Rüegg (Hrsg.), Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1967, S. 1–16.

Hell, Regina (2002): Der Säftebegriff in den Schriften Thomas Sydenhams (1624–1689). Diss. Tübingen 2002.

- Helm, Dietrich (1979): Die Cholera in Lübeck. Epidemioprohylaxe und –bekämpfung im 19. Jahrhundert. Neumünster 1979.
- Helmbold, Marie-Luise (1982): Geschichte des Stiftes Fischbeck bei der Weser. Nach Urkunden des Stiftsarchivs und kritischer Benutzung anderer Quellen. Göttingen 1982.
- Hennigs, Annette (1994): Vom Leben mit Straßen und Wegen im frühneuzeitlichen Lippe. In: Johannes Arndt und Peter Nitschke (Hrsg.), *Kontinuität und Umbruch in Lippe – sozialpolitische Verhältnisse zwischen Aufklärung und Restauration*, Detmold 1994, S. 129–143.
- Hennigs, Annette (2002): *Gesellschaft und Mobilität. Unterwegs in der Grafschaft Lippe 1680 bis 1820*. Bielefeld 2002.
- Henning, Friedrich Wilhelm (1969): Die Betriebsgrößenstruktur der mitteleuropäischen Landwirtschaft im 18. Jahrhundert und ihr Einfluß auf die ländlichen Einkommensverhältnisse. In: *Zeitschrift für Agrargeschichte und Agrarsoziologie* 17, 1969, S. 171–193.
- Henning, Friedrich Wilhelm (1970): Die Bestimmungsfaktoren der bäuerlichen Einkommen im 18. Jahrhundert. In: *Jahrbuch der Wirtschaftsgeschichte* 1970, Teil 1, S. 165–183.
- Henning, Friedrich Wilhelm (1975): Industrialisierung und dörfliche Einkommensmöglichkeiten. Der Einfluß der Industrialisierung des Textilgewerbes in Deutschland im 19. Jh. auf die Einkommensmöglichkeiten in ländlichen Gebieten. In: Hermann Kellenbenz (Hrsg.), *Agrarisches Nebengewerbe und Formen der Reagrarisierung im Spätmittelalter und 19./20. Jahrhundert*, Stuttgart 1975, S. 155–175.
- Henning, Friedrich-Wilhelm (1985): *Landwirtschaft und ländliche Gesellschaft in Deutschland*. Band 1: 800 bis 1750. Paderborn usw. 2. Aufl. 1985.
- Henning, Friedrich-Wilhelm (1988): *Landwirtschaft und ländliche Gesellschaft in Deutschland*. Band 2: 1750 bis 1986. Paderborn usw. 2. Aufl. 1988.
- Henschke, Claudia I. et al. (2006): Women's Susceptibility to Tobacco Carcinogens and Survival After Diagnosis of Lung Cancer. In: *Journal of the American Medical Association* 2006, Band 296, Nr. 2, S. 180–184.
- Herausgeber (1837): Die Mundklemme der Neugeborenen (Trismus neonatorum). In: *Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte*. Vierter Band, Heft 12, Stuttgart 1837, S. 330–359.
- Hergemöller, Bernd-Ulrich (2000): *Sodom und Gomorrha. Zur Alltagswirklichkeit und Verfolgung Homosexueller im Mittelalter*. Hamburg 2000.
- Herrenschwand, Johann Friedrich von (1788): *Abhandlung von den vornehmsten und gemeinsten innerlichen und äußerlichen Krankheiten*. Bern 1788.
- Herrlich, Albert (1967): *Die Pocken. Erreger, Epidemiologie und klinisches Bild*. Stuttgart 2. Aufl. 1967.

Herschorn-Barnu, Paule (2002): Wie der Fötus einen klinischen Status erhielt. Bedingungen und Verfahren der Produktion eines medizinischen Fachwissens, Paris 1832–1848. In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Göttingen 2002, S. 167–203.

Herzig, Arno (1994): Die norddeutschen Subsistenzproteste der 1790er Jahre. In: Manfred Gailus und Heinrich Volkmann (Hrsg.), *Der Kampf um das tägliche Brot. Nahrungsmangel, Versorgungspolitik und Protest 1770–1990*, Opladen 1994, S. 135–150.

Hess, Bärbel-Jutta (2009): *Seuchengesetzgebung in den deutschen Staaten und im Kaiserreich vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis zum Reichsseuchengesetz 1900*. Diss. Heidelberg 2009.

Heutger, Nicolaus (1987): *Das Stift Möllenbeck an der Weser*. 2. Aufl. 1987 Hildesheim.

Hildebrandt, Bruno (1853): *Statistische Mittheilungen über die volkwirtschaftlichen Zustände Kurhessens. Nach amtlichen Quellen*. Berlin 1853.

Hildenbrand, Johann Valentin Edler von (1810): *Über den ansteckenden Typhus nebst einigen Winken zur Beschränkung oder gänzlichen Tilgung der Kriegspest, und mehrerer anderer Menschenseuchen*. Wien 1810.

Hilger, Marie-Elisabeth (1991): Seuchen verändern die Stadt. Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod im 19. Jahrhundert. In: *Die alte Stadt* 18, 1991, S. 154–172.

Hillemand, Pierre (2000): *Geschichte der Magen-Darm-Heilkunde*. In: Richard Toellner (Hrsg.), *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Band 4, Augsburg 2000, S. 1785–1831.

Hillenberg (1916): *Hygienische Erfahrungen des Führers eines Seuchentrupps, insbesondere hinsichtlich Ruhr, Typhus und Fleckfieber*. In: *Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung*, VI. Band, 4. Heft, S. 3–42.

Hilweg, Hans-Dietrich (1927): *Über Tetanus puerperalis*. Diss. Göttingen 1927.

Himly, Gustav (1833): *Darstellung der Grippe (Influenza) vom Jahre 1782, ihrer Symptome und Behandlung*. Hannover 1833.

Hinrichs, Ernst/Wilhelm Norden (1980): *Demographische Strukturen in zwei oldenburgischen Landgemeinden (1700–1850). Ergebnisse einer nicht-nominativen Kirchenbuchauswertung*. In: dies. (Hrsg.), *Regionalgeschichte. Probleme und Beispiele*, Hildesheim 1980, S. 42–102.

Hinz, Ulrich (1965): *Die Bevölkerung der Stadt Lüneburg im 18. Jahrhundert*. In: *Lüneburger Blätter* 15/16, 1965, S. 71–138.

Hinze, A. (1792a): Fünfzehnjährige Liste der am Leben gebliebenen und verstorbenen Wöchnerinnen des calvördischen Physikat=Districts von den Jahren 1776 bis 1790 und siebenjährige Liste aller Wöchnerinnen der Stadt Braunschweig in den Jahren 1781 bis 1787. In: Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer= und neugebohrner Kinder=Krankheiten. Vierten Bandes Drittes Stück. Jena 1792, S. 512–518.

Hinze, A. (1792b): Ueber die Gefährlichkeit des Grundsatzes der meisten Hebammen: Die Geburt bey einem weiten Becken der Natur zu überlassen. In: Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer= und neugebohrner Kinder=Krankheiten. Vierten Bandes Erstes Stück. Jena 1792, S. 63–68.

Hinze, A. (1792c): Einige Beyspiele bey Schwangern und Kindbetterinnen herrschenden Aberglaubens, besonders in hiesiger Gegend. In: Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer= und neugebohrner Kinder=Krankheiten. Vierten Bandes Viertes Stück. Jena 1792, S. 615–621.

Hippel, Wolfgang von (1978): Bevölkerung und Wirtschaft im Zeitalter des Dreißigjährigen Krieges. In: Zeitschrift für historische Forschung 5, 1978, S. 413–448.

Hippel, Wolfgang von (2013): Armut, Unterschichten und Randgruppen in der Frühen Neuzeit. München 2. Aufl. 2013.

Hochfürstl. Hessen=Casseler Staats= und Adreß=Calender (ab 1764/ 1775).

Hösel, Gottfried (1987): Unser Abfall aller Zeiten. Eine Kulturgeschichte der Städtereinigung. München 1987.

Hoff, Jörg (1980): Zur Geschichte des Militärsanitätswesens in Hessen-Kassel vom Beginn des stehenden Heeres unter Landgraf Karl (1670–1730) bis zum Übergang Kurhessens an Preußen im Jahre 1866. Marburg 1980.

Hoffbauer, Johann H. (1842): Ueber den Selbstmord, seine Arten und Ursachen. Lemgo 1842.

Hofmeister, Andrea (1999): Ländliche Alphabetisierung in Südniedersachsen. In: Hans Erich Bödeker und Ernst Hinrichs (Hrsg.): Alphabetisierung und Literalisierung in Deutschland in der Frühen Neuzeit, Tübingen 1999, S. 11–32.

Hollstein, Walter (2002): Der Mann als Täter und Opfer. Die Erkenntnisleistung der Männerforschung für den Kontext von Gesundheit und Krankheit. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern usw. 2002, S. 53–66.

Honegger, Claudia (1991): Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750–1850. Frankfurt/M. u. New York 1991.

Honigsbaum, Mark (2014): A history of the great influenza pandemics. Death, panic and hysteria, 1830–1920. New York 2014.

Hopf-Droste, Marie-Louise (1983): Altern auf dem Land. Der Lebenslauf im Spiegel bäuerlicher biographischer Aufzeichnungen. In: Christoph Conrad und Hans-Joachim von Kondratowitz (Hrsg.), Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters, Berlin 1983, S. 91–104.

Hopwood, Nick (2002): Embryonen „auf dem Altar der Wissenschaft zu opfern“. Entwicklungsreihen im späten 19. Jahrhundert. In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert, Göttingen 2002, S. 237–272.

Horn, Ernst (1802): Pneumonie. Frankfurt/M. 1802.

Horstius, Gregorius (1610): Kurzer Bericht von den Urschlechtern oder Kindesblattern wie auch Masern, Rohte Sucht, Kindsflecken oder Röteln. Gießen 1610 (ohne Seitenzählung).

Horstmann, Rolf Dieter (2003): Genetik der Empfänglichkeit und Resistenz gegenüber Tuberkulose. In: Der Internist 11, 2003, S. 1385–1393.

Huck, Stephan (2011): Soldaten gegen Nordamerika. Lebenswelten Braunschweiger Subsidientruppen im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg. München 2011.

Hübener, Ernst August Ludwig (1852): Specielle Pathologie und Therapie. Zweiter Band. Erlangen 1852.

Hübener, Ernst August Ludwig (1860): Pathologie und Therapie der Scropheln. Wien 1860.

Hündorf, Paul (1887): Die Steinhauer-Zunft zu Obernkirchen. Ein Beitrag zur Geschichte des Zunftwesens, Diss. Halle a. S. 1887.

Huerkamp, Claudia (1985a): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen 1985.

Huerkamp, Claudia (1985b): The History of Smallpox Vaccination in Germany. A First Step in the Medicalization of the General Public. In: Journal of Contemporary History Vol 20, Issue 4, 1985, S. 617–635.

Hüttenbrenner, Andreas von (1874): Ueber die Behandlung des Trismus und Tetanus neonatorum mit Chloralhydrat. In: Jahrbuch für Kinderheilkunde und Physische Erziehung, Neue Folge, VII. Band, 1874, S. 30–40.

Hufeland, Christoph Wilhelm (1799): Bemerkungen über das Nervenfieber und seine Complicationen, in den Jahren 1796, 1797 u. 1798. Jena 1799.

Hufeland, Christoph Wilhelm (1814): Über die Kriegsppest alter und neuer Zeit mit besonderer Rücksicht auf die Epidemie des Jahres 1813 in Teutschland. Berlin 1814.

Hugger, Paul (2002): Meister Tod. Zur Kulturgeschichte des Sterbens in der Schweiz und in Liechtenstein. Zürich 2002.

Huhn, Michael (1987): Zwischen Teuerungspolitik und Freiheit des Getreidehandels: Staatliche und städtische Maßnahmen in Hungerkrisen 1770–1847. In: Hans Jürgen Teuteberg (Hrsg.), Durchbruch zum modernen Massenkonsum. Lebensmittelmärkte und Lebensmittelqualität im Städtewachstum des Industriezeitalters, Münster 1987, S. 37–89.

Hunke, Heinrich (1994): Wirtschaftlicher Wandel im Mittel- und Oberweserraum im Zeitalter der Industrialisierung 1780–1980. Ökonomische Studien zum industriellen Standortproblem und zur räumlichen Wirtschaftsverteilung. Hannover 1994.

Husmeier, Gudrun (2002): Graf Otto IV. von Holstein-Schaumburg (1517–1576). Landesherrschaft, Reichspolitik und Niederländischer Aufstand. Bielefeld 2002.

Husmeier, Gudrun (2008): Geschichtliches Ortsverzeichnis für Schaumburg. Bielefeld (2008).

Hypertensive Pregnancy Disorders (2019): Diagnosis and Therapy. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S2k-Level, AWMF-Registry No. 015/018, March 2019).

Imhof, Arthur E. (1974): Grundlagenforschung zur Geschichte der Gesellschaft in Alt-europa. Das Bevölkerungsgeschehen im Raum Gießen vom 16. zum 18. Jahrhundert als Fallstudie. In: Gießener Universitätsblätter 1974, S. 127–146.

Imhof, Arthur E. (1975): Demographische Stadtstrukturen der frühen Neuzeit. Gießen in seiner Umgebung im 17. und 18. Jahrhundert als Fallstudie. In: Zeitschrift für Stadtgeschichte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege 2, 1975, S. 190–224.

Imhof, Arthur E. (1977): Einführung in die Historische Demographie. München 1977.

Imhof, Arthur E. (1979): Die Übersterblichkeit verheirateter Frauen im fruchtbaren Alter. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaften 5, 1979, S. 487–510.

Imhof, Arthur E. (1981a): Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. München 1981.

Imhof, Arthur E. (1981b): Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 18. bis 20. Jahrhundert – Warum? In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 7, 3/1981, S. 343–362.

Imhof, Arthur E. (1983): Leib und Leben unserer Vorfahren: eine rhythmisierte Welt. In: ders. (Hrsg.), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Colloquiums. Berlin 1.–3.12.1981, Berlin 1983, S. 21–38.

Imhof, Arthur E. (1985a): Die verlorenen Welten. München 2. Aufl. 1985.

Imhof, Arthur E. (1985b): Geschichte der Sexualität – Sexualität in der Geschichte. In: Christoph Wulf (Hrsg.), Lust und Liebe. Wandlungen der Sexualität, München und Zürich 1985, S. 181–215.

Imhof, Arthur E. (1986a): Historische Demographie. In: Wolfgang Schieder und Volker Sellin (Hrsg.), Sozialgeschichte in Deutschland, Band II: Handlungsräume des Menschen in der Geschichte, Göttingen 1986, S. 32–63.

Imhof, Arthur E. (1986b): Methodologische Probleme heutiger Stadtgeschichtsschreibung: Zwanzig Spiegelbilder städtischer Sterblichkeit 1750 bis 1850 (hauptsächlich aufgrund von Daten der Berliner Kirchengemeinde Dorotheenstadt). In: Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Berlin-Forschungen 1, Berlin 1986, S. 101–134.

Imhof, Arthur E. (1986c): Störungen von Stabilität durch „Randgruppen“? – Fragen an die Stadtgeschichtsforschung. In: Bernhard Kirchgässner und Fritz Reuter (Hrsg.), *Städtische Randgruppen und Minderheiten*. 23. Arbeitstagung in Worms 14.–18. November 1984, Sigmaringen 1986, S. 200–225.

Imhof, Arthur E. (1988): Die verlängerte Lebenszeit – Auswirkungen auf unser Zusammenleben (1985). In: ders. (Hrsg.), *Von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit*. 5 histor.-demograph. Studien, Darmstadt 1988, S. 19–51.

Imhof, Arthur E. / Oeivind Larsen (1976): *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*. Stuttgart 1976.

Imhof, Arthur E. / Bengt I. Lindskog (1978): Die Todesursachen in Schweden und Finnland 1749–1773. In: Arthur E. Imhof (Hrsg.), *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*, Stuttgart und Bad Cannstatt 1978, S. 97–117.

Israel, Matthias/Werner Felber/Peter Winiecki (2001): Geschlechtsunterschiede in der parasuizidalen Haltung. In: Regula Freytag und Thomas Giernalczyk (Hrsg.), *Geschlecht und Suizidalität*, Göttingen 2001, S. 28–42.

Jacobs, Jürgen C. (2010): *Cato und Werther: Zum Problem des Selbstmords im 18. Jahrhundert*. Paderborn 2010.

Jahn, Ellen (1994): *Die Cholera in Medizin und Pharmazie im Zeitalter des Hygienikers Max von Pettenkofer*. Stuttgart 1994.

Jahn, Friedrich (1804): *Neues System der Kinderkrankheiten nach Brownischen Grundsätzen und Erfahrungen*. Arnstadt und Rudolstadt 1804.

Jahn, Heinrich G. A. (1844): *Inaugural-Abhandlung über den Typhus*. Diss. Würzburg 1844.

Jankrift, Kay Peter (2003): *Krankheit und Heilkunde im Mittelalter*. Darmstadt 2003.

Jetter, Dieter (1977): *Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800–1900)*. Darmstadt 1977.

Jörg, Johann Christian Gottfried (1814): *Das Nervenfieber im Jahre 1813 und eine zweckmäßige Behandlung desselben für Privat- und Militärärzte*. Leipzig und Berlin 1814.

Journal der practischen Heilkunde (1819). Herausgegeben von C. W. Hufeland, IV. Stück. April. Berlin 1819.

Jütte, Robert (2005): Klimabedingte Teuerungen und Hungersnöte. Bettelverbote und Armenfürsorge als Krisenmanagement. In: Wolfgang Behringer et al. (Hrsg.), *Kulturelle Konsequenzen der „Kleinen Eiszeit“*. Göttingen 2005, S. 225–237.

Jütte, Robert (2013): *Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit*. Stuttgart 2013

Jungklaus, Bettina (2010): Die Krankheitsbelastung der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Kinderpopulation von Tasdorf (Ldk. Märkisch-Oberland). Ergebnisse der osteologischen – paläopathologischen Untersuchungen. Diss. Berlin 2010.

Jungkunz, Walter (1951): Die Sterblichkeit in Nürnberg 1714–1850. In: *Mitteilungen des Vereins für Geschichte der Stadt Nürnberg* 42, 1951, S. 289–352.

Junqueira, A.C.M. et al. (2017): The microbiomes of blowflies and houseflies as bacterial transmission reservoirs. In: *Scientific Reports* 7, 16324 (2017).

Kästner, Alexander (2012): Tödliche Geschichte(n). Selbsttötungen in Kursachsen im Spannungsfeld von Normen und Praktiken (1547–1815). Konstanz 2012.

Kampmann, Christoph (2014): Zwang zum „Soldatenhandel“. Hessen-Kassel und die Spielräume reichsfürstlicher Politik im 17. und 18. Jahrhundert. In: Gräf et al. (Hrsg.), *Die „Hessians“ im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg*, Marburg 2014, S. 23–39.

Kaschuba, Wolfgang (1988): „Deutsche Sauberkeit“ – Zivilisierung der Körper und der Köpfe. Nachwort. In: Georges Vigarello, *Wasser und Seife, Puder und Parfüm. Geschichte der Körperhygiene seit dem Mittelalter*, Frankfurt/Main und New York 1988, S. 292–326.

Kasper, Fred (1996): Die Herdstelle als Indikator von Nahrungsgewohnheiten. in: Günter Wiegmann und Ruth-E. Mohrmann (Hrsg.), *Nahrung und Tischkultur im Hanseraum*. Münster/New York 1996, S. 69–94.

Kaufhold, Karl Heinrich (1983): Gewerbe und ländliche Nebentätigkeiten im Gebiet des heutigen Niedersachsen um 1800. In: *Archiv für Sozialgeschichte* 23, 1983, S. 163–218.

Kaufhold, Karl Heinrich (1986): Gewerbelandschaften in der frühen Neuzeit (1650–1800). In: Hans Pohl (Hrsg.), *Gewerbe- und Industrielandschaften vom Spätmittelalter bis ins 20. Jahrhundert (=Vierteljahreshefte für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte. Beihefte 78)*, Stuttgart 1986, S. 112–202.

Kehlbach, Ulla (2004): Optimierung und Anwendung einer Analyseverfahren zur selektiven und sensitiven Bestimmung von Folatmustern in klinischen Proben und Lebensmitteln. Diss. Hannover 2004. [Ungedruckt]

Kellenbenz, Hermann (Hrsg.) (1986): *Europäische Wirtschafts- und Sozialgeschichte vom ausgehenden Mittelalter bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts (=Handbuch der europäischen Wirtschafts- und Sozialgeschichte 3)*. Stuttgart 1986.

Kellenbenz, Hermann/Rolf Walter (1986): *Das Deutsche Reich 1350–1650*. In: Hermann Kellenbenz (Hrsg.), *Europäische Wirtschafts- und Sozialgeschichte vom ausgehenden Mittelalter bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts (=Handbuch der europäischen Wirtschafts- und Sozialgeschichte 3)*, Stuttgart 1986, S. 822–893.

Kellner, Katharina (2005): *Pesthauch über Regensburg. Seuchenbekämpfung und Hygiene im 18. Jahrhundert*. Regensburg 2005.

Kemkes-Grottenthaler, Ariane (2002): „Hie töfft man ein kind und der tod wirt gefat-ter“. Die Übersterblichkeit unehelich geborener Kinder in der Frühen Neuzeit. In: Kurt W. Alt und Ariane Kemkes-Grottenthaler, *Kinderwelten. Anthropologie – Geschichte – Kulturvergleich*, Köln usw. 2002, S. 246–261.

Kermann, Joachim (1976): Die gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Lage der pfälzischen Landbevölkerung in der Mitte des 19. Jahrhunderts nach Berichten der Kantonsärzte und des Kreismedizinalrates. In: *Mitteilungen des Historischen Vereins der Pfalz* 74, 1976, S. 101–129.

Kesper-Biermann, Sylvia (2001): *Staat und Schule in Kurhessen 1813–1866 (=Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 144)*. Göttingen 2001.

Kessel, Martina (2000): *Das Trauma der Affektkontrolle. Zur Sehnsucht nach Gefühlen im 19. Jahrhundert*. In: Claudia Benthien et al. (Hrsg.), *Emotionalität. Zur Geschichte der Gefühle*, Köln/Weimar/Wien 2000, S. 156–177.

Keyser, Erich (1952): *Deutsches Städtebuch. Band 3: Nordwest-Deutschland*. Stuttgart 1952.

Kiesel, Bianka (2003): *Suizide und Suizidversuche in der Region Greifswald in den Jahren 1993–1995 unter besonderer Berücksichtigung der Nachwendesuizidalität*. Diss. Universität Greifswald 2003.

Kilian, C. J. (1809): *Das Faul- und Nervenfieber. Eine klinische Darstellung. Als Supplement zu dessen klinischen Handbuche*. Bamberg und Würzburg 1809.

Klaus, Kurt (1993): *Rintelns Juden*. Eigenverlag [Rinteln], 1993.

Kleeberg, Wilhelm (1948): *Hollandgänger und Heringsfänger*. In: *Neues Archiv für Landes- und Volkskunde von Niedersachsen* 2, 1948, S. 193–232.

Klischies, Rainer et al. (2008): *Hygiene und medizinische Mikrobiologie. Lehrbuch für Pflegeberufe*. Stuttgart 2008.

Kloke, Ines Elisabeth (1997): *Säuglingssterblichkeit in Deutschland im 18. und 19. Jahrhundert am Beispiel von sechs ländlichen Regionen. Motto: Kommts Abendroth, ists Kindlein todt*. Berlin 1997.

Klotz, Theodor (1998): *Der frühe Tod des starken Geschlechts*. Göttingen 1998.

Klotz, Theodor (2002): *Spezifische Gesundheitsprobleme von Männern*. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*, Bern usw. 2002, S. 241–257.

Knebel, Immanuel Gottlieb (1801): *Grundsätze der Kenntniß der Wassersucht im Allgemeinen*. Breslau, Hirschberg und Lissa in Südproussen 1801.

Knoke, Helga (1968): *Wald und Siedlung im Süntel. Eine siedlungsgeschichtliche Untersuchung*. Rinteln 1968.

Koch-Steding, Anne-Lore (1994): Von der Mehrheit zur Minderheit. Bauern und ihre Wirtschaftsbedingungen in Klein- und Groß-Nenndorf vom 16. bis zum 19. Jahrhundert. In: Carl-Hans Hauptmeyer (Hrsg.), Hannover und sein Umland in der frühen Neuzeit. Beiträge zur Alltags-, Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Hannover 1994, S. 47–63.

Köhler, Gerhard (1983): Unfall ist kein Zufall. Epidemiologische und psychometrische Untersuchungen zum Unfall im Kindesalter. Heidelberg 1983.

Köhler, R. (1864): Ueber den Abdominal-Typhus bei Kindern, speciell bei Säuglingen. Diss. Tübingen 1864.

Koelbing, Huldrych M. (1985): Die ärztliche Therapie: Grundzüge ihrer Geschichte. Darmstadt 1985.

Kölling, Friedrich (1927): Neubürger der Stadt Hess. Oldendorf von 1630–1838. Nach den Kämmergerechnungen zusammengestellt. Masch. 1927.

Kölling, Friedrich (1951): Eine junge Siedlung. Wann wurde Liekwegen gegründet? In: Schaumburger Heimatblätter 1951. Sonderdruck.

Kölling, Friedrich (1955): Rannenberg. Die Entwicklung des Dorfes. Seine Höfe und Menschen. Rinteln 1955.

Kölling, Friedrich (1956): Hess. Oldendorf. 700 Jahre Entwicklung einer niedersächsischen Kleinstadt (=Schaumburger Heimathefte 5). Rinteln 1956.

Kölling, Friedrich (1970): Dienst- und Steuerregister der schauburgischen Vogtei Fischbeck (=Schaumburger Studien 23). Bearbeitet von Friedrich Kölling. Rinteln 1970.

Kölling, Friedrich (1972): Geschichte des Klosterdorfes Möllenbeck-Hessendorf. Rinteln 1972

Kölling, Friedrich/Walter Maack (1959): Fuhlen. Beiträge zur Geschichte des Dorfes. Rinteln 1959.

Köllmann, Wolfgang (1986): Bevölkerungsgeschichte. In: Wolfgang Schieder und Volker Sellin (Hrsg.), Sozialgeschichte in Deutschland, Band II: Handlungsräume des Menschen in der Geschichte, Göttingen 1986, S. 9–31.

Koenigsberger, Helmut G. (1982): Die Krise des 17. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für historische Forschung 9, 1982, S. 143–165.

Kohl, Thomas (1985): Familie und soziale Schichtung. Zur historischen Demographie Triers 1730–1860. Stuttgart 1985.

Koletzko, Berthold (Hrsg.) (2007): Kinder- und Jugendmedizin. Heidelberg 13. Aufl. 2007.

Kollaritsch, Herwig/Maria Paulke-Korinek (2014): Poliomyelitis. In: Österreichische Ärztezeitschrift 22, 25. November 2014, S. 24–34.

Komlos, John (1991): Ernährung und wirtschaftliche Entwicklung unter Maria Theresia und Joseph II. Eine anthropometrische Geschichte der Industriellen Revolution in der Habsburgermonarchie. Wien 1991.

Kondratowitz, Hans-Joachim von (2000): „Alter“ und „Krankheit“. Die Dynamik der Diskurse und der Wandel ihrer historischen Aushandlungsformen. In: Josef Ehmer und Peter Gutschner (Hrsg.), Das Alter im Spiel der Generationen. Historische und sozialwissenschaftliche Beiträge, Wien usw. 2000, S. 108–155.

Kondratowitz, Hans-Joachim von (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit aus historischer Perspektive. In: Adelheid Kuhlmeier und Doris Schaeffer (2008), Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern 2008, S. 64–81.

Kotek, Samuel (2000): Geschichte der Kinderheilkunde von ihren Anfängen bis zum Ende des 18. Jahrhunderts. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 5, Augsburg 2000, S. 2429–2469.

Kozian Walter A. (1999): Skorbut und Beriberi auf deutschen Segelschiffen im Spiegel der Seeamtsentscheidungen. Teil 1: Skorbut. In: Deutsches Schifffahrtsarchiv 22, 1999, S. 109–140.

Kramer, Karl-S. (1985): Ländliche Wohnverhältnisse in holsteinischen Gutsbezirken von 1650 bis 1850. In: Hans Jürgen Teuteberg (Hrsg.), Homo habitans. Zur Sozialgeschichte des ländlichen und städtischen Wohnens in der Neuzeit, Münster 1985, S. 29–42.

Krampertz, Hardy (1990): Chronik der Stadt Rodenberg. Beiträge zur Rodenberger Sozialgeschichte des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts. Rodenberg 1990.

Kraus, Ingrid (1989): Zur Geschichte des Apothekenwesens in Kassel. Diss. Marburg 1989.

Kriedte, Peter (1980): Spätfeudalismus und Handelskapital. Grundlinien der europäischen Wirtschaftsgeschichte vom 16. bis zum Ausgang des 18. Jahrhunderts. Göttingen 1980.

Kriedte, Peter / Hans Medick / Jürgen Schlumbohm (1977): Industrialisierung vor der Industrialisierung. Gewerbliche Warenproduktion auf dem Land in der Formationsperiode des Kapitalismus. Göttingen 1977.

Krispin, Stefanie (1999): „bei seinem Vergnügen in müßigen Stunden unterhalten seyn“. Lesegesellschaften in Detmold um 1800. Bielefeld 1999.

Kröger, Carl (1861): Statistische Darstellung der Grafschaft Schaumburg. In: Zeitschrift des Vereins für hessische Geschichte und Landeskunde. Achtes Supplement. Kassel 1861.

Krügelstein, Johann Friedrich (1803): Noth- und Hilfsbüchlein in der Ruhr und epidemischen Krankheiten überhaupt. Ohrdruff 1803.

Krüger, Adolph (1998): Abschriften der Kirchenbücher des Kirchspiels Fischbeck. 4 Bände Wehrbergen 1998–2002 (Selbstverlag)

Krüger, Kersten (1982): Entstehung und Ausbau des hessischen Steuerstaates vom 16. bis zum 18. Jahrhundert – Akten der Finanzverwaltung als frühneuzeitlicher Gesellschaftsspiegel. In: Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte 32, 1982, S. 103–125.

Krünitz, Johann Georg (1773 usw.): Oekonomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats= Stadt= Haus= u. Landwirthschaft in alphabetischer Ordnung. 242 Bände. Berlin 1773–1858.

Krug, Etienne G./Linda L. Dahlberg/James A. Mercy/Anthony B. Zwi/Rafael Lozano (Hrsg.) (2002): World report on violence and health. World Health Organization (WHO), Genf 2002.

Krumsiek, Rolf (1963): Das schaumburgische Bergrecht. Rinteln 1963.

Krumwiede, Hans Walter (1977): Das tausendjährige Stift Fischbeck. Göttingen 3. Aufl. 1977.

Kruppa, Nathalie (2014): Überlegungen zu der Herkunft und den Anfängen der Grafen von Schaumburg. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), Schaumburg im Mittelalter, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 119–153.

Kühnel, Florian (2013): Kranke Ehre? Adlige Selbsttötung im Übergang zur Moderne. München 2013.

Küster, Hansjörg (2013): Die Landschaft um die Schaumburg. Mitteleuropa im Kleinen. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), Schaumburg im Mittelalter, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 14–22.

Kur-Hessischen Staats- und Adress-Kalenders (ab 1803).

Kurhessisches Staats- und Adress-Handbuch (ab 1823).

Labouvie, Eva (1992): Selbstverwaltete *Geburt*. Landhebammen zwischen Macht und Reglementierung (17.–19. Jahrhundert). In: Geschichte und Gesellschaft 18, 1992. S. 477–506.

Labouvie, Eva (1996): Frauenberuf ohne Vorbildung? Hebammen in den Städten und auf dem Land. In: Elke Kleinau und Claudia Opitz (Hrsg.), Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung. Band 1: Vom Mittelalter bis zur Aufklärung, Frankfurt/Main 1996, S. 218–233.

Labouvie, Eva (1998): Geburt und Tod in der Frühen Neuzeit. Letzter Dienst und der Umgang mit besonderen Verstorbenen. In: Jürgen Schlumbohm et al. (Hrsg.), Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte, München 1998, S. 289–306.

Labouvie, Eva (2000): Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Köln usw. 2. Aufl. 2000.

Laennec, René Théophile Hyacinthe (1832): Abhandlung von den Krankheiten der Lungen und des Herzens und der mittelbaren Auscultation als eines Mittels zu ihrer Erkenntniß. Erster Theil. Leipzig 1832.

Lamb, H. H. (1989): Klima und Kulturgeschichte. Der Einfluss des Wetters auf den Gang der Geschichte. Reinbek bei Hamburg 1989.

Landgraefl. Hessen=Casselischer Staats= und Adreß=Calender (ab 1788).

Landsteiner, Erich (2001): Trübselige Zeit? Auf der Suche nach den wirtschaftlichen und sozialen Dimensionen des Klimawandels im späten 18. Jahrhundert. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 12, 2001, S. 79–116.

Langenmantel, A. (1847): *Exstirpation einer neunzehnpfündigen Geschwulst*. Diss. München 1847.

Lanter, J. A. (1831): *Von den Masern*. Ein Inaugural-Abhandlung. Würzburg 1831.

Larsen, Oeivind (1983): *Leben auf dem Lande: Dem Körper nicht nur förderlich*. In: Imhof, Arthur E. (Hrsg.), *Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit*. Berlin 1983, S. 53–62.

Lasch, Manfred (1969): *Untersuchungen über Bevölkerung und Wirtschaft der Landgrafschaft Hessen-Kassel und der Stadt Kassel vom Dreißigjährigen Krieg bis zum Tode Landgraf Karls 1730*. Kassel 1969.

Lassen, Thore (2016): *Hungerkrisen. Genese und Bewältigung von Hunger in ausgewählten Territorien Nordwestdeutschlands 1670–1750*. Göttingen 2016.

Laufer, Johannes (2001): *Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt des Oberharzer Montanwesens im 19. Jahrhundert (bis um 1870)*. In: *Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte* 73, 2001, S. 207–234.

Laukötter, Anja (2009): *Wie aus den Pocken Karies wurde. Die Forschung von Heinrich A. Gins am Robert-Koch-Institut*. In: Marion Hulverscheidt und Anja Laukötter (Hrsg.), *Infektion und Institution. Zur Wissenschaftsgeschichte des Robert Koch-Instituts im Nationalsozialismus*, Göttingen 2009, S. 128–146.

Laux, Hans-Dieter/Ursula Busch (1989): *Entwicklung und Struktur der Bevölkerung 1815 bis 1980*. Köln 1989.

Le Febüre, Wilhelm Reinhard (1776): *Bewährtes Mittel, den verborgenen und offenen oder eiternden Krebs aus dem Grunde zu heilen*. Aus dem Französischen Übersetzt von Georg Adam Junker. Frankfurt und Leipzig.

Ledderhose, Konrad Wilhelm (1780): *Beyträge zur Beschreibung des Kirchen-Staats der Hessen-Casselischen Lande*. Cassel 1780.

Lee, W. Robert (1980): *The Mechanism of Mortality Change in Germany, 1750–1850*. In: *Medizinhistorisches Journal* 15, 1980, S. 244–268.

Lehmann, Volker (1986): *Zur Geschichte der Uterusnaht beim Kaiserschnitt*. In: Lutwin Beck (Hrsg.), *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Berlin usw. 1986, S. 95–102.

Leichsenring, M. (1998): *Tropische Infektionskrankheiten und Tuberkulose*. In: K. Friese und W. Kachel (Hrsg.), *Infektionserkrankungen der Schwangeren und des Neugeborenen*, Berlin 2. Aufl. 1998, S. 316–323.

- Leister, Ingeborg (1979): Zur Sozialstruktur osthessischer Dörfer im 18. Jahrhundert. In: *Recherche de géographie rurale. Hommage an Frans Dussart*. Liège 1979, S. 167–200.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2019): S3-Leitlinie Magenkarzinom. Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und des ösophagogastralen Übergangs. Langversion 2.0 – August 2019.
- Lerch, Hans (1926): *Hessische Agrargeschichte des 17. und 18. Jahrhunderts*. Hersfeld 1926.
- Lesemann, Silke (1990): „... von denen Zufällen der Weiber“. Zur Geschichte des Hebammenwesens in Hildesheim. In: *Alt-Hildesheim* 61, 1990. S. 115–126.
- Lesemann, Silke (1993): „Frauenzimmer wie die Borchers...“ Hebammen in Hildesheim. In: Angela Dinghaus (Hrsg.), *Frauenwelten. Biographisch-historische Skizzen aus Niedersachsen, Hildesheim usw.* 1993, S. 105–114.
- Lesemann, Silke (1994): *Arbeit, Ehre, Geschlechterbeziehungen. Zur sozialen und wirtschaftlichen Stellung von Frauen im frühneuzeitlichen Hildesheim*. Hildesheim 1994.
- Leune, J. K. F. (1791): *Ueber die Lungensucht und die mit ihr mehr oder weniger verwandten Krankheiten*. Aus dem Italiänischen des Salvadori übersetzt, und mit vielen Veränderungen und Zusätzen von J. K. F. Leune. Leipzig 1791.
- Leven, Karl-Heinz (2008): *Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart*. München 2008.
- Lind, Vera (1999): *Selbstmord in der Frühen Neuzeit. Diskurs, Lebenswelt und kultureller Wandel am Beispiel der Herzogtümer Schleswig und Holstein*. Göttingen 1999.
- Linde, Roland (1993): *Strukturen ländlicher und städtischer Familien und Haushaltsverbände. Die lippische Volkszählung von 1776*. In: Neithart Bulst et al. (Hrsg.). *Die Grafschaft Lippe im 18. Jahrhundert. Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft eines deutschen Kleinstaates*, Bielefeld 1993, S. 49–76.
- Lindner, Lena M. E. (2017): *Ausbruch einer hochinfektiösen, lebensbedrohlichen Erkrankung in Nordrhein-Westfalen. Welche Erfahrungen der Pockenausbrüche in NRW können in die heutige Zeit übertragen werden?* Göttingen 2017.
- Linnemeier, Bernd Wilhelm (1986): *Beiträge zur Geschichte von Flecken und Kirchspiel Schlüsselburg*. Stolzenau 1986.
- Linzbach, Barbara (1996): *Von Wehemüttern und Geburtshelferinnen. Zur Geschichte der Hebammen in Lippe*. In: *Lippische Mitteilungen* 65, 1996. S. 185–202.
- Lippische Verordnungen (1789): *Die der Consistorial-Verordnung wegen Einrichtung der Mortalitäts-Listen von 1789 beigefügten Erläuterungen*. Abschrift: Wolfgang Bechtel, Detmold. [<http://www.nhv-ahnenforschung.de/Verordnungen/Todesursachen.htm> – letzter Zugriff: 2023-11-12]

Lischka, Marion (2006): *Liebe als Ritual. Eheanbahnung und Brautwerbung in der frühneuzeitlichen Grafschaft Lippe*. Paderborn usw. 2006.

Livi Bacci, Massimo (1991): *Population and Nutrition. An Essay on European Demographic History*. Cambridge usw. 1991.

Livi Bacci, Massimo (1999): *Europa und seine Menschen. Eine Bevölkerungsgeschichte*. München 1999.

Löffler (1792a): *Bemerkungen und Beobachtungen über die Lösung und Nichtlösung der Nachgeburt*. In: *Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugebohrner Kinder=Krankheiten*. Vierten Bandes Zweites Stück. Jena 1792, S. 314–335.

Löffler (1792b): *Ein paar Fälle vom Wochenfieber*. In: *Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugebohrner Kinder=Krankheiten*. Vierten Bandes Zweites Stück. Jena 1792, S. 336–341.

Lotz-Heumann, Ute (2003): *Kurorte im Reich des 18. Jahrhunderts – ein Typus urbanen Lebens und Laboratorium der bürgerlichen Gesellschaft. Eine Problemskizze*. In: Raingard Eßer und Thomas Fuchs (Hrsg.), *Bäder und Kuren in der Aufklärung. Medizinaldiskurs und Freizeitvergnügen*, Berlin 2003, S. 15–35.

Loux, Françoise (1980): *Das Kind und sein Körper in der Volksmedizin. Eine historisch-ethnologische Studie*. Frankfurt/M. 1980.

Loytved, Christine (1997): *Dem Hebammenwissen auf der Spur. Zur Geschichte der Geburtshilfe*. Ausstellungskatalog. Osnabrück 1997.

Loytved, Christine (2001a): *Zur Gründung der Hebammenschule an der Berliner Charité 1751*. In: dies. (Hrsg.), *Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen*, Osnabrück 2001, S. 63–78.

Loytved, Christine (2001b): *Der Schritt von der Hebammenlehre zum zusätzlichen Unterricht beim Mediziner*. In: dies. (Hrsg.), *Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen*, Osnabrück 2001, S. 97–106.

Loytved, Christine (2004): *Die geburtshilfliche Sammlung und die Praxis der Entbindungslehranstalt an der Universität Göttingen*. In: Jürgen Schlumbohm und Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850*. Göttingen, Kassel, Braunschweig, Göttingen 2004, S. 63–95.

Lüke, Frederick (2001): *Ein Abtreibungsmittel des 18. Jahrhunderts. Eine historische und chemische Untersuchung eines Falles im lippischen Schwalenberg*. In: Frank Göttmann und Peter Respondek (Hrsg.), *Historisch-demographische Forschungen. Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven*, Köln 2001, S. 209–216.

Luther, Martin (1530): *Von Ehesachen*. Wittenberg 1530.

Lutze, Arthur (1878): *Lehrbuch der Homöopathie*. Coethen 9. Aufl. 1878.

Luy, Marc (2002): Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung (=Materialien zur Bevölkerungswissenschaft 106). Wiesbaden 2002.

Maack, Walter (1953): Tausendjährige Sünteldörfer: Wickbolsen, Bensen, Haddessen. Rinteln 1955.

Maack, Walter (1956): Reinsdorf. Drei Entwicklungsstufen einer Siedlung. Anlage und Geschichte eines schauburgischen Dorfes. Rinteln 1956.

Maack, Walter (1958): Das alte Deckbergen. Ein Beitrag zur Geschichte der Siedlung. In: Schaumburger Heimatblätter 1958, S. 16–19.

Maack, Walter (1960/61a): Der Abdinghofer Besitz im Wesertal. In: Schaumburger Heimeitblätter 1960/61, S. 20–25.

Maack, Walter (1960/61b): Kohlenstädt – eine unserer Kleinsiedlungen. In: Schaumburger Heimatblätter 1960/61, S. 41 f.

Maack, Walter (1964): Dörfer und Fluren des Rintelner Beckens. Ein Beitrag zur schauburgischen Siedlungsgeschichte. Rinteln 1964.

Maack, Walter (1970): Die Rintelner Statuten des 14. bis 16. Jahrhunderts und die Gnaden der Gilden und Bruderschaften. Rinteln 1970.

Maack, Walter (1986): Die Geschichte der Grafschaft Schaumburg. Rinteln 3. Aufl. 1986.

Mackenroth, Gerhard (1953): Bevölkerungslehre. Theorie, Soziologie und Statistik der Bevölkerung. Berlin 1953.

MacNeill, William H. (1978): Seuchen machen Geschichte. Geißeln der Völker. München 1978.

Magen, Ferdinand (1992): Reichsexekutive und regionale Selbstverwaltung im späten 18. Jahrhundert. Zu Funktion und Bedeutung der süd- und westdeutschen Reichskreise bei der Handelsregulierung im Reich aus Anlass der Hungerkrise von 1770/72. Berlin 1992.

Mager, Wolfgang (Hrsg.) (1984): Geschichte der Stadt Spenge. Spenge 1984.

Mathieu, Jan (1993): Sanierung der Volkskultur: Massenmedien, Medizin und Hygiene 1850–1900. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 12, 1993, S. 101–145.

Matthäi, Carl Christian (1797): Ueber die epidemische Ruhr. Hannover 1797.

Mattmüller, Markus (1976): Das Einsetzen der Bevölkerungswelle in der Schweiz. Versuch eines Überblicks über den Stand der Forschung. In: Vierteljahresschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 63, 1976, S. 390–405.

Mattmüller, Markus (1982): Die Hungersnot der Jahre 1770/71 in der Basler Landschaft. In: Nicolai Bernard und Quirinus Reichen (Hrsg.), Gesellschaft und Gesellschaften. Festschrift zum 65. Geburtstag von Ulrich Im Hof, Bern 1982, S. 271–291.

- Mauelshagen, Franz (2010): *Klimageschichte der Neuzeit*. Darmstadt 2010.
- Mayer, Maximilian (2012): *Verständnis und Darstellung des Skorbut im 17. Jahrhundert*. Diss. Würzburg 2012.
- McKeown, Thomas (1983): *Hunger and History: The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society*. In: *The Journal of Interdisciplinary History* Vol. 14, Nr. 2, 1983, S. 227–247.
- Medick, Hans (1985): ‚Hungerkrisen‘ in der historischen Forschung. Beispiele aus Mitteleuropa vom 17.–19. Jahrhundert. In: *Sozialwissenschaftliche Informationen für Unterricht und Studium* 14, Heft 2, 1985, S. 95–103.
- Medick, Hans (1997): *Weben und Überleben in Laichingen 1650–1900. Lokalgeschichte als Allgemeine Geschichte*. Göttingen 1997.
- Mediger, Walther (2011): *Herzog Ferdinand von Braunschweig-Lüneburg und die alliierte Armee im Siebenjährigen Krieg (1757–1762)*. Hannover 2011.
- Meinhardt, Günther (1966): *Die Auswirkungen der Hungerjahre in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf Göttingen*. In: *Göttinger Jahrbuch* 1966, S. 211–219.
- Meisel, Helga et al. (2009): *Hepatitis D Virus (HDV)*. In: Darai, Gholamreza et al. (Hrsg.), *Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe*. Heidelberg 3. Aufl. 2009, S. 381–385.
- Meissner, Fr. L. (1837): *Die krampfhaft Engbrüstigkeit oder das Millar'sche Asthma*. In: *Analekten über Kinderkrankheiten. Sammlung auserwählter Abhandlungen über sämtliche Krankheiten des kindlichen Alters. Zweiter Band, Heft 8*, Stuttgart 1837, S. 136–147.
- Melitsch, D. (1792): *Fortsetzung der therapeutischen Bemerkungen über den auf dem Muttermunde aufsitzenden Mutterkuchen*. In: *Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugebohrner Kinder-Krankheiten. Vierten Bandes Erstes Stück*. Jena 1792, S. 1–56.
- Mende, L. (Hrsg.) (1828): *Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshülfe und gerichtlichen Medizin nebst fortlaufenden Nachrichten über die Ereignisse in der Königlichen Entbindungsanstalt in Göttingen (=Zeitschrift für Geburtshülfe in ihrer Beziehung auf die gerichtliche Medizin, und für die gerichtliche Medizin überhaupt 2)*. Fünftes Bändchen. Göttingen 1828.
- Mendel, Heinrich (1925): *Tetanus und Zahnextraktionen*. Diss. Göttingen 1925.
- Menssen, Brigitte / Anna-Margarete Taube (1980): *Hebammen und Hebammenwesen in Oldenburg in der zweiten Hälfte des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts*. In: Ernst Hinrichs und Wilhelm Norden (Hrsg.), *Regionalgeschichte. Probleme und Beispiele (=Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Niedersachsen und Bremen 34)*, Hildesheim 1980, S. 165–224.

Mesmer, Beatrix (1982): Reinheit und Reinlichkeit. Bemerkungen zur Durchsetzung der häuslichen Hygiene in der Schweiz. In: Nicolai Bernard und Quirinus Reichen (Hrsg.), *Gesellschaft und Gesellschaften*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Ulrich Im Hof, Bern 1982, S. 470–494.

Meumann, Markus (1995): *Findelkinder, Waisenhäuser, Kindsmord*. Unversorgte Kinder in der frühneuzeitlichen Gesellschaft. München 1995.

Meyers Konversations=Lexikon (1874). Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Leipzig 1874.

Meyers Konversationslexikon (1885). Vierte Auflage. Leipzig und Wien 1885–1892

Meyer, Stefan (2007): *Georg Wilhelm Fürst zu Schaumburg-Lippe (1784–1860)*. Absolutistischer Monarch und Großunternehmer an der Schwelle zum Industriezeitalter. Bielefeld 2007.

Meyer zur Heyde, Georg (1910): *Die Landwirtschaft der Grafschaft Schaumburg hessischen Anteils von 1780–1870*. Diss. Göttingen 1910.

Mezler (1792): *Geschichte einer Enthirnung, wobey zugleich ein Gebärmutterriß geschah* nebst einigen andern merkwürdigen Beobachtungen. In: *Archiv für die Geburtshilfe, Frauenzimmer= und neugebohrner Kinder=Krankheiten*. Vierten Bandes Zweites Stück. Jena 1792, S. 273–283.

Michalewsky, Nikolai von (1987): *Sieger in Weiß*. Ein Virus wird gejagt. Freiburg etc. 1987.

Micoud, Max (1992): *Die ansteckenden Krankheiten*. In: Richard Toellner (Hrsg.), *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Band 4, Erlangen 1992, S. 2185–2235.

Mieck, Ilja (1989): *Europäische Geschichte der Frühen Neuzeit*. Eine Einführung. 4. Aufl. 1989 Stuttgart usw.

Milatz, Alfred (1955): *Die politische Entwicklung*. In: Kurt Brüning et al. (Hrsg.), *Der Landkreis Schaumburg-Lippe (=Die deutschen Landkreise: Die Landkreise in Niedersachsen, Reihe D, Band 12)*, Bremen 1955, S. 6–12.

Millar, Johann (1769): *Bemerkungen über die Engbrüstigkeit und das Hühnerweh*. Leipzig 1769.

Milman, Franz (1795): *Untersuchung über den Ursprung der Symptome des Scorbutus und der Faulfieber*. Berlin 1795.

Minois, Georges (1999): *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. Baltimore/London 1999.

Mithoff, Adolf (1985a): *Chronik der Stadt Rodenberg von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart*. Band I. Rodenberg-Nenndorf 3. Aufl. 1985 (ND 1912).

Mithoff, Adolf (1985b): *Chronik der Stadt Rodenberg von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart*. Band II. Rodenberg-Nenndorf 3. Aufl. 1985 (ND 1912).

- Mitteilungen des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit (2018): *Mycobacterium tuberculosis*. In: Bundesgesundheitsblatt 2018, 61, S. 100–115.
- Mittelhäußer, Käthe (1955): Zur Geschichte der Bevölkerung. In: Schaumburg-lippische Siedlungsgeschichte. Veröffentlichungen des Niedersächsischen Amtes für Landesplanung und Statistik, Reihe D: Band 12, 1955, S. 29–37.
- Mitterauer, Michael (1971): Zur Entwicklung der europäischen Bevölkerung im 17. und 18. Jahrhundert. In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1, 1971, S. 9–12.
- Mitterauer, Michael (1981): Lebensformen und Lebensverhältnisse ländlicher Unterschichten. In: Herbert Matis (Hrsg.), Von der Glückseligkeit des Staates. Staat, Wirtschaft und Gesellschaft in Österreich im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus, Berlin 1981, S. 315–338.
- Möker, Ulrich (1971): Entwicklungstheorie und geschichtliche Wirtschaft. Makroökonomische Erklärungen wirtschaftlicher Zustände und Entwicklungen der Landschaft Hessen-Kassel vom 16. bis zum 19. Jahrhundert. Diss. Marburg 1971.
- Möller, Josef (2000): Krankheit und Tod in Barssel. Eine historisch-demographische Untersuchung für die Zeit von 1651 bis 1899. Cloppenburg 2000.
- Moerchel, Joachim (1977): Die nassauischen Badeärzte in ihrer wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit 1816–1866. Frankfurt/Main usw. 1977.
- Mohammad, Moman A. et al. (2018): Association of Weather With Day-to-Day Incidence of Myocardial Infarction. A SWEDEHEART Nationwide Observational Study. In: JAMA Cardiology 2018, 3 (11), S. 1081–1089.
- Mohr, Matthias (1986): Hungerpolitik 1816/17 in Fulda. Eine stadthistorische Studie zu einer ‚moralischen Ökonomie von oben‘. In: Fuldaer Geschichtsblätter 62, 1986, S. 130–147.
- Mohr, W./F. Weyer/E. Asshauer (1972): Klassisches Fleckfieber. In: Gsell, O./W. Mohr (Hrsg.): Infektionskrankheiten. In vier Bänden. Band IV: Rickettsiosen und Protozoenkrankheiten. Berlin, Heidelberg, New York 1972, S. 23–54.
- Mohrmann, Ruth-E. (1985): Wohnkultur städtischer und ländlicher Sozialgruppen im 19. Jahrhundert. Das Herzogtum Braunschweig als Beispiel. In: Hans Jürgen Teutenberg (Hrsg.), Homo habitans. Zur Sozialgeschichte des ländlichen und städtischen Wohnens in der Neuzeit, Münster 1985, S. 87–114.
- Mommsen, Ingwer Ernst (1969): Die Bevölkerung der Stadt Husum von 1769 bis 1860. Versuch einer historischen Sozialgeographie. Kiel 1969.
- Montanari, Massimo (1999): Der Hunger und der Überfluss. Kulturgeschichte der Ernährung in Europa. München 1999.
- Mooser, Josef (1984): Ländliche Klassengesellschaft 1770–1848. Bauern und Unterschichten, Landwirtschaft und Gewerbe im östlichen Westfalen. Göttingen 1984.
- Morelli, G. et al. (2010): *Yersinia pestis* genome sequencing identifies patterns of global phylogenetic diversity. In: Nature Genetics 42, 2010, S. 1140–1143

- Moritz, Karl Philipp (1979): Anton Reiser. Ein psychologischer Roman. Frankfurt/Main 1979.
- Morton, Richard (1780): Phthisiologie oder Abhandlung von der Schwindsucht. Aus dem Lateinischen übersetzt. Helmstedt 1780.
- Moser, Ulrike (2018): Schwindsucht. Eine andere deutsche Gesellschaftsgeschichte. Berlin 2018.
- Most, Georg Friedrich (1820): Influenza Europaea, oder die größte Krankheits=Epidemie der neuern Zeit. Hamburg 1820.
- Most, Georg Friedrich (1823): Gesundheit und Krankheit. Eine diätetisch=medizinische Volksschrift für alle Stände. Hannover 1823.
- Most, Georg Friedrich (1826): Versuch einer kritischen Bearbeitung der Geschichte des Scharlachfiebers und seiner Epidemien von den ältesten bis auf unsere Zeiten. Erster Band. Leipzig 1826.
- Most, Georg Friedrich (1839): Der Mensch in den ersten sieben Lebensjahren oder Anweisung zur richtigen körperlichen und geistigen Erziehung der Kinder. Leipzig 1839.
- Most, Georg Friedrich (1842): Die sympathetischen Mittel und Curmethoden. Gesammelt, zum Theil selbst geprüft, historisch-kritisch beleuchtet und naturwissenschaftlich gedeutet. Rostock 1842.
- Mühlauer, Elisabeth (1996): Welch‘ ein unheimlicher Gast. Die Cholera-Epidemie 1854 in München. Münster usw. 1996.
- Mühlhan, Wilhelm (1951): Die Bevölkerung Schaumburg-Lippes und der Grafschaft Schaumburg. Verteilung und Entwicklung. Bückeberg 1951.
- Mühlichen, Michael/Rembrandt D. Scholz/Gabriele Doblhammer (2015): Soziale Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit in Rostock im 19. Jahrhundert. Eine demographische Analyse anhand von Kirchenbuchdaten. In: Comparative Population Studies. Selected Articles in German, Vol. 40, 2015, S. 87–114.
- Müller, B. (2004): Eine regionale Klimasimulation für Europa zur Zeit des späten Maunder-Minimums 1675–1705. Geesthacht 2004.
- Müller, Carl (1859): Heilmethode des Scharlachs und anderer Kinderkrankheiten mittelst Anwendung eines specifischen Mittels. Leipzig 1859.
- Müller, Christina (1992): Karlsruhe im 18. Jahrhundert. Zur Genese und sozialen Schichtung einer residenzstädtischen Bevölkerung. Karlsruhe 1992.
- Müller, Gerald (1998): Hunger in Bayern 1816–1818. Politik und Gesellschaft in einer Staatskrise des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt/M. usw. 1998.
- Müller, Winfried (2002): Die Aufklärung (=Enzyklopädie deutscher Geschichte 61). München 2002.
- Münch, Paul (1998): Lebensformen in der Frühen Neuzeit. 1500–1800. Berlin 1998.

Münch, Ragnhild (1986): Zur Berufsstruktur des Berliner Gesundheitswesens am Ende des 18. Jahrhunderts. In: Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Berlin-Forschungen I, Berlin 1986, S. 196–218.

Mumbauer, Rico Michael (2009): Analyse des Suizidgeschehens der Hansestadt Hamburg – Eine Befragung der Hinterbliebenen. Diss Universität Hamburg 2009.

Munk, Heinrich (1985): Sachsenhagen. Burg – Flecken – Stadt. Sachsenhagen 1985.

Munk, Heinrich (1986): Scharfrichter und Abdecker zu Hessisch Oldendorf. In: Heimatblätter Hessisch Oldendorf 1, 1986, S. 18–21.

Munk, Heinrich (1989): Ohndorf 1289–1989. Hohnhorst 1989.

Murk, Karl (2014): Die „Amerika-Veteranen“ im Sozialgefüge ihrer Herkunftsorte vor und nach ihrem Einsatz. In: Gräf et al. (Hrsg.), Die „Hessians“ im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg, Marburg 2014, S. 223–235.

Mursinna, Christian Ludwig (1787): Beobachtungen über die Ruhr und die Faulfieber. Berlin 1787.

Mutius, Erika von/Dennis Nowak (2000): Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte des Asthma bronchiale im Kindes- und Erwachsenenalter. In: Franz Petermann und Petra Warschburger (Hrsg.), Asthma Bronchiale, Göttingen usw. 2000, S. 35–64.

Naegele, Hermann Franz (1843): Lehrbuch der Geburtshülfe. Erster Theil: Physiologie und Diätetik der Geburt. Mainz 1843.

Naegele, Hermann Franz (1845): Lehrbuch der Geburtshülfe. Zweiter Theil. Pathologie und Therapeutik der Geburt. Mainz 1845.

Nagel, Karl (1835): Ueber die gallertartige Erweichung des Magens. In: Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte. Erster Band, Heft 4, Stuttgart 1835, S. 3–33.

Nagel, Ludwig (1853): Beitrag zur Erkenntniß und Heilung derjenigen Krankheiten des Magens, welche man Magenverhärtung, Magenkrebs und Magenmarkschwamm nennt. Eisenberg 2. Aufl. 1853.

Naumann, M. E. A. (1835): Ueber die Diphteritis. In: Analekten über Kinderkrankheiten oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, Erster Band, Heft 3, Stuttgart 1835, S. 142–165.

Naumann, M. E. A. (1837): Fragmente zur Beurtheilung von akuten Kinderkrankheiten. In: Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte. Vierter Band. Heft 12. Stuttgart 1837, S. 18–22.

Neuber, Dirk (2004): Die Rolle der Steinkohle in der Vor- und Frühindustrialisierung. In: Hubert Höing (Hrsg.), Strukturen und Konjunkturen. Faktoren der schauburgischen Wirtschaftsgeschichte, Bielefeld 2004, S. 213–235.

- Neugebauer, E. (1924): Die "Friedrichs"-Siedlungen. In: Heimatblätter. Beilage zur Schaumburger Zeitung, Nr. 19, 1924.
- Neuner, Stephanie (2016): Armut und Krankheit. Das prekäre Leben von Unterschichtenfamilien in Würzburg und Göttingen. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 34, 2016, S. 11–50.
- Neuser, Wiebke (2018): Ordnung auf dem Berg. Landesherrliche Strukturierung des Sandsteinabbaus und –handels zwischen 1560 und 1640. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), *1615 – Recht und Ordnung in Schaumburg*, Bielefeld 2018, S. 295–316.
- Nhamoyebonde, Shepherd/Alasdair Leslie (2014): Biological Differences Between the Sexes and Susceptibility to Tuberculosis. In: *The Journal of Infectious Diseases* 2014:209 (Suppl 3), S. S100–S106.
- Nicolai, Friedrich (1795): Beschreibung einer Reise durch Deutschland und die Schweiz, im Jahre 1781. Neunter Band. Berlin und Stettin 1795.
- Niebuhr, Hermann (1994): Die lippische Außenpolitik unter der Vormundschaft der Fürstin Pauline. In: Johannes Arndt und Peter Nitschke (Hrsg.), *Kontinuität und Umbruch in Lippe – sozialpolitische Verhältnisse zwischen Aufklärung und Restauration*, Detmold 1994, S. 49–66.
- Niephaus, Yasemin (2012): *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in Gegenstand, Theorien und Methoden*. Wiesbaden 2012.
- Nitschke, Peter (1994): Von der Landeshoheit zur Landesherrschaft – die Grafschaft Lippe im Zeitalter der Aufklärung. In: Johannes Arndt und Peter Nitschke (Hrsg.), *Kontinuität und Umbruch in Lippe – sozialpolitische Verhältnisse zwischen Aufklärung und Restauration*, Detmold 1994, S. 25–48.
- Nolte, Karen (2010): Schwindsucht – Krankheit, Gesundheit und Moral im frühen 19. Jahrhundert. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 29, 2010, S. 47–70.
- Norden, Wilhelm (1984): *Eine Bevölkerung in der Krise. Historisch-demographische Untersuchungen zur Biographie einer norddeutschen Küstenregion (Butjadingen 1600–1850)*. Hildesheim 1984.
- Nordsiek, Hans (1990): Vom Fürstbistum zum Fürstentum Minden. Verfassungsrechtliche, politische und konfessionelle Veränderungen von 1550 bis 1650. In: *Westfälische Zeitschrift* 140, 1990, S. 251–273.
- Nowosadtko, Jutta (1993a): Wer Leben nimmt, kann auch Leben geben. In: *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* 12, 1993, S. 43–74.
- Nowosadtko, Jutta (1993b): Scharfrichter und Abdecker. Der Alltag zweier „unehrlicher Berufe“ in der Frühen Neuzeit. Paderborn usw. 1994.
- Nowosadtko, Jutta (2003): Rationale Heilbehandlung oder abergläubische Pfuscherei? Die medizinische Kompetenz von Scharfrichtern und ihre Ausgrenzung aus heilenden Tätigkeiten im 18. Jahrhundert. In: Bettina Wahrig und Werner Sohn (Hrsg.), *Aufklärung, Policy und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850*, Wiesbaden 2003, S. 109–130.

Nowossadeck, Enno et al. (2019): Entwicklung der Lebenserwartung. In: *Journal of Health Monitoring* 4, 2019, S. 41–48.

Nützliche Samlungen (ab 1755).

Nussbaumer, Josef (1996): *Die Gewalt der Natur. Eine Chronik der Naturkatastrophen von 1500 bis heute.* Linz 1996.

Oberschelp, Reinhard (1982): *Niedersachsen 1760–1820. Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur im Land Hannover und Nachbargebieten.* Hildesheim 1982.

Oberschelp, Reinhard (Hrsg.) (1986): *Beiträge zur niedersächsischen Preisgeschichte des 16. bis 19. Jahrhundert.* Hildesheim 1986.

Ochwadt, Curd (Hrsg.) (1977): *Wilhelm Graf zu Schaumburg-Lippe. Schriften und Briefe. Band 1.* Frankfurt/M. 1977.

Oehler, Jochen (2001): Geschlechtsspezifische Verhaltensaspekte aus biologischer Sicht. In: Regula Freytag und Thomas Giernalczyk (Hrsg.), *Geschlecht und Suizidalität*, Göttingen 2001, S. 13–27.

Oehme, Johannes (1984): *Pädiatrie im 18. Jahrhundert.* Lübeck 1984.

Oehme, Johannes (1986): *Medizin in der Zeit der Aufklärung unter besonderer Berücksichtigung von Kinderkrankheiten.* Lübeck 1986.

Oesterle, Günter (2003): Die Sprachwerdung des Gefühls und die Wendung zum Lakonischen. In: Anne Fuchs und Sabine Strümper-Krobb (Hrsg.), *Sentimente, Gefühle, Empfindungen. Zur Geschichte und Literatur des Affektiven von 1770 bis heute. Tagung zum 60. Geburtstag von Hugh Ridley im Juli 2001, Würzburg 2003*, S. 45–57.

Ohalubinski, Ladislaus von (1868): *Ueber Therapie des Typhus Abdominalis.* Diss. Würzburg 1868.

Oldermann, Renate (2010): *Stift Fischbeck. Eine geistliche Frauengemeinschaft in mehr als tausendjähriger Kontinuität (=Schaumburger Studien 64).* Bielefeld 2. Aufl. 2010.

Ontyd, Conrad Georg (1802): *Theoretisch=practischen Untersuchungen über die Ursachen des Todes bey den moisten akuten und chronischen Krankheiten, sowie über die Entstehung, Erkenntniß und gründliche Heilung derselben.* Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Johann Ernst Gotthelf Eichwedel. Erfurt 1802.

Orzack, Steven Hecht et al. (2014): The human sex ration from conception to birth. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 112, 16, 2014, S. 2102–2111.

Osiander, Friedrich Benjamin (1815): *Über den Selbstmord, seine Ursachen, Arten, medicinisch-gerichtliche Untersuchung und die Mittel gegen denselben.* Hannover 1815.

Ottenjahn, Helmut (Hrsg.) (1988): *Museumsführer Museumsdorf Cloppenburg.* Cloppenburg 1988.

- Oury, Michel (2000): Geschichte der Tuberkulose. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 5, Augsburg 2000, S. 2735–2755.
- Pagel, Marianne (1992): Gesundheit und Hygiene. Zur Sozialgeschichte Lüneburgs im 19. Jahrhundert. Hannover 1992.
- Partington, Gustav (1994): Armut und Bettel in Lippe und Schaumburg-Lippe vom 16. bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts. Diss. Göttingen 1994.
- Paulitzky, Heinrich Felix (1849): Anleitung für Landleute zu einer vernünftigen Gesundheitspflege. Frankfurt/Main. 10 Aufl. 1849.
- Pechacek, Petra (2003): Scharfrichter und Wasenmeister in der Landgrafschaft Hessen-Kassel in der Frühen Neuzeit. Frankfurt/Main 2003.
- Pecker, André (2000): Gynäkologie und Geburtshilfe vom Altertum bis zum Anfang des 18. Jahrhunderts. In: Richard Toellner (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 2, Augsburg 2000, S. 1002–1053.
- Peiper, Otto (1921): Das Fleckfieber in Preußen 1918–1920. Nach amtlichem Material bearbeitet. In: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XIV. Band, 1. Heft, S. 5–23.
- Pestalozzi, Karl (1996): Gesellschaftsreform im Zeichen der Mutter: Mythos und politisches Mandat. In: Roebeling, Irmgard/Wolfram Mauser (Hrsg.), Mutter und Mütterlichkeit. Wandel und Wirksamkeit einer Phantasie in der deutschen Literatur. Festschrift für Verena Ehrich-Haefeli, Würzburg 1996, S. 99–112.
- Peter, Jean-Pierre (1978): Kranke und Krankheiten am Ende des 18. Jahrhunderts (aufgrund einer Untersuchung der Königlich-Medizinischen Gesellschaft 1774–1794). In: Arthur E. Imhof (Hrsg.), Biologie des Menschen in der Geschichte (=Kultur und Gesellschaft 3), Stuttgart und Bad Cannstatt 1978, S. 274–359.
- Petermann, Franz/Petra Warschburger (2000): Asthma bronchiale – Grundlagen eines interdisziplinären Anwendungs- und Forschungsgebiets. In: dies., Asthma bronchiale, Göttingen usw. 2000, S. 9–32.
- Petke, Wolfgang (2014): Die Ausbildung des Pfarreiwesens im Schaumburger Land (9./10. bis 14. Jahrhundert). In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), Schaumburg im Mittelalter, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 187–215.
- Petruzzelli, Michele (2014): A Switch from White to Brown Fat Increases Energy Expenditure in Cancer-Associated Cachexia. In: Cell Metabolism 20, September 2, 2014, S. 433–447.
- Pfeufer, Christian (1819): Der Scharlach, sein Wesen und seine Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung des 1818 zu Bamberg herrschenden Scharlachs. Bamberg und Würzburg 1819.
- Pfister, Christian (1985): Klimageschichte der Schweiz 1525–1860. Das Klima der Schweiz von 1525–1860 und seine Bedeutung in der Geschichte von Bevölkerung und Landwirtschaft, Band I. Bern und Stuttgart 2. Aufl. 1985.

- Pfister, Christian (1999): *Wetternachhersage. 500 Jahre Klimavariationen und Naturkatastrophen (1496–1995)*. Bern usw. 1999.
- Pfister, Christian (2001): Klimawandel in der Geschichte Europas. Zur Entwicklung und zum Potential der Historischen Klimatologie. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 12, 2001, S. 7–43.
- Pfister, Christian (2007): *Bevölkerungsgeschichte und Historische Demographie 1500–1800*. München 2. Aufl. 2007.
- Pfortmueller, Carmen, et al. (2012): Injuries, Sequelae, and Treatment of Lightning-Induced Injuries: 10 Years of Experience at a Swiss Trauma Center. In: *Emergency Medicine International*, Volume 2012, Article ID 167698, 6 pages.
- Philipp, P. J. (1838): *Die Lehre von der Erkenntnis und Behandlung der Lungen- und Herzkrankheiten. Mit vorzüglicher Hinsicht auf die Auscultation, Percussion und die anderen physicalischen Explorationsmethoden*. Berlin 1838.
- Philippi, Hans (1976): *Landgraf Karl von Hessen-Kassel. Ein deutscher Fürst der Barockzeit (=Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen 34)*. Marburg 1976.
- Philippi, Hans (1983): Machtpolitik unter Landgraf Karl im Hochabsolutismus. In: Uwe Schultz (Hrsg.), *Die Geschichte Hessens*, Stuttgart 1983, S. 106–120.
- Philippi, Hans (2007): *Die Landgrafschaft Hessen-Kassel 1648–1806. Festschrift zum 90. Geburtstag*. Marburg 2007.
- Phoebus, Philipp (1862): *Der typische Frühsommer-Katarrh oder das sogenannte Heufieber, Heu-Asthma*. Giessen 1862.
- Pierer's Universal-Lexikon der Vergangenheit und Gegenwart oder Neuestes encyclopädisches Wörterbuch der Wissenschaften, Künste und Gewerbe (1857). Dritter Band. Bodmerei – Chimpansee. Altona 4. Aufl. 1857.
- Plenk, Joseph Jakob (1807): *Lehre von der Erkenntnis und Heilung der Kinderkrankheiten*. Wien 1807.
- Ploss, H. (1874): Studien über die Kindersterblichkeit. In: *Jahrbuch für Kinderheilkunde und Physische Erziehung*, Neue Folge, VII. Band, 1874, S. 157–187.
- Poczka, Irene (2017): *Die Regierung der Gesundheit. Fragmente einer Genealogie liberaler Gouvernementalität*. Diss. Berlin 2017.
- Pöhls, V. (1988): Die Anwendung von Suizidalthorien zur Erklärung von Suiziden alter Menschen. In: K. Böhme und E. Lungershausen (Hrsg.), *Suizid und Depression im Alter*, Regensburg 1988, S. 143–161.
- Poestges, Dieter (1980): Die Obernkirchener Sandsteinbrüche als Ausgangspunkt internationalen Handels. In: *Schaumburger Heimat* 11, 1980, S. 38–47.
- Poestges, Dieter (1982/83): Die Geschichte der Obernkirchener Sandsteinbrüche. Ein wichtiges Kapitel in den Handelsbeziehungen der Stadt Bremen. In: *Bremisches Jahrbuch* 60/61, 1982/83, S. 95–113.

- Pohlmeier, Hermann (1995): Depression und Selbstmord. 3. Aufl. 1995 Düsseldorf.
- Pollmeier, Heiko (2005): Wie bei Bauern so bei Fürsten – Europäische Herrscherhäuser im „Zeitalter der Pocken“. In: Herzog August Bibliothek Wolfenbüttel (Hrsg.), Gottes verhängnis und seine straffe. Zur Geschichte der Seuchen in der Frühen Neuzeit, Ausstellungskataloge der Herzog-August-Bibliothek Nr. 84, Wolfenbüttel 2005, S. 139–149.
- Porter, Roy (2000): Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg 2000.
- Porter, Roy (2004): Geschöpft und zur Ader gelassen. Eine kleine Kulturgeschichte der Medizin. Zürich 2004.
- Posner, L. (1845): Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Erster Band: Acute Krankheiten. Leipzig 1845.
- Potente, Dieter (1994): Ländliche Bevölkerung, Agrarkonjunkturen und Agrarreformen 1770–1808. In: Johannes Arndt und Peter Nitschke (Hrsg.), Kontinuität und Umbruch in Lippe – sozialpolitische Verhältnisse zwischen Aufklärung und Restauration, Detmold 1994, S. 187–200.
- Press, Volker (1991): Kriege und Krisen. Deutschland 1600–1715. München 1991.
- Probst, Christian (1984): Die Reform des Medizinalwesens in Bayern zwischen 1799 und 1808. In: Eberhard Weis (Hrsg.), Reformen im rheinbündischen Deutschland, München 1984, S. 195–210.
- Probst, Christian (1990): Fahrende Heiler und Heilmittelhändler im Alten Bayern. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9, 1990, S. 45–64.
- Pschyrembel, Willibald (1994): Klinisches Wörterbuch. Berlin und New York 257. Aufl. 1994.
- Pschyrembel, Willibald/Joachim W. Dudenhausen (1971): Grundriss der Perinatalmedizin. Berlin 1971.
- Pulz, Waltraud (2001): Zur Erforschung geburtshilflichen Überlieferungswissens von Frauen in der Frühen Neuzeit. In: Christine Loytved (Hrsg.), Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen, Osnabrück 2001, S. 11–17.
- Putschky, Carmen (2000): Wilhelmsbad, Hofgeismar und Nenndorf. Drei Kurorte Wilhelms I. von Hessen-Kassel. Marburg 2000.
- Rabe, Horst (1980): Die Entdeckung der Kindheit. Konstanz 1980.
- Radkau, Joachim (1998): Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München und Wien 1998.
- Rahn, Conrad (1765): Anleitung zu richtiger Erkenntniß und vernünftiger Heilung der Ruhr. Zürich 1765.

Ramadge, Francis Hopkins (1841): Die Engbrüstigkeit und das Asthma sind heilbar. Eine Darstellung dieser Krankheiten in ihren Grundformen, ihren verschiedenen Arten und Verwickelungen, mit organischen Verletzungen des Herzens, Katarrh, Verdauungsschwäche u. s. w. Quedlinburg und Leipzig 1841.

Ranke, H. (1886): Ueber Cerebrale Kinderlähmung, Hemiplegia cerebri spastica (Heine), Polienccephalitis scuta Strümpell). In: Münchener Medicinische Wochenschrift Nr. 17, 33. Jg., 27. April 1886, S. 293–296.

Rarr, Johann (1839): Grundzüge zur allgemeinen Krankheitslehre. Erster Theil. Würzburg 1839.

Rath, Gernot (1969): Die Hygiene der Stadt im 19. Jahrhundert. In: Walter Artelt et al. (Hrsg.), Städte-, Wohnungs- und Kleidungs-hygiene des 19. Jahrhunderts in Deutschland, Stuttgart 1969, S. 70–83.

Rau, Gottlieb Ludwig (1829): Ueber die Erkenntniß und Heilung des Nervenfiebers. Darmstadt 1829.

Raudnitz, L. (1842): Freundliche Belehrungen an Eltern, um die gefährlichen Krankheiten ihrer Kinder sogleich erkennen (...) zu können. Prag 1842.

Rausch, H. (1951): Hermann von Lerbecks Chronik der Grafen von Schaumburg. In: Die schauburg-lippische Heimat. Mitteilungen des Vereins für schauburgisch-lippische Geschichte 11, 1951, S. 5–89.

Recknagel, Friedrich (1836): Medicinische Inaugural=Dissertation über Brustwassersucht. Erlangen (1836).

Redetzky, Hermann (1931): Die verschiedenen Theorien über Entstehung, Verlauf und Erlöschen von Seuchen vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. In: Wolfgang Wieland (Hrsg.): Ergebnisse der Hygiene Bakteriologie Immunitätsforschung und experimentellen Therapie. Zwölfter Band. Berlin 1931, S. 464–528.

Reinders-Düselder, Christoph (1995): Ländliche Bevölkerung vor der Industrialisierung: Geburt, Heirat und Tod in Steinfeld, Damme und Neuenkirchen 1650–1850. Cloppenburg 1995.

Reinders-Düselder, Christoph (1996): Oldenburg im 19. Jahrhundert – Auf dem Weg zur selbstverwalteten Stadt 1830–1880. In: Geschichte der Stadt Oldenburg. Band 2: 1830–1995, Oldenburg 1996, S. 9–172.

Reinhard, Carl Ludwig (1834) (Hrsg.): Specielle Nosologie und Therapie. Nach dem Systeme eines berühmten deutschen Arztes und Professors. Erster Band. Die acuten Krankheiten. Würzburg 1834.

Reith, Reinhold (1994): Lohn- und Kostkonflikte im deutschen Handwerk des 18. Jahrhunderts. Überlegungen zur Geschichte. In: Manfred Gailus und Heinrich Volkmann (Hrsg.), Der Kampf um das tägliche Brot. Nahrungsmangel, Versorgungspolitik und Protest 1770–1990, Opladen 1994, S. 85–106.

Respondek, Peter (2001): Perspektiven historisch-demographischer Familienforschung. In: Frank Göttmann und Peter Respondek (Hrsg.), Historisch-demographische Forschungen. Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven, Köln 2001, S. 8–39.

Rettinger, Elmar (1989): Aspekte der Bevölkerungsentwicklung rheinhessischer Dörfer (17.–19. Jahrhundert). In: Das Dorf am Mittelrhein. Fünftes Alzeyer Kolloquium, Wiesbaden 1989, S. 195–228.

Rettinger, Elmar (2002): Die Umgebung der Stadt Mainz und ihre Bevölkerung vom 17. bis 19. Jahrhundert. Ein historisch-demographischer Beitrag zur Sozialgeschichte ländlicher Regionen. Stuttgart 2002.

Reumann, Carl Georg (1844): Fortschritte und Erfahrungen der neuesten Zeit im Gebiete der Heilkunst. Fünfter oder Supplement-Band. Von den Krankheiten des Menschen. Berlin 1844.

Reuss, Johannes Jodocus (1818): Wesen der Exantheme. Dritter Theil. Das Scharlachfieber, die Masern, der Keuchhusten, die unaechten Pocken und Roetheln. Nürnberg 1818.

Reuter, Christian (1997): Schelmuffskys wahrhaftig curiöse und sehr gefährliche Reisebeschreibung zu Wasser und Lande. Stuttgart 1997.

Richter, August Gottlieb (1831): Anfangsgründe der Wundarzneykunst. Erster Band. Wien 1831.

Richter, Dieter (1987): Das fremde Kind. Zur Entstehung der Kindheitsbilder des bürgerlichen Zeitalters. Frankfurt/Main 1987.

Richter, Georg August (Hrsg.) (1817): Die specielle Therapie nach den hinterlassenen Papieren des verstorbenen D. Aug. Gottl. Richter. Erster Band. Erste Abtheilung der acuten Krankheiten. Zweite verbesserte Auflage. Berlin 1817.

Richterling, Helmut/Erich Kittel (1971): Westfalen-Lippe. In: Georg Wilhelm Sante (Hrsg.), Geschichte der deutschen Länder, Band 1: Die Territorien bis zum Ende des alten Reiches, Würzburg 1964, S. 380–403.

Riecke, C. F. (1848): Der Kriegs- und Friedens-Typhus in den Arméén. Ein Beitrag zu einer künftigen Gesundheitspflege in den Kriegsheeren mit besonderer Rücksicht auf die Königlich Preuss. Armée. Potsdam 1848.

Rinck, J. (1833): Ueber das Gallenfieber. Diss. Würzburg 1833.

Ritter, Gerhard A./Klaus Tenfelde (1992): Arbeiter im Deutschen Kaiserreich 1871 bis 1914, Bonn 1992.

RKI – Robert-Koch-Institut (2002): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Berlin 2002.

RKI – Robert Koch-Institut (2005a): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin 2005.

- RKI – Robert-Koch-Institut (2005b): Epidemiologisches Bulletin. 1. April 2005 / Nr. 13, S. 109–118.
- RKI – Robert Koch-Institut (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 35: Tuberkulose. Berlin 2006.
- RKI – Robert Koch-Institut (2010a): GBE kompakt 2/2010 – Unfälle in Deutschland: Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009. Berlin 2010.
- RKI – Robert-Koch-Institut (2010b): Epidemiologisches Bulletin. 28. Juni 2010 / Nr. 25, S. 237–244.
- RKI – Robert Koch-Institut (2011): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52: Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Berlin 2011.
- RKI – Robert-Koch-Institut (2013): Epidemiologisches Bulletin. 14. Januar 2013 / Nr. 2, S. 9–22.
- RKI – Robert Koch-Institut (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin 2014.
- RKI – Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin 2015.
- RKI – Robert Koch-Institut (2016a): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin 2016.
- RKI – Robert Koch-Institut (2016b): GBE kompakt 2/2016 – Unfälle in Deutschland – Woran verletzen sich Kinder und Jugendliche? Berlin 2016.
- RKI – Robert Koch-Institut (2017a): Krebs in Deutschland für 2013/2014. Gemeinsame Publikation des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. Berlin 2017.
- RKI – Robert-Koch-Institut (2017b): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Journal of Health Monitoring, September 2017, Ausgabe 3. Berlin 2017
- RKI – Robert-Koch-Institut (2019a): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Journal of Health Monitoring, Dezember 2019, Ausgabe 4: Wie geht es Deutschland in Europa? Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. Berlin 2019
- RKI – Robert-Koch-Institut (2019b): Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2018/19. Berlin 2019.
- RKI – Robert Koch-Institut (2019c): Krebs in Deutschland für 2015/2016. Gemeinsame Publikation des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. Berlin 2019.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Berlin 2020.
- Rodenwaldt, Ernst (1967): Die Seuchenzüge der Cholera im 19. Jahrhundert. In: Walter Artelt und Walter Rüegg (Hrsg.), Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1967, S. 201–208.

Roebing, Irmgard/Wolfram Mauser (1996): Vorwort. In: dies. (Hrsg.), Mutter und Mütterlichkeit. Wandel und Wirksamkeit einer Phantasie in der deutschen Literatur. Festschrift für Verena Ehrich-Haefeli, Würzburg 1996, S. 11–16.

Roeck, Bernd (1993): Außenseiter, Randgruppen, Minderheiten. Fremde in Deutschland in der frühen Neuzeit. Göttingen 1993.

Rödel, Walter G. (1979): Die Pocken in Mainz im Jahre 1766. Ein Beitrag zur Epidemiologie aus historisch-demographischer Sicht. In: *Medizinhistorisches Journal* 14, 1979, S. 53–80.

Rödel, Walter G. (1985): Mainz und seine Bevölkerung im 17. und 18. Jahrhundert. Demographische Entwicklung, Lebensverhältnisse und soziale Strukturen in einer geistlichen Residenzstadt. Stuttgart 1985.

Rösener, Werner (2014): Agrarstrukturen und ländliche Gesellschaft im Herrschaftsbereich der Grafen von Schaumburg während des Hochmittelalters. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), *Schaumburg im Mittelalter*, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 246–264.

Rogge, Jörg (1992): Miteinander und Gegeneinander. Die Städte Rinteln, Hameln, Minden und ihre Landesherren von der Reformation bis zum Dreißigjährigen Krieg. In: *Der Weserraum zwischen 1500 und 1650. Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur in der Frühen Neuzeit (=Materialien zur Kunst- und Kulturgeschichte in Nord- und Westdeutschland 4)*, Marburg 1992, S. 15–40.

Rolffs, J. C. F. (1833): *Das epidemische Katarrhal=Fieber, auch die Grippe und Influenza genannt, die Wichtigkeit des Hustens und Schnupfens, so wie deren Verhütung und Heilung*. Köln 1833.

Róth, Nikolaus (1927): Der Stoffwechsel der Tuberkulose und dessen diaetetische Bedeutung. In: *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung* 63, 1926, S. 292–312.

Rothe, Hans Werner (1998): *Zur Geschichte der ländlichen Gesellschaft im Schaumburger Land*: Lindhorst. Melle 1998.

Rothschuh, Karl E. (1978): *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart 1978.

Rotteck, Julius von (1839): *Ueber einige Brustkrankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihre Diagnose aus physikalischen Zeichen. Krankheiten der Pleura und Lungen=Emphysem*. Freiburg im Breisgau 1839.

Rudolph, Gerhard: *Zwei Beiträge zur Geschichte der Balneologie*. Kassel 1982.

Rüsch-Gerdes, Sabine/Doris Hillemann (2009): Tuberkulosebakterien. In: Darai, Gholamreza et al. (Hrsg.): *Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe*. Heidelberg 2. Aufl. 2009, S. 857–861.

Ruffié, Jaques/Jean-Charles Sournia (1987): *Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit*. Stuttgart 2. Aufl. 1987.

Rummel, Robert Alexander (1867): Das Wochenbett und seine krankhaften Zustände. Ein Handbuch für die ärztliche Praxis. Neu-Ruppin 1867.

Rupp, Johannes-Peter (1975): Die Entwicklung der Impfgesetzgebung in Hessen. In: *Medizinhistorisches Journal* 10, 1975. S. S. 103–120.

Rust, Johann Nepomuk (Hrsg.) (1836): Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie, mit Einschluss der syphilitischen und Augen-Krankheiten in alphabetischer Ordnung. Siebenzehnter Band, Berlin und Wien 1836.

Ruthe, Jörg Michael (1993): Ritterschaft und Rittergüter in Lippe im ausgehenden 18. Jahrhundert. In: Neithart Bulst et al. (Hrsg.). *Die Grafschaft Lippe im 18. Jahrhundert. Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft eines deutschen Kleinstaates*, Bielefeld 1993, S. 269–301.

Saalfeld, Diedrich (1964): Die Bedeutung des Getreides für die Haushaltsausgaben städtischer Verbraucher in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. In: Hans-Günter Schlotter (Hrsg.), *Landwirtschaft und ländliche Gesellschaft in Geschichte und Gegenwart*. Festschrift Wilhelm Abel, Hannover 1964, S. 26–38.

Sachse, Wieland (1985): Wohnen und soziale Schichtung in Göttingen im 18. Jahrhundert. In: Hans Jürgen Teuteberg (Hrsg.), *Homo habitans. Zur Sozialgeschichte des ländlichen und städtischen Wohnens in der Neuzeit*, Münster 1985, S. 131–154.

Sachtleben, Diederich Wilhelm (1795): *Klinik der Wassersucht in ihrer ganzen Sippschaft. Ein Versuch für angehende Praktiker geschrieben*. Danzig 1795.

Salomon, W. (1923): *Kinderkrankheiten*. In: Alfred Grotjahn (Hrsg.), *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen als Grundlage der sozialen Hygiene*, Berlin 3. Aufl. 1923, S. 236–255.

Sammlung HessLO – Sammlung Fürstlich Hessischer Landes=Ordnungen und Ausschreiben.

Sammlung Kurhessen – Sammlung von Gesetzen, Verordnungen, Ausschreiben und anderen allgemeinen Verfügungen für Kurhessen.

Sander, Sabine (1998): *Handwerkschirurgen. Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe*. Göttingen 1998.

Sandgruber, Roman (1979): *Gesindestuben, Kleinhäuser und Arbeiterkasernen. Ländliche Wohnverhältnisse im 18. und 19. Jahrhundert in Österreich*. In: Lutz Niethammer (Hrsg.), *Wohnen im Wandel. Beiträge zur Geschichte des Alltags in der bürgerlichen Gesellschaft*, Wuppertal 1979, S. 107–131.

Sauer, Ignaz (1841): *Der Typhus in vier Cardinalformen*. Wien 1841.

Sauer, Peter (1996): *Die unterbäuerlichen Schichten in der Grafschaft Schaumburg vom 17. bis zum 19. Jahrhundert. Arbeit zur Erlangung des Magistergrades*. Universität Hannover 1996 (nicht im Druck erschienen).

Schaarschmidt, Samuel (Hrsg.) (1742): *Medizinischer und Chirurgischer Berlinischer wöchentlicher Nachrichten*. Zweyter Jahrgang. Berlin 1742.

Schader, Bettina (1987): Schwindsucht – Zur Darstellung einer tödlichen Krankheit in der deutschen Literatur vom poetischen Realismus bis zur Moderne. Frankfurt/M. usw. 1987.

Schäfer, Daniel (2004): Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit. Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase. Frankfurt/New York 2004.

Schaer, Friedrich-Wilhelm (1966): Graf Friedrich Christian zu Schaumburg-Lippe. Als Mensch und als Repräsentant des kleinstaatlichen Absolutismus um 1700. Bückeburg 1996.

Schaumburglippischer verbesserter allein privilegirter Calender auf das 1776ste Jahr.

Schaumburg=Lippischer Kalender nach der allgemeinen Reichs=Zeit=Rechnung auf das 1790ste Jahr (1789ste Jahre)

Schaumburg=Lippischer Kalender auf das Schalt=Jahr 1844.

Scheibenreiter, Susanne (2008): Krankheiten des Kindes im Mittelalter. Diplomarbeit Wien 2008.

Scherer, Kajetan (1845): Ueber Unterleibs-Typhus. Diss. München 1845.

Schiefer, Berbeli (1963): Die Steuerverfassung und die Finanzen des Landes Lippe unter der Regierung Graf Simon Augusts (1734–1782). In: Lippische Mitteilung 32, 1963, S. 88–132.

Schiefer, Berbeli (1964): Die lippische Wirtschaft unter der Regierung Graf Simon Augusts (1734–1782). In: Lippische Mitteilung 33, 1964, S. 85–134.

Schildt, Gerhard (2001): Infektionskrankheiten und soziale Lage. Die Situation in Braunschweig um 1870. In: Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 73, 2001, S. 189–206.

Schilling, Heinz (1980): Religion und Gesellschaft in der calvinistischen Republik der Vereinigten Niederlande – „Öffentlichkeitskirche“ und Säkularisation; Ehe und Hebammenwesen; Presbyterien und politische Partizipation. In: Franz Petri (Hrsg.), Kirche und gesellschaftlicher Wandel in deutschen und niederländischen Städten der werdenden Neuzeit (Städteforschung: Reihe A, Darstellungen 10), Köln und Wien 1980. S. 197–250.

Schilling, Heinz/Ehrenpreis, Stefan (2014): Die Stadt in der Frühen Neuzeit. Berlin und Boston 3. Aufl. 2015.

Schimitschek, Erwin/Günther T. Werner (1985): Malaria, Fleckfieber, Pest. Auswirkungen auf Kultur und Geschichte – Medizinische Fortschritte. Stuttgart 1985.

Schinz, Heinrich Rudolf (1814): Etwas über ansteckende Krankheiten überhaupt und das Nervenfieber besonders und über die Mittel Ansteckung und Verbreitung möglichst zu hindern. Zürich 1814.

Schipperges, Heinrich (2003): Gesundheit und Gesellschaft. Ein historisch-kritisches Panorama. Berlin usw. 2003.

Schirmer, Uwe (1996): Der Bevölkerungsgang in Sachsen zwischen 1743 und 1815. In: Vierteljahresschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 83, 1996, S. 25–58.

Schivelbusch, Wolfgang (1990): Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genußmittel. Frankfurt/M. 1990.

Schlagintweit, W. A. Jos. (1837): Praktische Erfahrungen und Beobachtungen über die epidemische Brechruhr in München. München 1837.

Schleier, Bettina (2001/2002): Textillandschaften Westfalens im Übergang zur Industrialisierung – unter besonderer Berücksichtigung Warendorfs. In: Westfälische Zeitschrift 151/152, 2001/2002, S. 153–178.

Schlenkrich, Elke/Helmut Bräuer (2000): Armut, Verarmung und ihre öffentliche Wahrnehmung. Das sächsische Handwerk des ausgehenden 17. und 18. Jahrhundert. In: Karl Heinrich Kaufhold und Wilfried Reininghaus (Hrsg.), Stadt und Handwerk in Mittelalter und Früher Neuzeit, Köln usw. 2000, S. 93–117.

Schlöder, Christian (2014): Bonn im 18. Jahrhundert. Die Bevölkerung einer geistlichen Residenzstadt. Köln usw. 2014.

Schlögl, Rudolf (1988): Bauern, Krieg und Staat. Oberbayerische Bauernwirtschaft und frühmoderner Staat im 17. Jahrhundert. Göttingen 1988.

Schlumbohm, Jürgen (1988): Ledige Mütter als „lebendige Phantome“ – oder: Wie die Geburtshilfe aus einer Weibersache zu einer Wissenschaft wurde. In: Kornelia Duwe et al. (Hrsg.), Göttingen ohne Gänseliesel. Texte und Bilder zur Stadtgeschichte, Göttingen 1988, S. 150–159.

Schlumbohm, Jürgen (1994): Lebensläufe, Familien, Höfe. Die Bauern und Heuerleute des Osnabrückischen Kirchspiels Belm in proto-industrieller Zeit 1650–1860. Göttingen 1994.

Schlumbohm, Jürgen (1999): „zu schreiben und die ganze Beschaffenheit der Sache“: Signierfähigkeit und Schriftgebrauch bei Bauern und Heuerleuten des Kirchspiels Belm, ca. 1770–1840. In: Hans Erich Bödeker und Ernst Hinrichs (Hrsg.): Alphabetisierung und Literalisierung in Deutschland in der Frühen Neuzeit, Tübingen 1999, S. 163–180.

Schlumbohm, Jürgen (2002): Grenzen des Wissens. Verhandlungen zwischen Arzt und Schwangeren im Entbindungshospital der Universität Göttingen um 1800. In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert, Göttingen 2002, S. 129–165.

Schlumbohm, Jürgen (2012): Lebendige Phantome. Ein Entbindungshospital und seine Patientinnen 1751–1830. Göttingen 2012.

Schmerl, Christiane (2002): Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern usw. 2002, S. 32–52.

Schmidt, Günther (1920): Die alte Grafschaft Schaumburg. Grundlegung der historischen Geographie des Staates Schaumburg-Lippe und des Kreises Grafschaft Rinteln (=Studien und Vorarbeiten zum Historischen Atlas von Niedersachsen 5). Göttingen 1920.

Schmidt, Heinrich (1987): Oldenburg in Mittelalter und Früher Neuzeit. In: Geschichte der Stadt Oldenburg. Band 1: Von den Anfängen bis 1830, Oldenburg 1987, S. 11–477.

Schmidtmüller, Johann Anton (1807): Der Stand der Geburtshilfe der neuesten Zeit. Erlangen 1807.

Schmitz, Gerda (1996): Ländliche Speiseordnungen aus Westfalen. Vom Ende des 17. bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts. In: Günter Wiegelmann und Ruth-E. Mohrmann (Hrsg.), Nahrung und Tischkultur im Hanseraum, Münster/New York 1996, S. 243–265.

Schneble, Hansjörg (1987): Krankheit der ungezählten Namen. Ein Beitrag zur Sozial-, Kultur- und Medizingeschichte der Epilepsie anhand ihrer Benennungen vom Altertum bis zur Gegenwart. Bern usw. 1987.

Schneider, Karl Heinz (1988): Die Bevölkerungsentwicklung im Kirchspiel Altenhagen-Hagenburg zwischen 1700 und 1840. In: Schaumburg-Lippische Mitteilungen 28, 1988, S. 213–235.

Schneider, Karl Heinz (1994): Schaumburg in der Industrialisierung. Teil 1: Vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Reichsgründung. Melle 1994.

Schneider, Karl Heinz (1995): Schaumburg in der Industrialisierung. Teil 2: Von der Reichsgründung bis zum Ersten Weltkrieg. Melle 1995.

Schneider, Karl Heinz (2004): Wirtschaftsgeschichte Schaumburgs – Eine Annäherung. In: Hubert Höing (Hrsg.), Strukturen und Konjunkturen. Faktoren der schauburgischen Wirtschaftsgeschichte, Bielefeld 2004, S. 429–457.

Schneider, Karl Heinz (2018): Weiß-Gelbe Stadtgeschichte. Obernkirchen zwischen Stift, Kohle und Glas. Band I – von 1770 bis 1870. Obernkirchen 2018.

Schneider, Karl Heinz/Hans Heinrich Seedorf (1989): Bauernbefreiung und Agrarreformen in Niedersachsen. Hildesheim 1989.

Schnurrer, Friedrich (1810): Materialien zu einer allgemeinen Naturlehre der Epidemien und Contagien. Tübingen 1810.

Schnurrer, Friedrich (1825): Die Krankheiten des Menschen-Geschlechts. Chronik der Seuchen mit den gleichzeitigen Vorgängen in der physischen Welt und in der Geschichte der Menschen. Zweiter Theil: Von der Mitte des fünfzehnten Jahrhunderts bis auf die neueste Zeit. Tübingen 1825.

Schönberger K, Ludwig M-S, Wildner M, Weissbrich B (2013): Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation. PLoS ONE 8(7): e68909. doi:10.1371/journal.pone.006890 [Stand: 10/2017]

Schoenebeck, Kai von (1992): Zwischen Besatzungsmächten und Landesherren. Die Auswirkungen des Dreißigjährigen Krieges auf die politische Selbständigkeit der Städte Hameln, Minden und Rinteln. In: *Der Weserraum zwischen 1500 und 1650. Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur in der Frühen Neuzeit (=Materialien zur Kunst- und Kulturgeschichte in Nord- und Westdeutschland 4)*, Marburg 1992, S. 41–60.

Schöner, Erich (1964): *Das Viererschema in der antiken Humoralpathologie*. Wiesbaden 1964.

Schopohl, Heinrich (1926): Kurpfuscherei und die rechtlichen Bestimmungen zu ihrer Bekämpfung. In: *Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung*, XXII. Band, 1. Heft, Berlin 1926, S. 1–63.

Schormann, Gerhard (1977): *Aus der Frühzeit der Rintelner Juristenfakultät (=Schaumburger Studien 38)*. Bückeburg 1977.

Schormann, Gerhard (1982): *Academia Ernestina. Die schaumburgische Universität zu Rinteln an der Weser (1620/21–1810)*. Marburg 1982.

Schröder, Wilhelm Heinz (1978): *Arbeitergeschichte und Arbeiterbewegung. Industriearbeit und Organisationsverhalten im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Frankfurt/M. u. New York 1978.

Schubert, Beate und Günter Wiegelmann (1994): Regionale Unterschiede beim Besprechen von Krankheiten im frühen 20. Jahrhundert. In: dies. (Hrsg.), *Volksmedizin in Nordwestdeutschland. Heilmagnetismus – „Besprechen“ – Erfahrungsheilkunde*, Münster/New York 1994, S. 171–253.

Schütt-Gerowitt, Heidi (2009): *Clostridium tetani*. In: In: Darai, Gholamreza et al. (Hrsg.): *Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe*. Heidelberg 3. Aufl. 2009, S. 177–179.

Schulte, Friedrich et al. (1987): *Chronik des Sünteldorfes Höfingen*. Rinteln 1987.

Schulze, Christian (2005): *Medizin und Christentum in Spätantike und frühem Mittelalter. Christliche Ärzte und ihr Wirken*. Tübingen 2005.

Schulze, Winfried (1987): *Deutsche Geschichte im 16. Jahrhundert*. Frankfurt/M. 1987.

Schuster, Gottwald (1743): *Methode, die meisten Kranckheiten des menschlichen Leibes bald, sicher und auf eine angenehme Art zu heilen*. Chemnitz 1743.

Schwarz (1835): *Ueber die Ohrenentzündung der Kinder*. In: *Analekten über Kinderkrankheiten oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters*, Erster Band, Heft 3, Stuttgart 1835, S. 21–32.

Schwedt, Georg (2000): *Reisen in die Vergangenheit von Hessisch Oldendorf*. Seesen 2000.

Schwedt, Georg (2017): *Gesundbrunnen im Schaumburger Land. Rehburg, Rodenberg, Nenndorf, Eilsen. Ausflüge in die Geschichte*. Norderstedt 2017.

- Schweich, Heinrich (1836): Die Influenza. Ein historischer und ätiologischer Versuch. Berlin 1836.
- Seelbach, Kirsten Renate (2007): In dieser harten und sterbenden Zeit. Maßnahmen gegen die Pest 1620–1750. Marburg 2007.
- Seemann, Sophie (2019): Verschwundene Krankheiten. Ein medizinhistorischer Streifzug. Berlin 2019.
- Seidler, Eduard/Karl-Heinz Leven (2003): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Stuttgart 7. Aufl. 2003.
- Seitz, Franz (1845a): Die Identität zwischen Abdominaltyphus und Schleimfieber. Ansbach 1845.
- Seitz, Franz (1845b): Der Friesel. Eine historisch-pathologische Untersuchung. Erlangen 1845.
- Semmelweis, Ignaz Philipp (1912): Ätiologie, Begriff und Prophylaxis des Kindbettfiebers (1861). Leipzig 1912 (Nachdruck Leipzig 1970)
- Seume, Johann Gottfried (1991): Mein Leben. Stuttgart 1991.
- Shang, Mei et. al. (2018): Influenza-Associated Pediatric Deaths in the United States, 2010–2016. In: Pediatrics Volume 141, number 4, April 2018, S. 1–11.
- Shorter, Edward (1984): Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau. München u. Zürich 1984.
- Siebold, Eduard Casp. Jac. von (1841): Lehrbuch der Geburtshülfe. Zum Gebrauche bei academischen Vorlesungen und zu eigenem Studium. Berlin 1841.
- Siegert, Reinhart (1999): Zur Alphabetisierung in den deutschen Regionen am Ende des 18. Jahrhunderts. In: Hans Erich Bödeker und Ernst Hinrichs (Hrsg.): Alphabetisierung und Literalisierung in Deutschland in der Frühen Neuzeit, Tübingen 1999, S. 283–307.
- Siffert, Erich (1993): Die Pocken im Kanton Bern während dem 18. und 19. Jahrhundert. Lizenziatsarbeit in Schweizer Geschichte eingereicht bei: Historisches Institut der Universität Bern. August 1993.
- Sigelen, Alexander (2018): Vom Aderlass zum Nanoskop. Eine Geschichte der Medizintechnik. Berlin 2018.
- Simkin, Penny/Ruth Ancheta (2006): Schwierige Geburten – leicht gemacht. Dysto-kien erfolgreich meistern. Bern 2. Aufl. 2006.
- Sohn, Anne-Marie (1997): Unzüchtige Handlungen an Mädchen und alltägliche Sexualität in Frankreich (1870–1939). In: Alain Corbin (Hrsg.), Die sexuelle Gewalt in der Geschichte, Frankfurt/Main 1997, S. 59–88.
- Sommer, Roswitha (1979): Zur Geschichte des Medizinal- und Apothekenwesens in einem kleinen souveränen Staat (Schaumburg-Lippe). Braunschweig 1979.

- Sommer, Roswitha (2018): Die staatliche Reglementierung des Apothekenwesens. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), 1615 – Recht und Ordnung in Schaumburg, Bielefeld 2018, S. 255–294.
- Song, Shige (2012): Does famine influence sex ratio at birth? Evidence from the 1959 – 1961 Great Leap Forward Famine in China. In: Proceedings of the Royal Society, B, vol. 279, 2012, S. 2883–2890.
- Sonntag, Hans-Günther (2009): Salmonella. In: Darai, Gholamreza et al. (Hrsg.): Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Heidelberg 3. Aufl. 2009, S. 731–734.
- Spree, Reinhard (1988): „Volksgesundheit“ und Lebensbedingungen in Deutschland während des frühen 19. Jahrhunderts. In: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Robert-Bosch-Stiftung 7, 1988, S. 75–113.
- Spree, Reinhard (1992): Der Rückzug des Todes. Der Epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts. Konstanz 1992.
- Spree, Reinhard (1996): Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert: „Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse.“ In: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt/New York 1996, S. 51–88.
- Spree, Reinhard (2000): Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 19, 2000, S. 143–149.
- Spreitzer, Brigitte (1988): Die stumme Sünde. Homosexualität im Mittelalter. Göppingen 1988.
- Sprengel, Kurt (1807): Handbuch der Pathologie. Zweiter Theil. Fieber. Entzündungen. Leipzig 3. Aufl. 1807.
- Spyrou, Maria A. et al. (2016): Historical *Y. pestis* Genomes Reveal the European Black Death as the Source of Ancient and Modern Plague Pandemics. In: Cell Host & Microbe 19, 2016, S. 874–881.
- Stahl, Augustin (1864): Die Ruhr. Diss. Würzburg 1864.
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Kurzfassung. Wiesbaden 1998.
- Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland. Wiesbaden 2012.
- Steege, Wilhelm (1982): Chronik des Dorfes Beckedorf. Beckedorf 1982.
- Steinbach, Peter (1976): Industrialisierung und Sozialsystem im Fürstentum Lippe. Zum Verhältnis von Gesellschaftsstruktur und Sozialverhalten einer verspätet industrialisierten Region im 19. Jahrhundert. Berlin 1976.
- Steiner, B./F. Keller/ M. Wolfersdorf/G. Hole (1988): Sozialstruktur bei suizidalen älteren depressiven Patienten. In: K. Böhme und E. Lungershausen (Hrsg.), Suizid und Depression im Alter, Regensburg 1988, S. 130–142.

Steinkamp, Arno (1970): Stadt- und Landhandwerk in Schaumburg-Lippe im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert. Rinteln 1970.

Steins, Gisela (2008): Identitätsentwicklung. Die Entwicklung von Mädchen zu Frauen und Jungen zu Männern. Essen 3. Aufl. 2008.

Steinwascher, Gerd (1988): Graf Wilhelm zu Schaumburg-Leipp (1724–1777). Ausstellungskatalog. Bückeburg 1988.

Steinwascher, Gerd (2002): Schaumburg und der Westfälische Frieden. In: Hubert Höing (Hrsg.), Schaumburg und die Welt. Zu Schaumburgs auswärtigen Beziehungen in der Geschichte, Bielefeld 2002, S. 412–429.

Steinwascher, Gerd (2014): Kloster und Herrschaft in Schaumburg. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), Schaumburg im Mittelalter, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 171–186.

Stenzel, Oliver (2001): Moderne Hebammen, traditionelle Wirklichkeiten. Probleme auf der Mikroebene. In: Christine Loytved (Hrsg.), Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen, Osnabrück 2001, S. 35–52.

Stephan, Peter (2002): Ditfurt. Demographie und Sozialgeschichte einer Landgemeinde nördlich des Harzes über 400 Jahre. Berlin 2002.

Stedel, Johannes (1967): Therapeutische und soziologische Funktion der Mineralbäder im 19. Jahrhundert. In: Walter Artelt und Walter Rüegg (Hrsg.), Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1967, S. 82–97.

Stieglitz, Annette von (2002): Hessen und Schaumburg. Die Landgrafschaft und ihre Exklave in ihrer verwaltungsorganisatorischen und personellen Verknüpfung. In: Hubert Höing (Hrsg.), Schaumburg und die Welt. Zu Schaumburgs auswärtigen Beziehungen in der Geschichte, Bielefeld 2002, S. 292–321.

Stieglitz, Annette von (2004): Die Schaumburger Bergverwaltung im 18. und 19. Jahrhundert. In: Hubert Höing (Hrsg.), Strukturen und Konjunkturen. Faktoren der schaumburgischen Wirtschaftsgeschichte, Bielefeld 2004, S. 191–212.

Stöckel, Sigrid (1986): Säuglingssterblichkeit in Berlin von 1870 bis zum Vorabend des Ersten Weltkriegs – Eine Kurve mit hohem Maximum und starkem Gefälle. In: Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Berlin-Forschungen I, Berlin 1986, S. 219–264.

Stömmer, Anton (1841): Vom Typhus. Inaugural-Abhandlung. München 1841.

Stokes, William (1844): Die Brustkrankheiten, deren richtige Würdigung und Behandlung. Deutsch bearbeitet von Friedrich Jacob Behrend. Leipzig 1844.

Stolberg, Michael (1989): Gottesstrafe oder Diätsünde. Zur Mentalitätsgeschichte der Cholera. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 8, 1989, S. 9–25.

Stolberg, Michael (1999): Krankheitserfahrung und Arzt-Patienten-Beziehung in Samuel Hahnemanns Patientenkorrespondenz. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 18, 1999, S. 169–188.

Stommel, Henry and Elisabeth (1983a): Volcano weather. The story of 1816, the year without a summer. Newport, R. I. 1983.

Stommel, Henry und Elisabeth (1983b): 1816: Das Jahr ohne Sommer. In: Spektrum der Wissenschaft, Heft 1, 1983, S. 96–103.

Strahlenschutzkommission (2014): Einflussfaktoren auf das Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen unter besonderer Beachtung der Wirkung ionisierender Strahlung. Stellungnahme der Strahlenschutzkommission mit wissenschaftlicher Begründung. Verabschiedet in der 270. Sitzung der Strahlenschutzkommission am 17./18. Juli 2014.

Stürzbecher, Manfred (1964): Zur Geschichte der Medizinalgesetzgebung im Fürstbistum Münster im 17. und 18. Jahrhundert. In: Westfälische Zeitschrift 114, 1964, S. 165–198.

Stürzbecher, Manfred (1969): Über die Stellung und Bedeutung der Wundärzte in Greifswald im 17. und 18. Jahrhundert. Ein geschichtlicher Beitrag zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung und der Medizinalordnungen im wendischen Quartier. Köln und Wien 1969.

Stukenbrock, Karin (1993): Abtreibung im ländlichen Raum Schleswig-Holsteins im 18. Jahrhundert. Eine sozialgeschichtliche Untersuchung auf der Basis von Gerichtsakten. Neumünster 1993.

Sturm, Patrick (2014): Leben mit dem Tod in den Reichsstädten Esslingen, Nördlingen und Schwäbisch Hall. Epidemien und deren Auswirkungen vom frühen 15. bis zum frühen 17. Jahrhundert. Ostfildern 2014.

Suerbaum, Sebastian (2009): Helicobacter pylori. In: In: Darai, Gholamreza et al. (Hrsg.): Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Heidelberg 3. Aufl. 2009, S. 362–366.

Süßmilch, Johann Peter (1765): Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben. Erster Theil. Berlin 3. Aufl. 1765.

Süvern, Wilhelm (1965): Das Kirchspiel Hohenhausen. Geschichte der Gemeinden Hohenhausen, Bentorf, Brosen und Westdorf. Lemgo 1965.

Sundelin, Karl (Hrsg.) (1830): Handbuch der praktischen Arzneiwissenschaften oder der speziellen Pathologie und Therapie. Fünfter Band. Wien 1830.

Tacke, Eberhard (1966): Die schauburgischen Papiermühlen und ihre Wasserzeichen im Rahmen der nordwestdeutschen Papiergeschichte. Bückeburg 1966.

Tatonetti, Nicholas P. et al. (2015): Birth month affects lifetime disease risk: a phenomenon-wide method. In: Journal of the American Medical Informatics Association 22, 2015, S. 1042–1053.

Tegtmeier, Friedrich et al. (1959): Rumbeck. Beiträge zur Geschichte eines Dorfes. Rinteln 1959.

- Teichmeyer, Hermann Friedrich (1752): Anweisung zur gerichtlichen Arzneigelahrtheit. Nürnberg 1752.
- Teuteberg, Hans Jürgen (1986): Anfänge des modernen Milchzeitalters in Deutschland. In: ders./Günter Wiegelmann (Hrsg.), *Unsere tägliche Kost*, Münster 1986, S. 163–184.
- Teuteberg, Hans Jürgen/Günter Wiegelmann (1972): *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung*. Göttingen 1972.
- Thatcher Ulrich, Laurel (1998): Ihre Arbeit – seine Arbeit. Geburtsberichte in Tagebüchern aus Neu England im 18. Jahrhundert. In: Jürgen Schlumbohm et al. (Hrsg.), *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*, München 1998, S. 30–49.
- Thießen, Malte (2015): Praktiken der Vorsorge als Ordnung des Sozialen: Zum Verhältnis von Impfungen und Gesellschaftskonzepten im „langen 20. Jahrhundert“. In: Sylvelyn Hähner-Rombach (Hrsg.), *Geschichte der Prävention. Akteure, Praktiken, Instrumente*, Stuttgart 2015, S. 202–227.
- Thießen, Malte (2017): *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*. Göttingen 2017.
- Thomas, Jan Peter et al. (2014): Strukturiertes Vorgehen bei akuter Otitis media. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111, Heft 9, 2014, S. 151–161.
- Thurer, Shari (1995): *Mythos Mutterschaft. Wie der Zeitgeist das Bild der guten Mutter immer wieder neu erfindet*. München 1995.
- Töngi, Claudia (2002): Gewalt gegen Schwangere vor dem ernennerischen Strafgericht des 19. Jahrhunderts. Zur sozialen Bedeutung von Gewalt und Aggression. In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Göttingen 2002, S. 273–291.
- Tjong, Calvin (2003): *Einzelfallanalysen von Totgeburten. Retrospektive 5-Jahre-Analyse an einem Perinatalzentrum unter Berücksichtigung der Vermeidungsfaktoren*. Diss. Berlin (2003=Datum der Promotion).
- Toppe, Sabine (1993): *Die Erziehung zur guten Mutter. Medizinisch-pädagogische Anleitungen zur Mutterschaft im 18. Jahrhundert*. Oldenburg 1993.
- Tourtal, C. H. (1834): *Allgemeine Ansichten und Bemerkungen über Krankheiten der Kinder und ihre Behandlung*. In: *Analekten über Kinderkrankheiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, zusammengestellt zum Gebrauch für praktische Aerzte*. Erster Band, Heft 1, Stuttgart 1834, S. 3–43.
- Townsend, Joseph (1796): *Joesph Townsend’s Anweisung für angehende Aerzte zu einer vernunftmäßigen und nach Cullen’s Nosologie eingerichteten Medizinischen Praxis*. Leipzig 1796.
- Tucker, Susan Martin (Hrsg.) (2000): *Pflegestandards in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Bern 2000.

Uckermann, Wollrad Ludwig (1832): Inaugural-Abhandlung über Scirrhus- und Krebsbildung und deren Behandlung. Erlangen 1832.

Ulbricht, Otto (1990): Kindsmord und Aufklärung in Deutschland. München 1990.

Ulrich-Bochsler, Susi/Daniel Gutscher (1998): Wiedererweckung von Totgeborenen. Ein Schweizer Wallfahrtszentrum im Blick von Archäologie und Anthropologie. In: Jürgen Schlumbohm et al. (Hrsg.), Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte, München 1998, S. 244–268.

Van Dülmen, Richard (1982): Entstehung des frühneuzeitlichen Europa 1550–1648. Frankfurt/M. 1982.

Van Dülmen, Richard (1988): Fest der Liebe. Heirat und Ehe in der frühen Neuzeit. In: ders. (Hrsg.), Armut, Liebe, Ehre. Studien zur historischen Kulturforschung, Frankfurt/Main 1988, S. 67–106.

Van Dülmen, Richard (1991): Frauen vor Gericht. Kindsmord in der frühen Neuzeit. Frankfurt/M. 1991.

Van Dülmen, Richard (1999): Der ehrlose Mensch. Unehrlichkeit und soziale Ausgrenzung in der Frühen Neuzeit. Köln usw. 1999.

Vanja, Christina (2004): Das Kasseler Accouchier- und Findelhaus 1763 bis 1787: Ziele und Grenzen „vernünftigen Mitleidens“ mit Gebärenden und Kindern. In: Schlumbohm, Jürgen/Wiesemann, Claudia (Hrsg.): Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850. Göttingen, Kassel, Braunschweig. Göttingen 2004, S. 96–126.

Varchmin, Doris (1993): Holz und Waldwirtschaft. Der Wald im 18. Jahrhundert – Nutzung und Nutzen. In: Neithart Bulst et al. (Hrsg.). Die Grafschaft Lippe im 18. Jahrhundert. Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft eines deutschen Kleinstaates, Bielefeld 1993, S. 221–250.

Vasold, Manfred (1993): Die deutschen Bevölkerungsverluste während des Dreißigjährigen Krieges. In: Zeitschrift für bayerische Landesgeschichte 56, 1993, S. 147–160.

Vasold, Manfred (1999): Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute. Augsburg 1999.

Vasold, Manfred (2004): Die Fleckfieberepidemie von 1813/14 im mainfränkischen Raum. In: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 23, 2004, S. 217–232.

Vasold, Manfred (2008): Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa. Stuttgart 2008.

Vasold, Manfred (2016): Hunger, Rauchen, Ungeziefer. Eine Sozialgeschichte des Alltags in der Neuzeit. Stuttgart 2016.

Veit, Patrice (2002): „Ich bin sehr schwach, doch drückst du nach...“. Evangelisches Kirchenlied und seelsorgerische Begleitung von Schwangeren im 17. und 18. Jahrhundert. In: Barbara Duden et al. (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Göttingen 2002, S. 49–74.

Verdier, Yvonne (1982): *Drei Frauen. Das Leben auf dem Dorf*. Stuttgart 1982.

Vigarelo, Georges (1988): *Wasser und Seite, Puder und Parfüm. Geschichte der Körperhygiene seit dem Mittelalter*. Frankfurt/Main und New York 1988.

Virchow, Rudolf. (1848): *Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*. Berlin 1848.

Viszanik, Michael (1833): *Medizinisch-praktische Abhandlung über die Epidemie der Masern und Grippe im Jahre 1833 in Wien*. Wien 1833.

Vocelka, Karl (2010): *Geschichte der Neuzeit. 1500–1918*. Wien usw. 2010.

Vögele, Jörg (1998): Typhus und Typhusbekämpfung in Deutschland aus sozialhistorischer Sicht. In: *Medizinhistorisches Journal* 33, 1998, S. 57–79.

Vögele, Jörg (2001a): Aspekte des Sterblichkeitswandels in deutschen Städten während der Industrialisierung. In: Frank Göttmann und Peter Respondek (Hrsg.), *Historisch-demographische Forschungen. Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven*, Köln 2001, S. 25–39.

Vögele, Jörg (2001b): *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*. Berlin 2001.

Vogel, Alfred (1860): *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*. Erlangen 1860.

Vogel, Anna-Carolina (2011): *Tod und Sterben im Amt Niedeck (1690–1875). Eine historisch-demografische Fallstudie zur Mortalität im ländlichen Niedersachsen*. Göttingen 2011.

Vogel, S. G. (1835): *Allgemeine Diagnostik der Kinderkrankheiten*. In: *Analekten über Kinderkrankheiten oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, Erster Band, Heft 2*, Stuttgart 1835, S. 51–89.

Vogt, Karl (1964): *Stadt und Festung Rinteln. Die Geschichte der Rintelner Befestigungen (=Schaumburger Heimathefte 11)*. Rinteln 1964.

Vogtherr, Thomas (2014): *Die Grafen von Holstein-Schaumburg als Städtegründer. Die Entstehung der Schaumburger Städte*. In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), *Schaumburg im Mittelalter*, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 324–351.

Volbehr, Klaus (1979): *Gesundheit an Bord. Kleine Geschichte der Hygiene und Arzneimittelversorgung auf Schiffen*. Bremerhaven 1979.

Volkman, Richard (1870): *Sammlung Klinischer Vorträge. No. 1. Ueber Kinderlähmung und paralytische Contracturen*. In: ders. (Hrsg.), *Sammlung Klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Kliniker*, Leipzig 1870, S. 1–22.

Volksmenge der Grafschaft Schaumburg, Hessischen Antheils, nebst der Aemter Ucht, Freudenberg und Wagenfeld (1790). In: Neues Westphälisches Magazin zur Geographie, Historie und Statistik, 2. Band, Heft 6, 1790, S. 169.

Voort, Heinrich (1980): Lebenserwartung und Todesursache von Steinhauern in Gildehaus im 19. Jahrhundert. In: Osnabrückische Mitteilungen 86, 1980, S. 164–171.

Wacker (1814): Ueber den Typhus und die herrschenden Krankheiten. Dillingen 1814.

Wagener-Fimpel, Silke (2004): Absolutismus und Merkantilismus. Manufakturwesen in Schaumburg-Lippe unter dem Grafen Wilhelm (1748–1777). In: Hubert Höing (Hrsg.), Strukturen und Konjunkturen. Faktoren der schaumburgischen Wirtschaftsgeschichte, Bielefeld 2004, S. 138–178.

Wagner, Friedrich (1853): Ueber den Milzbrand. Diss. Erlangen 1853.

Wakefield, Andrew J. et al. (1998): Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. In: The Lancet, Vol. 315, 1998, S. 637–641.

Waldron, Ingrid (2002): Krankheit und Mortalität bei Säuglingen und Kleinkindern. In: Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern usw. 2002, S. 159–178.

Walter, Hans-Henning (2006): Der salzige Jungbrunnen. Geschichte der deutschen Soleheilbäder. Freiberg (Sachsen) 2006.

Weber, A. (1838): Die Nervenfieber pathologisch gewürdigt nebst therapeutischem Anhang. Leipzig 1838.

Weber-Kellermann, Ingeborg (1979): Die Kindheit. Kleidung und Wohnen, Arbeit und Spiel. Eine Kulturgeschichte. Frankfurt/Main 1979.

Wedekind, Georg von (1811): Ueber die Ruhr. Frankfurt/M. 1811.

Wehler, Hans-Ulrich (1987): Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Band 1: Vom Feudalismus des Alten Reiches bis zur Defensiven Modernisierung der Reformära 1700–1815. München 1987.

Weidinger, Martina (2008): Die plazentare Regulation von 11 β Hydroxysteroiddehydrogenase Typ2 und Corticotropin bei intrauteriner Wachstumsrestriktion. Erlangen 2008.

Weikard, Melchior Adam (1779): Vermischte medicinische Schriften. Zweites Stück. Frankfurt/M. 1779.

Weikinn, Curt (1961): Quellentexte zur Witterungsgeschichte Europas von der Zeitenwende bis zum Jahre 1850. Teil 3: Hydrographie 1601–1700. Berlin 1961.

Weikinn, Curt (1963): Quellentexte zur Witterungsgeschichte Europas von der Zeitenwende bis zum Jahre 1850. Teil 4: Hydrographie 1701–1750. Berlin 1963.

- Weikinn, Curt (2000): Quellentexte zur Witterungsgeschichte Europas von der Zeitenwende bis zum Jahre 1850. Teil 5: Hydrographie 1751–1800 (herausgegeben und bearbeitet von Michael Börngen und Gerd Tetzlaff). Berlin und Stuttgart 2000.
- Weikinn, Curt (2002): Quellentexte zur Witterungsgeschichte Europas von der Zeitenwende bis zum Jahre 1850. Teil 6: Hydrographie 1801–1850 (herausgegeben und bearbeitet von Michael Börngen und Gerd Tetzlaff). Berlin und Stuttgart 2002.
- Weingarten, Hendrik (2014): Mittelalterliche Wirtschaftsgeschichte Schaumburgs. In: In: Stefan Brüdermann (Hrsg.), Schaumburg im Mittelalter, Bielefeld 2. Aufl. 2014, S. 265–275.
- Weinzierl, Georg Joseph (1841): Inaugural-Abhandlung über den Magen-Krebs. München 1841.
- Weise, H. – J. (1980): Die Pockeneinschleppungen nach Deutschland seit 1945. In: Bundesgesundheitsblatt 23, Nr. 19/20 vom 26. September 1980, S. 290–298.
- Welz, Rainer (1979): Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Eine epidemiologische und ökologische Untersuchung über Ursachen und Häufigkeit. Weinheim und Basel 1979.
- Wendler, Ulf (2008): Nicht nur Pest und Pocken. Zur Bevölkerungsgeschichte der Lüneburger Heide, des Wendlandes und der Marschen des Fürstentums Lüneburg 1550–1850 (=Quellen und Darstellungen zur Geschichte Niedersachsens 64). Hannover 2008.
- Wendler, Ulf (2012): Pestilenz im Norden. Seuchen in der nördlichen Lüneburger Heide und im Süden Hamburgs 1657–1716. Ehestorf 2021.
- Wenzel, Daniela (2017): Der barocke Wanderarzt Johann Andreas Eisenbarth (1663–1727) an der Nahtstelle zwischen handwerklicher und wissenschaftlicher Chirurgie. Diss. Regensburg 2017.
- Westphälisches Magazin zur Geographie, Historie und Statistik 1787.
- Wever, Fritz (1988): Die Wohnverhältnisse in Göttingen um 1900. In: Kornelia Duwe et al. (Hrsg.), Göttingen ohne Gänseliesel. Texte und Bilder zur Stadtgeschichte, Gudensberg-Gleichen 1988, S. 112–116.
- Weyer, F. (1972): Allgemeiner Teil. In: Gsell, O./W. Mohr (Hrsg.): Infektionskrankheiten. In vier Bänden. Band IV: Rickettiosen und Protozoenkrankheiten. Berlin, Heidelberg, New York 1972, S. 1–22.
- WHO – World Health Organization (2020): Global Tuberculosis Report 2020.
- WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2020): Gesundheitsatlas Deutschland: Asthma bronchiale. Verbreitung in der Bevölkerung Deutschlands und seinen Regionen. Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten. Berlin 2020.
- Wiegelmann, Günter (1996): Butterbrot und Butterkonservierung im Hanseraum. In: Günter Wiegelmann und Ruth-E. Mohrmann (Hrsg.), Nahrung und Tischkultur im Hanseraum. Münster/New York 1996, S. 463–499.

- Wiegelmann, Günter (2006): Alltags- und Festspeisen in Mitteleuropa. Innovationen, Strukturen und Regionen vom späten Mittelalter bis zum 20. Jahrhundert. Münster usw. 2. Aufl. 2006.
- Willführ, Gustav (1921): Das Fleckfieber im Reg.-Bezirk Potsdam 1918 – 1919. In: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XIV. Band, 1. Heft, S. 25–110.
- Winau, Rolf (Hrsg.) (1993a): Technik und Medizin (=Technik und Kultur 4). Düsseldorf 1993.
- Winau, Rolf (1993b): Von der Apotheke zur pharmazeutischen Großindustrie. In: ders. (Hrsg.), Technik und Medizin (=Technik und Kultur 4), Düsseldorf 1993, S. 257–287.
- Winkle, Stefan (2005): Die Geschichte der Seuchen. Berlin 2005 (Nachdruck München 2021).
- Winnige, Norbert (1999): Alphabetisierung in Althessen. Zum Stand der Signierfähigkeit in Hessen-Kassel um 1800. In: Hans Erich Bödeker und Ernst Hinrichs (Hrsg.): Alphabetisierung und Literalisierung in Deutschland in der Frühen Neuzeit, Tübingen 1999, S. 33–67.
- Wischermann, Clemens (1983): Hungerkrisen im vormärzlichen Westfalen. In: Kurt Düwell und Wolfgang Köllmann (Hrsg.), Rheinland-Westfalen im Industriezeitalter, Band 1: Von der Entstehung der Provinzen bis zur Reichsgründung, Wuppertal 1983, S. 126–147.
- Wischermann, Clemens/Stefan Haas (Hrsg.) (2000): Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung. Stuttgart 2000.
- Wischhöfer, Bettina (1991): Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft in der Aufklärung. Das Beispiel Lippe 1750–1830 (=Forschungsberichte des Instituts für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik 19). Frankfurt/M. und New York 1991.
- Wischhöfer, Bettina (1994): Altes und neues öffentliches Medikalsystem in Lippe 1750–1830. In: Johannes Arndt und Peter Nitschke (Hrsg.), Kontinuität und Umbruch in Lippe – sozialpolitische Verhältnisse zwischen Aufklärung und Restauration, Detmold 1994, S. 87–105.
- Wischhöfer, Bettina (1996): Bemerkungen zur „jetzt wichtigsten Sache der Menschheit“. Die Einführung der Kuhpocken-Impfung. In: Lippische Mitteilungen 65, 1996, S. 203–225.
- Witte, Michael (2001): Psychosoziale Krisenhilfe für Männer. Oder: Wen erreichen Krisendienste ... nicht? In: Regula Freytag und Thomas Giernalczyk (Hrsg.), Geschlecht und Suizidalität, Göttingen 2001, S. 117–129.
- Witte, Wilfried (2008): Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe. Berlin 2008.

- Witte, Wilfried (2014): Bedrohungsszenario. Historische Deutungen der Spanischen Grippe im 20. Jahrhundert. In: Malte Thießen (Hrsg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert (=Historische Zeitschrift / Beihefte N. F. 64)*, München 2014, S. 186–205.
- Wittwer, Héctor (2020): *Das Leben beenden. Über die Ethik der Selbsttötung*. Paderborn 2020.
- Witzel, Jörg (1994): *Hersfeld 1525 bis 1756. Wirtschafts-, Sozial- und Verfassungsgeschichte einer mittleren Territorialstadt*. Marburg 1994.
- Woehlkens, Erich (1954): *Pest und Ruhr im 16. und 17. Jahrhundert. Grundlage einer statistisch-topographischen Beschreibung der großen Seuchen, insbesondere in der Stadt Uelzen*. Hannover 1954.
- Wolff, Fritz (1983): *Absolutismus und Aufklärung in Hessen*. In: Uwe Schultz (Hrsg.), *Die Geschichte Hessens*, Stuttgart 1983, S. 133–144.
- Wolleswinkel-van den Bosch, Judith H. et al. (2000): *Determinants of infant and early childhood mortality levels and their decline in The Netherlands in the late nineteenth century*. In: *International Journal of Epidemiology* 2000, 29, S. 1031–2040.
- World Health Organization (2003): *Guiding principles for complementary feeding of the breastfeed child*. Written by Kathy Dewey. 2003.
- Wrigley, Edward Anthony (1969): *Bevölkerungsstruktur im Wandel. Methoden und Ergebnisse der Demographie*. München 1969.
- Wrigley, Edward Anthony/Roger S. Schofield (1981): *The population history of England 1541–1871. A reconstruction*. London 1981.
- Wuermeling, Hans-Bernhard (2020): *Todesursachen*. In: Héctor Wittwer et al. (Hrsg.), *Handbuch Sterben. Geschichte – Theorie – Ethik*. Berlin 2. Aufl. 2020, S. 130–133.
- Wulfmeyer, Reinhard (1971): *Die Einführung der Bezirksräte und die Umbildung der inneren Landesverwaltung in Kurhessen 1821 – 1848*. In: *Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte* 21, 1971, S. 160–203.
- Wunder, Heide (1992): *„Er ist die Sonn“, sie ist der Mond“*. *Frauen in der frühen Neuzeit*. München 1992.
- Wunderlich, Ursula (2004): *Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren*. Göttingen usw. 2004.
- Wurm, Helmut (1986): *Körpergröße und Ernährung der Deutschen im Mittelalter*. In: Bernd Hermann (Hrsg.), *Mensch und Umwelt im Mittelalter*, Stuttgart 1986, S. 101–108.
- Zedler, Johann Heinrich: *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste*. Halle und Leipzig 1731–1754.
- Zeichhardt, Heinz / Hans-Peter Grunert (2009): *Polioviren*. In: Gholamreza Darai et al. (Hrsg.), *Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen. Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie und Prophylaxe*. Heidelberg 3. Aufl. 2009, S. 652–660.

Zeller, Rosemarie (2002): Wahrnehmung und Deutung von Naturkatastrophen in den Medien des 16. und 17. Jahrhunderts. In: Christian Pfister (Hrsg.), *Am Tag danach. Zur Bewältigung von Naturkatastrophen in der Schweiz 1500–2000*, Bern usw. 2002, S. 27–38.

Zenner, Hans-Peter (Hrsg.) (2008): *Praktische Therapie von HNO-Krankheiten*. Stuttgart 2. Aufl. 2008.

Ziessow, Karl-Heinz (1988a): *Ländliche Lesekultur im 18. und 19. Jahrhundert. Das Kirchspiel Menslage und seine Lesegesellschaften 1790–1840. Textteil*. Cloppenburg 1988.

Ziessow, Karl-Heinz (1988b): *Ländliche Lesekultur im 18. und 19. Jahrhundert. Das Kirchspiel Menslage und seine Lesegesellschaften 1790–1840. Dokumente und Kommentare*. Cloppenburg 1988.

Zink, Albert (1999): *Kindersterblichkeit im frühen Mittelalter. Morphologische und paläopathologische Ergebnisse an der Skelettserie von Altenerding, Ldkr. Erding, Bayern*. Göttingen 1999.

Zschunke, Peter (1984): *Konfession und Alltag in Oppenheim. Beiträge zur Geschichte von Bevölkerung und Gesellschaft einer gemischtkonfessionellen Kleinstadt in der Frühen Neuzeit*. Wiesbaden 1984.

Zwingelberg, Tanja (2013): *Medizinische Topographien, städtebauliche Entwicklungen und die Gesundheit der Einwohner urbaner Räume im 18. und 19. Jahrhundert*. Göttingen 2013.