

Elias Knapp

Seuchen – Kriege – Hungersnöte

Geschlechter- und altersspezifische Krisensterblichkeit in der oberösterreichischen Pfarre Ansfelden im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert

1. Einleitung*

Wer war im Zug von Extremereignissen wie Hungersnöten, Kriegen und Seuchen am anfälligsten? Wer war dem größten Sterberisiko ausgesetzt? Männer oder Frauen? Junge oder Alte? Diesen Fragen geht dieser Beitrag am Beispiel der oberösterreichischen Pfarre Ansfelden im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert nach. In normalen Zeiten leben Frauen im Schnitt länger als Männer. In Oberösterreich ebenso wie im gesamten Bundesgebiet ist die Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt heute sogar um fast fünf Jahre höher als jene der Männer (Österreich 2020: Männer 78,94 Jahre, Frauen 83,74 Jahre; Oberösterreich 2020: Männer 79,26 Jahre, Frauen 84,08 Jahre).¹ In den vergangenen 150 Jahren hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher mehr als verdoppelt. Schon im ausgehenden 19. Jahrhundert war sie schnell angestiegen, doch die stärkste Zunahme erfolgte in der Zwischen- und Nachkriegszeit.² Noch in den frühen 1890er Jahren hatten die Österreicherinnen und Österreicher bei ihrer Geburt deutlich unter 40 Lebensjahre zu erwarten, wobei die Lebenserwartung der Frauen bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts höher lag als jene der Männer, auch wenn der Unterschied zu dieser Zeit noch nicht das heutige Ausmaß erreicht hatte (Tab. 1).³ Doch auch schon um die Mitte des 18. Jahrhunderts konnte

* Der vorliegende Beitrag präsentiert Teilergebnisse aus meiner Masterarbeit, die im Oktober 2019 am Fachbereich Geschichte der Universität Salzburg eingereicht wurde (KNAPP 2019). Er führt damit meinen Text aus dem 167. Band des Jahrbuchs weiter (KNAPP 2020). Dieser Beitrag wurde allerdings aus den ausgewerteten Quellenmaterialien heraus beinahe vollständig neu erarbeitet. Bei Rückverweisen auf die Vorgängerversionen zitiere ich bei inhaltlicher Übereinstimmung KNAPP 2020, dessen Text im Vergleich zur Masterarbeit überarbeitet und teils erweitert ist. Verweise ich auf Inhalte, die sich nur in der Masterarbeit befinden, und auch hier nicht weiter ausgeführt werden, zitiere ich KNAPP 2019. Mein Dank für ihre Anmerkungen zu früheren Versionen des Textes gilt Hermann Knapp, Lisa Brunner und Reinhold Reith.

1 Statistik Austria 2022a.

2 Zusammenfassend: ORTMAYR 2016, 17–19.

3 Zu den Daten für Österreich siehe Tab. 1 und die dortige Quellenangabe. Vgl. zur Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich und Oberösterreich außerdem: STOCKINGER 2020, 86–90. Zum „gender gap“ in der Lebenserwartung vgl. WEIGL 2012, 137–146; WEIGL 2015.

ein „gender gap“ zugunsten der Frauen beobachtet werden, wengleich mit deutlichen Unterschieden nach Alter, sozialem Status und Raum.⁴

	Männer	Frauen	Altersunterschied zugunsten der Frauen
1868/71	32,69	36,20	3,51
1879/82	33,43	36,70	3,27
1889/92	35,99	38,58	2,59
1899/1902	40,63	43,37	2,74
1909/12	43,52	46,77	3,25
1930/33	54,50	58,50	4,00
1949/51	61,91	66,97	5,06
1959/61	65,60	72,03	6,43
1970/72	66,58	73,69	7,11
1980/82	69,23	76,37	7,14
1990/92	72,48	79,04	6,56
2000/02	75,51	81,48	5,97
2010/12	77,79	83,25	5,46
2020	78,94	83,74	4,80

Tab. 1: Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren), Österreich, 1868/2020.

Grundlage: Statistik Austria 2022b.

Die bis ins 20. Jahrhundert sehr niedrige durchschnittliche Lebenserwartung steht in engem Zusammenhang mit der hohen Sterblichkeit der Säuglinge (im Alter bis zu einem Jahr) und der Kleinkinder (im Alter zwischen einem und fünf Jahren). Manche Altersgruppen sind vulnerabler als andere, was historisch noch wesentlich stärker ausgeprägt war. Prozentuell am höchsten war die Sterblichkeit bei den Säuglingen und Kleinkindern, die in Oberösterreich im 19. Jahrhundert im Schnitt zwischen 35 und 40 Prozent der Verstorbenen pro Jahr ausmachten, und bei den Über-60-Jährigen mit einem Anteil von meist über 30 Prozent. Auf das Ausmaß der Säuglingssterblichkeit wirkten unter anderem die Form der Ernährung, die Geburtssituation (ehelich, unehelich), Witterung und Klima, die Hygieneverhältnisse, die Qualität des öffentlichen Gesundheitswesens, die Wohnsituation, die Berufe der Eltern sowie die allgemeinen Lebensbedingungen und -einstellungen ein.⁵ Noch bis in die 1870er Jahre

⁴ WEIGL 2012, 137–139.

⁵ Zusammenfassend und mit weiteren Literaturverweisen: KNAPP 2020, 352–353.

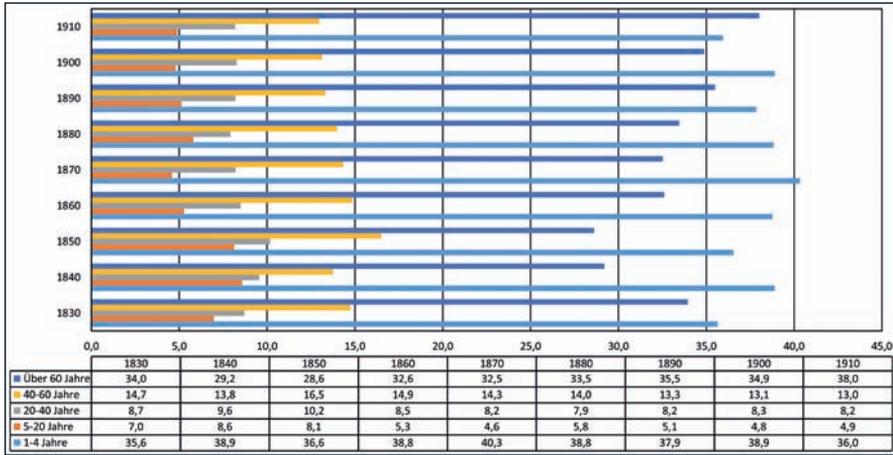


Abb. 1: Sterbefälle nach Altersgruppen (in Prozent), Oberösterreich, 1830/1910. Eigene Darstellung; Grundlage: HAIN 1852, 416 (für 1830, 1840); BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER 1978, Teil 2, 110–115 (für 1850–1910).

bewegte sich die Säuglingssterblichkeit aller Geborenen in Oberösterreich bei ca. 30 Prozent. Zwar setzte mit den 1880er Jahren ein langfristiger Rückgang ein, dennoch lag die Säuglingssterblichkeit im beginnenden 20. Jahrhundert mit 20 bis 25 Prozent weiterhin sehr hoch. Erst nach dem Ende des Ersten Weltkrieges sank sie deutlich.⁶ Heute liegt sie in Österreich bei 3,1 Promille und in Oberösterreich bei 3,6 Promille.⁷

In Krisen Jahren wich die demografische Entwicklung vom gewöhnlichen Verlauf ab. Die Sterblichkeit stieg in jenen Altersgruppen, die ansonsten weniger Sterberisiko hatten, verhältnismäßig stärker an als bei den Säuglingen und Älteren über 60, und Frauen sollen ein geringeres Sterberisiko gehabt haben als Männer (siehe ausführlicher im folgenden Kapitel). Das Ziel dieses Beitrages ist es, anhand einer Auswertung der Kirchenbücher der oberösterreichischen Pfarre Ansfelden zu untersuchen, ob und inwiefern sich in diesem kleinräumigen Bereich im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert (1710–1850) diese Muster von geschlechter- und altersspezifischer Sterblichkeit in sog. Sterblichkeitskrisen ebenfalls feststellen lassen. Die Untersuchung fußt auf einer nicht namentlichen Auswertung der Kirchenbücher.⁸ Die auf diesem Weg erhobenen Daten ermöglichen es, die Todesfälle nach dem genauen Datum, dem Geschlecht und dem Alter der Verstorbenen zu differenzieren, sodass die Sterblichkeitskrisen präzise datiert und die Bedeutung

⁶ STOCKINGER 2020, 37; KNAPP 2020, 353–355.

⁷ Statistik Austria 2022c.

⁸ Zur Auswertung der Ansfeldner Kirchenbücher im Detail: KNAPP 2020, 300.

der Faktoren Geschlecht und Alter für deren Ausmaß eingeschätzt werden können. Die Qualität der Altersangaben ist als gut einzuschätzen, wenn auch nicht durchgehend exakt. Allerdings ist für das 18. Jahrhundert von einer Untererfassung der Säuglingssterbefälle auszugehen.⁹ Bedingt durch diese Quellengrundlage können kaum Aussagen über die Ursachen der angesprochenen Phänomene getroffen werden. Der kleine Untersuchungsraum erlaubt zudem nur begrenzt generalisierende Aussagen. Ein umfassenderer Blick auf den Raum des heutigen Oberösterreich ist vor der Publikation amtlicher Statistiken ab den späten 1820er Jahren (Daten vorhanden ab 1819) – und von da an lediglich anhand von Landessummen, die regionale Varianzen verdecken (können) – nicht möglich.¹⁰ Untersuchungen für die Zeit vor dem 19. Jahrhundert liegen für Oberösterreich bisher nur vereinzelt vor, und nicht immer wird darin die Sterblichkeit nach Geschlecht und Alter differenziert angegeben und diskutiert.¹¹ Auch die umfassende Datenbank der Sterbefälle in Oberösterreich von LANG ermöglicht es zwar, grundlegende Trends der Entwicklung der Sterblichkeit zu erfassen, einen tieferen Blick in die einfühlend aufgeworfenen Detailfragen erlaubt sie jedoch nicht.¹² Mithin ist die frühneuzeitliche Krisendemografie in Oberösterreich bisher noch sehr wenig erforscht¹³ und die Datenbasis zur alters- und geschlechterspezifischen Sterblichkeit sehr dünn.

Da dieser Beitrag meinen im Jahr 2020 in diesem Jahrbuch erschienenen Artikel fortführt und ergänzt, verzichte ich an dieser Stelle auf eine ausführliche Beschreibung und Einordnung der Pfarre Ansfelden als Untersuchungsraum. Ansfelden, heute verstärkt Gewerbe- und Industriegebiet, war im 18. und 19. Jahrhundert noch überwiegend landwirtschaftlich dominiert. Die Pfarre liegt im Gebiet der für die damals vorwiegend betriebene Getreidewirtschaft günstigen Traun-Enns-Platte, also in ökonomischer Gunstlage.¹⁴ Die Bevölkerungszahl der Pfarrgemeinde von ca. 2.100 im ausgehenden 18. Jahrhundert stieg bis 1850 nur wenig an (1857: 2.222). Ein stärkeres Bevölkerungswachstum setzte erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein.¹⁵

Im Weiteren werde ich zuerst die in der Forschung festgestellten Muster geschlechter- und altersspezifischer Sterblichkeit in Sterblichkeitskrisen ausführlicher umreißen sowie die in Ansfelden zwischen 1710 und 1850 stattgefundenen

9 KNAPP 2020, 354.

10 Zur Geschichte der amtlichen Statistik und den modernen Volkszählungen in Österreich vgl. KLEIN 2001; ZELLER 1979; PAMMER 2010. In Teilen veröffentlicht sind die Ergebnisse der amtlichen Statistik für Oberösterreich in BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER 1978.

11 Vgl. z. B. BRUNNER 2016; KURZ 2002; ORTMAYR 2019, 118–122; OTT 2009. In den Arbeiten von KLEIN, die auch Oberösterreich die Zeit vor dem 19. Jahrhundert behandeln, liegt der Fokus auf der Entwicklung der Bevölkerungsgröße, Geschlechterunterschiede sind darin nicht Thema: KLEIN 1971; KLEIN 1973.

12 LANG 2022.

13 Einige Informationen liefern: BRUNNER 2016; KNAPP 2019; KURZ 2002; STÖGER 2021.

14 Ausführlicher: KNAPP 2020, 304–317; KNAPP 2019, 44–66, 176–179.

15 KNAPP 2020, 318–319.

Krisenjahre identifizieren und deren Ausmaß einschätzen. Darauf folgt in den beiden Kernkapiteln zunächst überblickshaft und dann mit präziserem Blick auf die einzelnen Sterblichkeitskrisen des 18. Jahrhunderts die Diskussion der alters- und geschlechterspezifischen Krisensterblichkeit in Ansfelden.

2. Geschlechter- und altersspezifische Sterblichkeit in Sterblichkeitskrisen

Sterblichkeitskrisen kennen im Großen und Ganzen zwei Grundmuster: Hungersnöte haben und hatten meist einen Anstieg der Sterbefälle zur Folge, begleitet von einem Rückgang der Eheschließungen und der Geburten. Seuchen können bei einem Anstieg der Todesfälle auch ohne eine Veränderung der Entwicklung von Geburten und Eheschließungen ablaufen.¹⁶ Was die altersspezifische Sterblichkeit angeht, so betont die bisherige Forschung, dass in Hungersnöten zwar auch junge Kinder und Menschen über dem mittleren Alter vom Tod bedroht waren, verhältnismäßig am stärksten stieg die Sterblichkeit allerdings in jenen Altersgruppen, die in Normaljahren ein geringeres Risiko hatten – also insbesondere in der Altersgruppe der zwischen 10- und 45-Jährigen.¹⁷ BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER vermutet als Ursache dieses Phänomens, dass Seuchen oder eine allgemeine Verschlechterung des Lebensstandards auf die ohnehin sehr verletzlichen Säuglinge verhältnismäßig geringere Auswirkungen gehabt hätten.¹⁸

Hinsichtlich der geschlechterspezifischen Sterblichkeit hat noch ARNOLD eine Benachteiligung der Frauen in Hungersnöten betont.¹⁹ Jüngere Forschungen zeigen jedoch, dass Frauen nicht nur eine höhere Lebenserwartung als Männer hatten und haben, sie sollen auch in Hungersnöten bzw. Sterblichkeitskrisen einem geringeren Sterberisiko ausgesetzt gewesen sein. Laut Ó GRÁDA „most of the evidence suggests that males are more likely to perish during famines than females.“²⁰ Und er unterstreicht diese Feststellung weiter: “The evidence that females survive famine better than males is by now overwhelming.”²¹ Es gäbe also einen sogenannten „female mortality advantage“, so die These,²² den MACINTYRE folgendermaßen definiert: “The ‘female advantage’ is defined as a high (m/f) sex ratio of mortality, where the age-specific death rates for women are lower than those of men. It is a relative term, since famines involve excess mortality for both sexes

16 PFISTER 2007, 37.

17 Ó GRÁDA 2009, 101–102; DYSON – Ó GRÁDA 2002, 10.

18 BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER 1978, 89.

19 ARNOLD 1988, 86.

20 Ó GRÁDA 2009, 99.

21 Ó GRÁDA 2009, 100.

22 Vgl. zusammenfassend: MACINTYRE 2002; Ó GRÁDA 2009; DYSON – Ó GRÁDA 2002, 10–11; HEALEY 2015, 153–155.

and, usually, at all ages.”²³ Die Identifizierung dieses „female mortality advantage“ beruht jedoch, und das ist ein laufender Kritikpunkt, vor allem auf Datenmaterialien für die Zeit ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.²⁴ Für die Zeit davor ist noch vergleichsweise wenig bekannt,²⁵ doch haben jüngere Untersuchungen die Frage aufgeworfen, inwiefern sich die These eines „female mortality advantage“ auch für die vormoderne Zeit halten lässt. CURTIS und HAN konnten z. B. in einer umfassenden Untersuchung niederländischer ländlicher Orte im 17. Jahrhundert keinen „female mortality advantage“ feststellen. Sie ziehen den Schluss: Die „sex-selective nature of famine mortality may not have been as sharp as seen for the modern period.“²⁶ Auch HEALEY stellte bei seiner Untersuchung zweier Hungersnöte im nordwestlichen England zwischen 1590 und 1640 nur bedingt einen „female mortality advantage“ fest, der sich auf einzelne Phasen der Sterblichkeitskrise von 1622–1624 beschränkte.²⁷

Für dieses Phänomen eines „female mortality advantage“ wurden unterschiedliche Erklärungsansätze diskutiert: Der prominenteste darunter – der sich mit den zur Verfügung stehenden Daten historisch jedoch nicht nachverfolgen lässt – ist der biologisch-physiologische. Dabei wird ein Bündel an möglichen Einflussfaktoren thematisiert: Frauen hätten aufgrund ihres durchschnittlich höheren Körperfettanteils und ihres geringeren Muskelanteils Vorteile in Zeiten von Nahrungsmittelknappheit. Denn dadurch seien theoretisch größere Energiereserven vorhanden, die den Körper im Fall von zeitweiliger Mangelernährung länger erhalten könnten. Sie wären zusätzlich meist kleiner und leichter als Männer, benötigten also weniger Energie, und hätten einen langsameren Stoffwechsel. Frauen könnten demnach – so die Theorie – in Entbehnungssituationen länger überleben als Männer, die aufgrund der höheren Masse- und Muskelanteile mehr Energie benötigten und die vorhandenen Reserven schneller aufbrauchten.²⁸ An dieser Argumentation wurden unter anderem zwei Punkte kritisiert: Zum einen sei eine Unterscheidung zwischen kurzzeitigem Schutz und langfristiger Wirkung notwendig. Der Vorteil der Körperfettspeicher käme vor allem am Beginn einer Mangelsituation zum Tragen, je länger sich diese hinzöge und je weniger sich die Energiespeicher auffüllen ließen, desto geringer sei die Bedeutung dieses Vorteils.²⁹ Zum anderen starben Menschen in Hungersnöten in der Regel nicht am Hunger

23 MACINTYRE 2002, 241.

24 Ó GRÁDA 2009, 99–100. Auch MACINTYRE 2002 verwendet ausschließlich Beispiele ab der Mitte des 19. Jahrhunderts.

25 Zu dieser Feststellung siehe: HEALEY 2015, 155; CURTIS – HAN 2021, 52; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127.

26 CURTIS – HAN 2021, 52.

27 HEALEY 2015, vor allem 170 u. 173.

28 MACINTYRE 2002, 248; Ó GRÁDA 2009, 101; HEALEY 2015, 155; CURTIS – HAN 2021, 51; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127.

29 MACINTYRE 2002, 251–252.

selbst, sondern an Krankheiten, die durch Ernährungsmangel begünstigt wurden, die durch schlechte Ersatznahrungsmitteln befördert wurden oder denen sie durch Migration ausgesetzt waren.³⁰ Ó Gráda hat deshalb vermutet, dass der Vorteil umso stärker zum Tragen kam, je häufiger die Sterblichkeit während einer Hungersnot durch tatsächlichen Hunger und weniger durch Krankheiten verursacht wurde.³¹ Es stellt sich daher die Frage, welches Geschlecht anfälliger für bestimmte Krankheiten ist: Beispiele aus dem 20. Jahrhundert deuten an, dass Männer anfälliger für Typhus und Malaria sind, die oft in Zusammenhang mit Hungersnöten auftraten und auftreten.³²

Neben der Übersterblichkeit ist eine regelmäßige demografische Folgererscheinung von Hungersnöten auch der Rückgang der Schwangerschaften und Geburten, was wiederum ein geringeres Risiko für Müttersterblichkeit zur Folge gehabt haben könnte:³³ „A famine-induced reduction in the risk of pregnancy due to amenorrhoea, malnutrition, physical separation of the spouses, or a drop in sexual drive due to reduced energy may lead to a consequent drop in maternal mortality.“³⁴ Dieser Faktor alleine würde, wie MACINTYRE festgestellt hat, zwar als Erklärung nicht ausreichen, könnte aber einen Beitrag geleistet haben.³⁵

Zu diesen biologisch-physiologischen Ansätzen kommt eine Reihe sozioökonomischer Erklärungen: Dazu zählen der Einfluss von Migration, Haushaltsökonomie, Prostitution und eine unterschiedliche Intensität der Unterstützungsleistung durch die Regierenden. Eine klassische Handlungsstrategie der Betroffenen während einer Hungersnot ist und war die Emigration.³⁶ Da es dabei eher die Männer waren, die auswanderten, um nach Arbeit und/oder Nahrung zu suchen und dann Geld und/oder Nahrung zur Familie nach Hause zu schicken, wird dies ebenfalls als eine Teilerklärung für einen „female mortality advantage“ genannt. Durch die Wanderung seien sie – auf dem Weg und in den gegebenenfalls mit Flüchtenden überfüllten Zielorten – einem höheren Risiko gegenüber Krankheiten ausgesetzt. Zusätzlich bedeute auch die Reise selbst ein erhöhtes Risiko, z. B. von Unfällen oder von rascherem körperlichem Verfall durch die höhere physische Belastung. Die zurückbleibenden Frauen hätten in diesen Situationen hingegen den Vorteil, dass sie weniger Energie bräuchten, in ihrem bekannten Umfeld blieben und im Fall einer erfolgreichen Emigration der Männer Unterstützung durch Geld oder materielle Güter bekämen.³⁷ Zusätzlich wären Frauen

30 CURTIS – HAN 2021, 51–52.

31 Ó GRÁDA 2009, 101. Siehe auch: MACINTYRE 2002, 248.

32 MACINTYRE 2002, 248–249; HEALEY 2015, 155.

33 HEALEY 2015, 154–155.; Ó GRÁDA 2009, 101; MACINTYRE 2002, 249; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127.

34 MACINTYRE 2002, 249; DYSON – Ó GRÁDA 2002, 11.

35 MACINTYRE 2002, 249 u. 252.

36 DYSON – Ó GRÁDA 2002; MACINTYRE 2002, 249.

37 MACINTYRE 2002, 249–250. Siehe auch: HEALEY 2015, 154; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127.

durch die Zubereitung und Verwaltung des Essens im Haushalt im Vorteil.³⁸ Weiters wurde das Argument in den Raum gestellt, dass Frauen eher der Weg in die Prostitution offen stünde, um in Notzeiten Geld zu verdienen. Diese Erklärung muss insofern hinterfragt werden, da mit dieser Handlungsmöglichkeit auch ein erhöhtes Risiko einherging, sodass sie allenfalls einen Teil des Phänomens erklären kann.³⁹ Schließlich wurde argumentiert, dass Frauen und Kinder von der Politik als verwundbarer gesehen und daher mehr geschützt würden.⁴⁰ Wie HEALEY jedoch treffend festgestellt hat, lassen sich diese politischen und sozialen Faktoren schwer vergleichend einschätzen und erscheinen nicht aussagekräftig genug, um den „female mortality advantage“ in vielen unterschiedlichen politischen und sozialen Systemen zu erklären.⁴¹

3. Normaljahre definieren – Sterbejahre identifizieren

Der Beitrag folgt zwei methodischen Herangehensweisen in der jüngeren Forschung, die sich mit dem „female mortality advantage“ auseinandergesetzt haben. Der stärker quantitativ-überblickende Zugang von CURTIS und HAN (2021) basiert auf einer Identifizierung der Normal- und der Sterbejahre. Die Zahl der Sterbefälle für diese beiden Kategorien wird nach Geschlechtern differenziert summiert und dann miteinander verglichen. Mit diesem Zugang kann also ein quantitatives Muster über einen langen Zeitraum (und einen großen geografischen Raum) erfasst werden. CURTIS und HAN unterscheiden aufgrund ihrer Quellengrundlage jedoch nicht zwischen Altersgruppen oder zwischen Kindern und Erwachsenen.⁴² HEALEY (2015) setzt demgegenüber zwar auch auf eine Identifizierung der Krisenphasen durch den Vergleich mit Normaljahren, er betrachtet die Entwicklung am Beispiel einiger englischer Pfarren allerdings höherauflösend. Er datiert einzelne Sterbephasen präzise – nach Monaten – und untersucht sie im Vergleich zu den Phasen unmittelbar vor den Krisen, die er mit den vier Jahren vor der Krise ansetzt. Er unterscheidet zudem auch zwischen Kindern und Erwachsenen bzw. zwischen allen Todesfällen und jenen der Erwachsenen.⁴³

Um diesen Zugängen zu folgen und Jahre mit Übersterblichkeit zu untersuchen, ist es somit wesentlich, diese genauer zu definieren, zumal die Herangehensweise von CURTIS und HAN direkt die Summen für Sterbe- und Normaljahre

38 MACINTYRE 2002, 250; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127; HEALEY 2015, 154.

39 MACINTYRE 2002, 259; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127.

40 MACINTYRE 2002, 250; VAN BAVEL u. a. 2020, 126–127; HEALEY 2015, 154.

41 HEALEY 2015, 154.

42 CURTIS – HAN 2021.

43 HEALEY 2015.

vergleicht: Ab wann handelte es sich also um eine Sterblichkeitskrise? In der historischen Forschung wird diese Frage sehr unterschiedlich angegangen. Wichtiger als die Frage nach der Krise ist dabei immer die Frage, wie ein normales Jahr zu definieren ist, von dem ein Sterbejahr in einem bestimmten Maß abweicht. ALFANI, MOCARELLI und STRANGIO bezeichnen diesen Arbeitsschritt als den “[k]ey to the application of this process”⁴⁴. In der jüngeren Forschung wird die Methode von ALFANI – adaptiert nach DEL PANTA und LIVI BACCI – regelmäßig herangezogen, sodass auch ich sie für die Kategorisierung verwendet habe.⁴⁵ Dabei wird eine Mortalitätskrise folgendermaßen definiert: „They [gemeint sind DEL PANTA und LIVI BACCI, Anm. EK] defined a mortality crisis as a short-term perturbation of mortality that reduces the dimension of the generations so much that they are unable to reproduce themselves entirely even making full use of their potential for recovery. A mortality crisis, then, happens when one generation is prevented from generating another at least equal in size, even when the rise in fertility and nuptiality that always follows a peak of deaths is taken into account.”⁴⁶ Als Normaljahr definiert ALFANI den Mittelwert für die Jahre zwei bis sechs vor dem untersuchten Jahr. Um Verzerrungen zu vermeiden, wird dabei also das Jahr unmittelbar vor dem Jahr der Übersterblichkeit weggelassen. Darüber hinaus werden von diesen fünf Jahren wiederum das Maximum und das Minimum nicht berücksichtigt.⁴⁷ Als Krisenjahre definiert ALFANI Jahre mit einem 50-prozentigen Anstieg der Todesfälle gegenüber dem Normaljahr.⁴⁸ Dabei handle es sich um kleine Krisen, die allerdings ausreichten, um die während der Krise geborene Generation daran zu hindern, sich vollständig zu reproduzieren und damit den Bevölkerungsverlust auszugleichen.⁴⁹ CURTIS und HAN übernahmen diese Methode, sprechen aber erst bei einer Verdoppelung (100-prozentiger Anstieg) gegenüber dem Durchschnitt von einer Mortalitätskrise.⁵⁰ Ich habe diese Identifizierungsmethode übernommen und gehe dabei ebenfalls ab einem Anstieg um 50 Prozent von einer

44 ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28.

45 z. B. bei: CURTIS – HAN 2021; CURTIS – DIJKMAN 2019.

46 ALFANI 2013, 417; ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28.

47 ALFANI 2013, 417; ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28. Andere Forschende definieren das Normaljahr über einen längeren oder kürzeren Zeitraum als ALFANI, z. B. DUPAQUIER 1989, 190–19.; HEALEY 2015, 159–160 u. 166.

48 ALFANI 2013, 417; ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28. DEL PANTA und LIVI-BACCI errechnen eine Normaljahr über den Durchschnitt für elf Jahre, zentriert auf das zu untersuchende Krisenjahr. Die beiden höchsten und niedrigsten Werte werden dabei nicht berücksichtigt. ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO sehen darin das Problem, dass diese Methode bei lückenhaften Datensätzen schlecht anwendbar sei, außerdem könne die Mortalität nach schweren Sterblichkeitskrisen deutlich vom „normalen“ Niveau abweichen: ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28.

49 ALFANI 2013, 417; ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28. Große Krisen definiert ALFANI mit einem Anstieg von 300 Prozent, solche kamen in Ansfelden im untersuchten Zeitraum allerdings nicht vor. ALFANI 2013, 417; ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017, 28.

50 CURTIS – HAN 2021, 54.

Sterblichkeitskrise aus: In Ansfelden überstiegen zwischen 1700 und 1850 nur drei Jahre die 100 Prozent-Marke. Zur Kontrolle habe ich die statistische Signifikanz der einzelnen Sterbejahre mit Hilfe des sogenannten z-Werts berechnet, um festzustellen, wie adäquat die Berechnung anhand der ALFANI-Methode ist. Dabei handelt es sich um eine gängige Maßzahl auch in der historischen Forschung, um das Ausmaß bestimmter Entwicklungen definieren zu können.⁵¹ Dafür habe ich kein Normaljahr anhand einiger vorangegangener Jahre berechnet, sondern den Durchschnitt für den gesamten Zeitraum zwischen 1700 und 1850 als Ausgangspunkt genommen. Dadurch wird die Abweichung einzelner Jahre vom mittleren Niveau des gesamten Zeitraums sichtbar. Der z-Wert gibt die Nummer der Standardabweichungen an, um die der Wert für ein konkretes Jahr vom Mittelwert für alle Jahre abweicht.⁵²

Unter Anwendung der Methode nach ALFANI lassen sich sieben der 151 betrachteten Jahre als Mortalitätskrisenjahre definieren (1713, 1741/42, 1759, 1772, 1779, 1806). Auf Basis der z-Werte habe ich auch das Jahr 1809 noch als zusätzliches Krisenjahr definiert (z-Wert über 1,5 bzw. Anstieg um ca. 44 Prozent). Das Ausmaß der Sterblichkeitskrisen war sehr unterschiedlich und nur zwei der Krisen wären im Sinne von ALFANI als schwerwiegend anzusehen. Die Jahre 1759, 1779 und 1806 überstiegen die 50 Prozent-Marke nur gering. Im Jahr 1742, dem Jahr mit der höchsten Sterblichkeit im untersuchten Zeitraum, stieg die Sterblichkeit um 259 Prozent zum Vergleichszeitraum, 1772 um 210 Prozent; 1713 und 1741 kam es zu einer Steigerung um knappe 100 Prozent (Abb. 2).

Die identifizierten Jahre mit erhöhter Sterblichkeit sind durchwegs als Krisenjahre bekannt und in den Daten von LANG für ganz Oberösterreich ebenfalls sichtbar. Auch die umliegenden Pfarren Ebelsberg, St. Florian, Kematen, Neuhofen und Pucking zeigen in diesen Jahren Übersterblichkeiten, wenngleich in unterschiedlichen Ausmaßen und unter zeitlichen Verschiebungen.⁵³ 1712/13 kam es zur letzten Pestwelle im heutigen Oberösterreich, wenngleich der saisonale Verlauf der Sterblichkeit in Ansfelden als Ursache eher eine gleichzeitig stattfindende und von der Ruhr begleitete Hungersnot als Ursache nahelegt.⁵⁴ Die schwerwiegende Sterblichkeitskrise der Jahre 1741 bis 1743 ist wahrscheinlich auf das Zusammenspiel mehrerer kalter Winter ab 1739 sowie die Österreichischen Erbfolgekriege und die damit einhergehenden Truppendurchzüge zurückzu-

51 KRÄMER verwendet diese zur Einschätzung des Ausmaßes von Geburtenrückgängen im Zuge des „Jahrs ohne Sommer“ 1816/17 in der Schweiz. KRÄMER 2015.

52 HUDSON – ISHIZU 2017, 97–98 u. 112. Bei einer Abweichung von einer Standardabweichung liegt der konkrete Fall um 68,26 Prozent über oder unter allen Fällen; bei zwei Standardabweichungen liegt der konkrete Fall 95,46 Prozent über oder unter allen Fällen; bei drei Standardabweichungen liegt der konkrete Fall 99,7 Prozent über oder unter allen Fällen.

53 LANG 2022.

54 Vgl. ausführlicher: KNAPP 2019, 135–138.

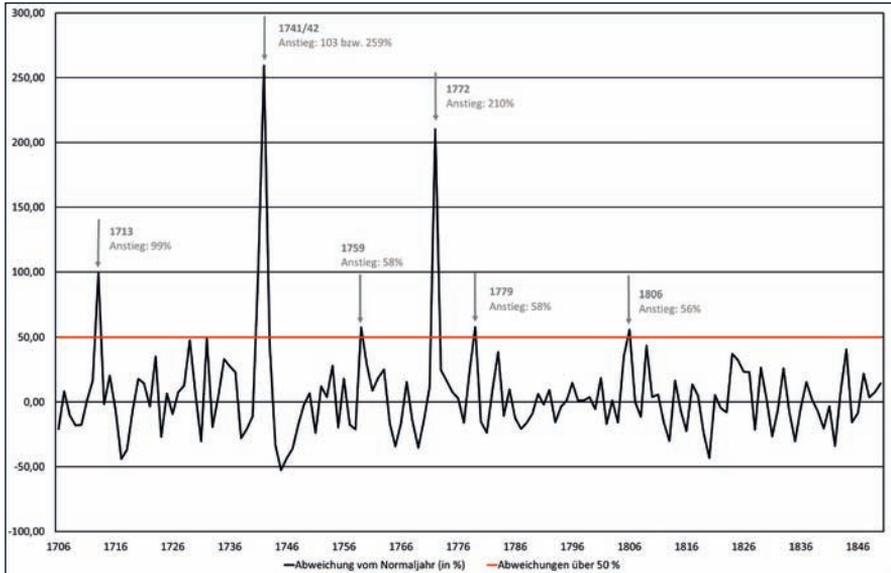


Abb. 2: Identifikation der Sterblichkeitskrisen (in Prozentanteilen gegenüber dem Normaljahr), Ansfelden, 1700–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

führen.⁵⁵ Die Übersterblichkeit im Jahr 1759 könnte mit dem Siebenjährigen Krieg (1756–1763) zusammenhängen.⁵⁶ Zu dieser Zeit kam es im heutigen Österreich – Daten liegen z. B. für Wien, St. Pölten, Salzburg und Weyer (in Oberösterreich) vor – zu einer Teuerung des Getreides. In Oberösterreich dauerte sie – folgen wir den Preisdaten für Weyer – von 1756 bis 1759 und hatte ihren Höhepunkt 1758/59. In Wien, St. Pölten und Salzburg waren die Preise 1759 schon wieder auf oder unter das Niveau von 1755 zurückgegangen.⁵⁷ Die Übersterblichkeit des Jahres 1772 fällt in den Zeitraum einer gesamteuropäischen Hungersnot und dürfte die Folge witterungsbedingter Missernten gewesen sein, die ebenfalls von einer schwerwiegenden Teuerung begleitet waren.⁵⁸ Die Übersterblichkeit 1778/1779 könnte mit dem Bayerischen Erbfolgekrieg in Zusammenhang gestanden haben,⁵⁹

55 KNAPP 2019, 139–146. Auch im belagerten Linz kam es zu dieser Zeit zu einem starken Anstieg der Todesfälle. STÖGER 2021, 258–259 u. 275. Ebenso in Teilen des Salzkammerguts: KURZ 2002, 214–219.

56 KURZ 2002, 219–222.

57 Zu den Daten vgl. PRIBRAM 1938, 523 (St. Pölten), 532–535 (Weyer), ZECHNER – KNAPP – ADELSBERGER 2021, digital hinterlegter Datensatz für Wien und Salzburg.

58 KNAPP 2019, 146–151. Vgl. zur 1770er-Krise in Linz und in Teilen des Salzkammerguts: STÖGER 2021, 275–281; KURZ 2002, 222–225. Im Überblick zur 1770er-Krise vgl. ABEL 1974; COLLET 2019.

59 Im Überblick: HAIDER 1986, 220–221.

denn eine Teuerung des Getreides gab es in dieser Zeit nicht. Die mehrfachen Sterblichkeitsspitzen des beginnenden 19. Jahrhunderts standen dann mit den Koalitionskriegen in Zusammenhang, während derer auch Ansfelden von Truppendurchzügen und Einquartierungen sowie möglicherweise dadurch verursachte Seuchen betroffen war.⁶⁰ Auffällig ist jedoch, dass die schwerwiegende Teuerung im Zuge des „Jahrs ohne Sommer“ 1816/17 und die Teuerung um die Mitte der 1840er Jahre in Ansfelden keine Sterblichkeitskrisen mehr zur Folge hatten.⁶¹ Auch in Linz kam es 1816/17 und in den 1840er Jahren trotz massivem Preisanstieg nicht mehr zu Sterblichkeitskrisen.⁶² Für das gesamte Oberösterreich zeigen die Daten von LANG für diese Jahre ebenfalls keine merklichen Ausschläge.⁶³ In einzelnen Bereichen Oberösterreichs wurden hingegen Übersterblichkeiten festgestellt – so z. B. im Jahr 1847 in Regau.⁶⁴

4. Geschlechter- und altersspezifische Sterblichkeit in Normal- und Sterbejahren in langfristiger Perspektive⁶⁵

Die Geschlechterproportion war in Ansfelden im 18. und 19. Jahrhundert weitgehend ausgeglichen. Informationen zur Struktur der Bevölkerung nach den Geschlechtern und Altersgruppen liegen für diesen Zeitraum bisher keine vor.⁶⁶ Die Sterbefälle verteilten sich gleichmäßig: Zwischen 1710 und 1850 entfielen 49,80 Prozent auf Männer. Der Blick auf die Daten für die Normal- und Sterbejahre zeigt, dass sich das Verhältnis in solchen Phasen kaum verschob: Während die Veränderung in Normaljahren minimal war, sank der Anteil der Männer an den Verstorbenen in Sterblichkeitskrisen leicht auf 49,72 Prozent, während der Anteil der Frauen auf 49,49 Prozent anstieg (Tab. 2). Ein „female mortality advantage“ ist durch den einfachen Vergleich der geschlechterspezifischen Sterblichkeit somit nicht feststellbar. Deshalb stellt sich die Frage, welche Rolle das Alter zusätzlich zum Geschlecht gespielt haben könnte. Denn auch im „gender gap“ in der Lebenserwartung zugunsten der Frauen war das jeweilige Lebensalter ein durchaus bestimmender Faktor.⁶⁷

60 KNAPP 2019, 151–161.

61 KNAPP 2019, 161–169.

62 STÖGER 2021, 282–289.

63 LANG 2022.

64 BRUNNER 2016, zum Jahr 1847 in Regau 59–62. Zu Bad Goisern: KURZ 2002, 245–247.

65 Die hier präsentierten Ergebnisse zur alters- und geschlechterspezifischen Sterblichkeit, allerdings für den Zeitraum 1710–1914, finden sich in Teilen auch in KNAPP 2020, worauf punktuell im Detail verwiesen wird.

66 KNAPP 2019, 67–68; KNAPP 2020, 318–320.

67 WEIGL 2012, 138–139.

	Männlich	Weiblich	Unbekannt	Männer (%)	Frauen (%)
Gesamt (1710–1850)	4059	4002	89	49,80	49,10
Normaljahre	3616	3561	82	49,81	49,06
Sterbejahre	443	441	7	49,72	49,49

Tab. 2: Geschlechterproportion der Todesfälle (absolute Zahlen und Prozentanteile), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

Anm.: Hier und in den folgenden Tabellen fließen auch diejenigen Fälle, bei denen das Geschlecht unbekannt ist, in die Prozentanteile mit ein. Dadurch ergeben die Anteile von Männern und Frauen zusammen nicht immer 100 Prozent.

Das durchschnittliche Sterbealter aller in Ansfelden zwischen 1710 und 1914 verstorbenen Personen lag bei etwa 31 Jahren und bei den zwischen 1710 und 1850 verstorbenen bei ca. 32 Jahren. Ohne die Sterbefälle der Kinder bis zu einem Alter von vier Jahren, die einleitend für Oberösterreich als besonders vulnerabel festgestellt wurden, lag der Wert bei 52 (1710–1914) bzw. 51 Jahren (1710–1850), und bei allen Personen, die mindestens 15 Jahre alt wurden, bei 57 bzw. 56 Jahren.⁶⁸ Schon daran lässt sich die große Bedeutung der Säuglings- und Kindersterbefälle in Ansfelden erkennen. Die Aufschlüsselung der Todesfälle nach Altersgruppen ergibt ein differenzierteres Bild. Die Sterbefälle entfielen schwerpunktmäßig auf die Jüngsten und Ältesten der Bevölkerung. Über 27 Prozent der Sterbefälle betrafen Säuglinge. Der Anteil der Kleinkinder zwischen einem und unter fünf Jahren war mit zehn Prozent der Verstorbenen ebenfalls bedeutend. In der Altersgruppe zwischen fünf und 15 Jahren sank das Sterberisiko auf ca. 4,6 Prozent. Die Menschen ab einem Alter von fünf bis 49 Jahren waren verhältnismäßig weniger von der Sterblichkeit betroffen, erst darüber stieg der Anteil wieder an. Die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen nahm etwa 14 Prozent aller Todesfälle ein, jene der über 70-Jährigen ca. 14,5 Prozent.⁶⁹ Es zeigt sich somit durchaus eine Parallele zu der in der Einleitung angesprochenen Altersstruktur der Verstorbenen in Oberösterreich zwischen 1830 und 1910.

Ein signifikant anderes Bild ergibt der Vergleich der prozentuellen Verteilung der Todesfälle nach Altersgruppen zwischen den Normal- und den Sterbejahren. Der Anteil der Säuglingssterbefälle verringerte sich auf die Hälfte. In allen Altersgruppen, die in Normaljahren weniger betroffen waren, sind – analog zum oben angesprochenen Befund der bisherigen Forschung – starke Erhöhungen zu erkennen. Eine Ausnahme davon bildete die Gruppe der 10- bis 19-Jährigen, die allgemein die am wenigsten gefährdete Gruppe darstellte. Es lässt sich zunächst

⁶⁸ Ausführlicher, jedoch mit etwas anders angelegten Alterskategorien: KNAPP 2020, 348–349.

⁶⁹ Ausführlicher für den Zeitraum 1710 bis 1914 vgl. KNAPP 2020, 349–352.

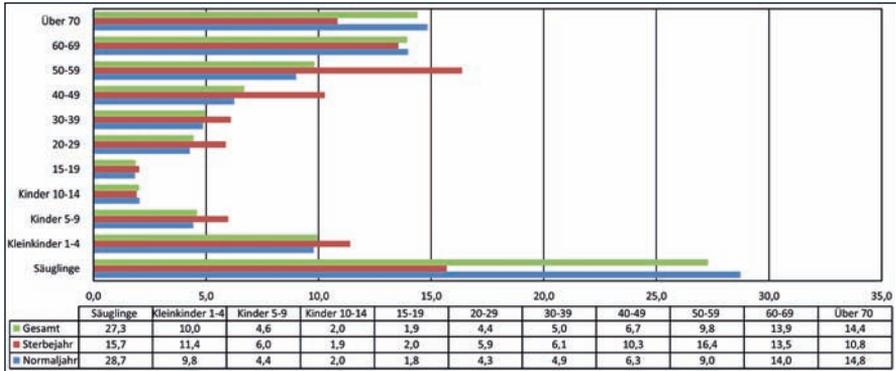


Abb. 3: Sterbefälle nach Altersgruppen (in Prozent), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

also festhalten, dass sich in der langfristigen Perspektive kein unmittelbarer Unterschied in der geschlechterspezifischen Sterblichkeit zwischen Normal- und Sterbejahren zeigt; dass aber die Altersstruktur der Verstorbenen in den Sterbejahren deutlich von den Normaljahren abwich. Das Alter spielte in Ansfelden also nicht nur in der Normal- sondern auch der Krisensterblichkeit eine wichtige Rolle.

Inwiefern wirkten Alter und Geschlecht als Faktoren für die Anfälligkeit in Sterblichkeitskrisen zusammen? In langfristiger Perspektive lag das durchschnittliche Sterbealter der Frauen in Ansfelden um ca. drei Jahre über jenem der Männer. Der Faktor Sterbealter wird jedoch schnell deutlich, wenn man alle Personen, die weniger als fünf Lebensjahre erreichten, aus der Rechnung entfernt: Das durchschnittliche Sterbealter war bei Männern und Frauen dann ausgeglichen. Unter jenen, die ein Alter von über 15 Jahren erreichten, starben die Männer in leicht höherem Alter. Die Entwicklung des unterschiedlichen Sterbealters zwischen den Geschlechtern gestaltete sich besonders im 18. Jahrhundert sehr unstet. Auffällig ist jedoch, dass insbesondere ab 1810 die Frauen weniger stark vom Anstieg des durchschnittlichen Sterbealters profitierten als die Männer – ihr Sterbealter lag in diesem Zeitraum immer niedriger.

	Gesamt			Über 5 Jahren			Über 15 Jahren		
	Männlich	Weiblich	Unterschied	Männlich	Weiblich	Unterschied	Männlich	Weiblich	Unterschied
1710–1719	31,08	32,26	1,18	45,56	49,55	3,99	54,05	52,83	-1,22
1720–1729	28,37	35,79	7,42	49,67	49,73	0,06	52,88	52,84	-0,04
1730–1739	35,43	38,11	2,67	53,59	51,37	-2,22	57,33	54,34	-2,99
1740–1749	32,54	33,12	0,58	48,96	48,20	-0,76	53,05	52,84	-0,21
1750–1759	27,39	29,91	2,53	45,10	46,30	1,19	53,00	52,21	-0,79
1760–1769	31,40	34,50	3,10	47,42	51,05	3,64	54,44	56,79	2,35
1770–1779	33,41	36,81	3,40	52,26	49,85	-2,42	55,31	55,01	-0,30
1780–1789	32,15	31,60	-0,55	52,61	52,04	-0,57	56,87	55,98	-0,89
1790–1799	31,03	32,03	1,01	50,23	53,58	3,34	58,26	58,10	-0,15
1800–1809	28,62	32,96	4,34	47,15	50,27	3,11	55,05	57,64	2,59
1810–1819	29,15	32,00	2,85	54,98	50,55	-4,43	59,73	54,84	-4,89
1820–1829	27,73	35,98	8,24	56,97	57,12	0,15	61,51	60,60	-0,91
1830–1839	30,80	35,06	4,27	54,50	51,94	-2,56	58,76	55,91	-2,85
1840–1849	30,89	30,89	0,00	53,93	51,66	-2,26	59,07	57,05	-2,02
Mittelwert	30,71	33,64	2,93	50,92	50,94	0,02	56,38	55,50	-0,88

Tab. 3: Sterbealter nach Geschlechtern (in Jahren), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

Eine etwas differenziertere Auseinandersetzung ermöglicht wieder die Strukturierung der Daten nach Altersgruppen. Über 54 Prozent der verstorbenen Säuglinge waren männlich, was keinen unüblichen Befund darstellt, denn die Übersterblichkeit von männlichen Säuglingen ist ein durchaus bekanntes Phänomen. Eine Teilursache davon wird in der Geschlechterproportion der Geburten zu suchen sein, da in Ansfelden zwischen 1710 und 1850 51,3 Prozent der Geborenen männlich waren – anders ausgedrückt kamen ca. 107 männliche Geburten auf 100 weibliche. Zusätzlich dürften biologische Gründe dazu beigetragen haben: In der Forschung wird dahingehend eine verringerte Anfälligkeit von Frauen für Infektionen aufgrund des zusätzlichen X-Chromosoms betont.⁷⁰ Insgesamt zeigt die Verteilung der Todesfälle auf die Altersgruppen ein sehr wandelbares Verhältnis. Während die Geschlechterproportion bei den Kleinkindern annähernd gleich war, verstarben in der Altersgruppe zwischen fünf und neun Jahren über zehn Prozent mehr männliche, in jener zwischen zehn und 14 Jahren

⁷⁰ WEIGL 2012, 145; KNAPP 2020, 350–351.

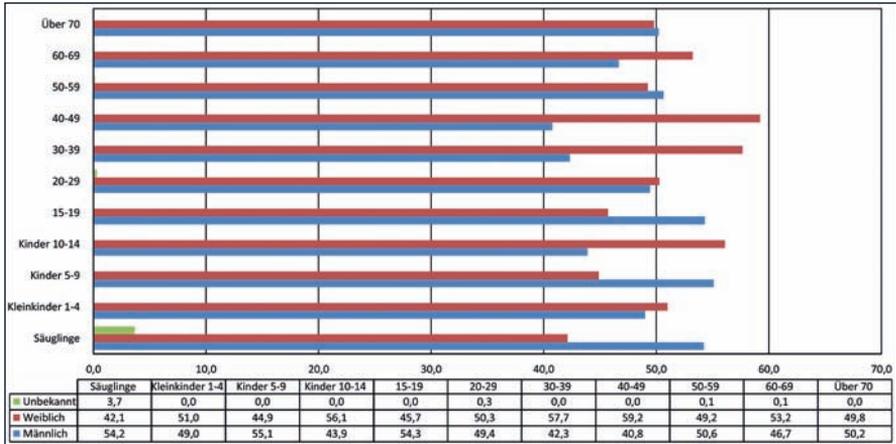


Abb. 4: Sterbefälle nach Alter und Geschlecht nach Altersgruppen (in Prozent), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

über zehn Prozent mehr weibliche Kinder. Zwischen 20 und 49 Jahren, also in dem Alter, in dem die meisten Frauen ihre Kinder bekamen, – insbesondere aber zwischen 30 und 49 – entfielen 15 bis 20 Prozent mehr Todesfälle auf Frauen als auf Männer. Dabei handelt es sich um ein durchaus häufig festgestelltes Muster.⁷¹ Bei den Verstorbenen über 50 Jahren ist wieder eine gleichmäßigere Verteilung erkennbar, wenngleich der Anteil der Frauen in der Altersgruppe zwischen 60 und 69 Jahren wieder um ca. 7,5 Prozent höher war als jener der Männer.

Hinsichtlich der alters- und geschlechterspezifischen Sterblichkeit in Normal- und Sterbejahren hat jüngst eine Untersuchung – allerdings wieder auf Basis von fünf Beispielen ab ca. der Mitte des 19. Jahrhunderts – betont, dass der Unterschied in der Geschlechterproportion, der „female mortality advantage“, in Hungersnöten und Seuchen insbesondere durch die Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit verursacht werde.⁷² Die Daten für Ansfelden zeigen ein gegensätzliches Bild. Der Anteil der weiblichen Säuglinge unter den Verstorbenen stieg in Sterbejahren um fünf Prozent an. Und auch unter den Kleinkindern zwischen einem und vier Jahren verschob sich der Anteil um ca. drei Prozent zu Ungunsten der Frauen. Insgesamt ist jedoch kein eindeutiger Trend auszumachen: Auch in den Altersgruppen von zehn bis 19 Jahren war der Anteil der Frauen in Sterbejahren erhöht, wohingegen Männer in ihren 30ern (ca. 9%) und 50ern (ca. 10,5%) wesentlich stärker betroffen

71 WEIGL 2012, 139. Mit weiteren Literaturhinweisen vgl. KNAPP 2020, 351–352.

72 ZARULLI u. a. 2018, 835–836.

waren. In der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen, in der die Frauen bereits in Normaljahren fast 60 Prozent der Sterbefälle ausmachten, war hingegen eine leichte Veränderung hin zu den Frauen erkennbar. In den Gruppen, den Personen über 60 Jahren, die mit den Säuglingen die quantitativ größten bildeten, kam es zu keiner auffälligen Veränderung.

	Normaljahr			Sterbejahr			Abweichung	
	Männlich	Weiblich	Unbekannt	Männlich	Weiblich	Unbekannt	Männlich	Weiblich
Säuglinge	54,5	41,8	3,6	49,6	46,0	4,3	-4,9	4,2
Kleinkinder 1–4	49,4	50,6	0,0	46,5	53,5	0,0	-2,8	2,8
Kinder 5–9	54,9	45,1	0,0	56,6	43,4	0,0	1,7	-1,7
Kinder 10–14	44,2	55,8	0,0	41,2	58,8	0,0	-3,0	3,0
15–19	54,9	45,1	0,0	50,0	50,0	0,0	-4,9	4,9
20–29	49,4	50,3	0,3	50,0	50,0	0,0	0,6	-0,3
30–39	41,1	58,9	0,0	50,0	50,0	0,0	8,9	-8,9
40–49	41,2	58,8	0,0	38,5	61,5	0,0	-2,8	2,8
50–59	48,8	51,2	0,0	58,6	40,7	0,7	9,8	-10,5
60–69	46,5	53,4	0,1	48,3	51,7	0,0	1,9	-1,8
Über 70	50,2	49,8	0,0	50,0	50,0	0,0	-0,2	0,2

Tab. 4: Geschlechterproportion nach Altersgruppen (in Prozent), Ansfelden, 1710–1850.
Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

Daher können wir festhalten, dass ein „female mortality advantage“ nicht erkennbar ist. Der Befund der bisherigen Forschung, wonach in Sterblichkeitskrisen die in Normaljahren weniger anfälligen Altersgruppen überproportional anfällig waren, ist hingegen auch in Ansfelden zu beobachten. Auch der Blick auf die alters- und geschlechterspezifische Sterblichkeit zeigt, dass es keinen eindeutigen Trend hin zur Benachteiligung eines Geschlechts gab, – sehr wohl aber in den unterschiedlichen Altersgruppen. Am auffälligsten dabei ist, dass die weiblichen Säuglinge und Kleinkinder stärker betroffen waren als die männlichen und, dass in den Altersgruppen zwischen 30 und 39 sowie 50 und 59 der Anteil der Männer an allen Verstorbenen dieser Altersgruppen um jeweils fast zehn Prozent anstieg.

5. Die Sterblichkeitskrisen des 18. Jahrhunderts im Detail⁷³

Um einen genaueren Blick auf die einzelnen Krisenphasen zu werfen, orientiert sich dieser Abschnitt an der Methode von HEALEY. Dabei werden die auf das Monat genau datierten Sterblichkeitskrisen mit einer vierjährigen Periode vor der Krise verglichen, die das Normaljahr abbildet.⁷⁴ Das ermöglicht einen genaueren Vergleich mit den unmittelbar vor der jeweiligen Krisensituation herrschenden demografischen Bedingungen als die überblickshafte Herangehensweise, die im vorangegangenen Kapitel verwendet wurde. Ein sich dabei eröffnendes Problem ist allerdings die Frage der genauen Datierung der Sterblichkeitskrisen, da Ausreißer in der monatlichen Sterblichkeit häufig auch in Normaljahren auftraten und es auch während Sterblichkeitskrisen immer wieder einige Monate mit niedrigerer Sterblichkeit gab. Die Übersterblichkeit um das Jahr 1713 dauerte z. B. von Oktober 1712 bis Mai 1714 (Vorkrisenperiode 1708–1711), wobei die meisten Todesfälle in die Monate Jänner bis Mai 1713 fielen. Die schwerwiegende Sterblichkeitskrise der frühen 1740er Jahre zog sich von März 1741 bis Oktober 1743, also über ca. zweieinhalb Jahre (Vorkrisenperiode 1737–1740) hin. Die Übersterblichkeit des Jahres 1759 begann schon im November 1758 und zog sich bis April 1760 (Vorkrisenperiode 1754–1757). Die Krise der frühen 1770er Jahre dauerte von Dezember 1771 bis Mai 1773 (Vorkrisenperiode 1767–1770) an, allerdings mit einer Phase deutlich niedrigerer Mortalität zwischen Juli 1772 und Februar 1773. Die Übersterblichkeit des Jahres 1779 begann im September 1778 und endete mit November 1779 (Vorkrisenperiode 1774–1777).⁷⁵ Die demografischen Krisenphasen lassen sich also nicht so einfach mit den Kalenderjahren gleichsetzen. Das unterstreicht die Problematik der Herangehensweise anhand der Kalenderjahre, denn dadurch könnten Todesfälle, die möglicherweise mit einer Sterblichkeitskrise in Zusammenhang standen, außer Acht gelassen werden.

73 Die hier präsentierten Ergebnisse finden sich in Teilen auch in: KNAPP 2019, 135–169. Dort sind die Vergleichszeiträume für die Krisensterblichkeit jedoch noch anders definiert und die Abweichungen werden nicht in verhältnismäßigen Daten, sondern in absoluten Zahlen besprochen.

74 HEALEY 2015, 159–160 u. 165–167.

75 Genauer zur Datierung der Entwicklung der Sterblichkeit (für 1712/14, 1741/43, 1771/73 und die Koalitionskriege) unterstützt mit grafischen Darstellungen: KNAPP 2019, 135–169.

Vergleicht man die Geschlechterproportionen in den Vorkrisenperioden und Sterbejahren (Tab. 5), ergibt sich ein deutlich anderes Bild als es die überblickshafte Zusammenstellung der Normal- und Sterbejahre im vorangegangenen Kapitel gezeigt hat. In vier der fünf Sterblichkeitskrisen stieg der Anteil der Männer an den Verstorbenen an, zweimal sogar über sieben Prozent. Es ist also ein Überhang der Männer in diesen Sterblichkeitskrisen festzustellen.

	Männlich	Weiblich	Unbekannt	Proportion männliche Sterbefälle (%)	
Vorkrisenperiode (1708–1711)	82	84	6	47,7	
Krisenphase (Oktober 1712–Mai 1714)	66	61	2	51,2	3,5
Vorkrisenperiode (1737–1740)	99	113	0	46,7	
Krisenphase (März 1741–Oktober 1743)	195	182	1	51,6	4,9
Vorkrisenperiode (1754–17157)	88	111	10	42,1	
Krisenphase (November 1758–April 1760)	68	64	5	49,6	7,5
Vorkrisenperiode (1767–1770)	93	95	9	47,2	
Krisenphase (Dezember 1771–Mai 1773)	93	104	1	47,0	-0,2
Vorkrisenperiode (1774–1777)	104	116	2	46,8	
Krisenphase (September 1778–November 1779)	66	54	2	54,1	7,3

Tab. 5: Vergleich der geschlechterspezifischen Sterblichkeit zwischen Vorkrisenperiode und Krisenphase (absolute Zahlen und Prozentanteile), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

Wodurch wurde dieser Unterschied verursacht? In jeder Sterblichkeitskrise lag der Anteil der verstorbenen Säuglinge verhältnismäßig unter den Vorkrisenperioden. Auch zeigte sich meist – mit Ausnahme der Phase 1758 bis 1760 – ein verhältnismäßiger Rückgang bei Personen über dem durchschnittlichen Sterbealter der Erwachsenen, also den Ältesten über 60 Jahren. Häufig stärker betroffen war die Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren. SPEAKMAN hat betont, dass steigendes Alter einen positiven Einfluss auf die Überlebenschancen in Knappheitskrisen hätte. Ihm zufolge wäre das höhere Alter – bei Personen ab 55 Jahren – mit einer sinkenden Geschwindigkeit des Stoffwechsels bei gleichzeitigem Muskelabbau verbunden, was potenziell die Fettspeicherkapazität und damit Durchhaltedauer erhöhen könne.⁷⁶ Der Befund für Ansfelden ist dahingehend nicht ganz eindeutig.

⁷⁶ SPEAKMAN 2013, 54–55.

1712–1714: Die Altersstruktur der Todesfälle in der Phase 1712–1714 zeigt, dass Säuglinge und Menschen über 60 Jahren verhältnismäßig weniger betroffen waren als in der Vorkrisenperiode. Auch bei den jüngeren Erwachsenen zwischen 15 und 39 Jahren nahm der Anteil ab. Die Übersterblichkeit konzentrierte sich vor allem in den Altersgruppen zwischen einem und 14 Jahren, in denen es beinahe zu einer Verdoppelung des Anteils an allen Todesfällen kam. Auch die Altersgruppe zwischen 50 und 59 erlebte eine Verdoppelung des Anteils (Tab. 6). Der Anteil der männlichen Verstorbenen stieg in dieser Krisenphase im Vergleich zur Vorkrisenperiode um 3,5 Prozent an. Die Altersstruktur der Verstorbenen veränderte sich insofern, als dass in den Altersgruppen über 40 Jahren der Anteil der Männer an den Todesfällen deutlich anstieg, was der Auslöser für die allgemeine Verschiebung sein dürfte. Unter den Säuglingen hingegen, die allerdings wie gesagt weniger ins Gewicht fielen, stieg der Frauenanteil um beinahe 20 Prozent (Tab. 7).

1741–1743: In der Phase 1741–1743, der massivsten Sterblichkeitskrise im untersuchten Zeitraum, zeigte sich zunächst ein ähnliches Bild: Säuglinge und Menschen über 60 Jahren waren verhältnismäßig weniger betroffen, in diesem Fall sogar deutlich weniger, wenn man bedenkt, dass sich der Anteil der Säuglinge an den Todesfällen halbierte. Alle anderen Altersgruppen verzeichneten einen Anstieg, wobei es sich meist nur um leichte Abweichungen handelte. Der Schwerpunkt lag auf den Altersgruppen zwischen 30 und 59 Jahren, deren Anteil an den Todesfällen sich etwa verdoppelte (Tab. 6). In diesen am schwersten betroffenen und quantitativ größten Altersgruppen war der Anteil der Männer an den Verstorbenen im Vergleich zur Vorkrisenperiode erhöht, was den Anstieg des gesamten Männeranteils um ca. fünf Prozent erklärt. Unter den Kindern zwischen fünf und 15 Jahren stieg hingegen der Anteil der weiblichen Kinder an den Verstorbenen stark an, was aufgrund der geringeren Größe dieser Gruppen aber nicht stärker ins Gewicht fiel (Tab. 7).

1758–1760: In der Phase 1758–1760 ist insofern eine Abweichung vom sonstigen Muster zu erkennen, als auch in der Altersgruppe der über 70-Jährigen ein verhältnismäßiger Anstieg der Todesfälle zu verzeichnen war. Der Anteil der Säuglinge lag wie üblich niedriger als in der Vorkrisenperiode. Zum stärksten Anstieg kam es bei den Kindern zwischen einem und vier Jahren, um ca. 10 Prozent; diese machten damit fast 26 Prozent aller Todesfälle aus. Bei den Kindern zwischen fünf und neun Jahren kam es ebenfalls zu einem Anstieg, der aber deutlich geringer ausfiel. Die Gruppen zwischen 15 und 49 Jahren waren weniger betroffen und die Anteile dieser Altersgruppen gingen im Vergleich zur Vorkrisenperiode deutlich zurück. Auffällig ist der Anstieg bei den über 50-Jährigen – wenngleich dieser nur leicht war – und bei den über 70-Jährigen, der bei ca. 2 Prozent lag (Tab. 6). In der am stärksten betroffenen Gruppe der Kinder zwischen einem und vier Jahren veränderte sich die Geschlechterproportion kaum. Die Ursache für den deutlichen

Anstieg des Männeranteils um 7,5 Prozent in dieser Krisenphase ist deshalb wohl vor allem durch den Anstieg in den quantitativ großen Gruppen von 50 bis 69 Jahren sowie unter den Säuglingen zu suchen (Tab. 7).

1771–1773: Auch zwischen 1771 und 1773 halbierte sich der Anteil der Säuglinge und über 70-Jährigen an den Verstorbenen etwa, bei den Kleinkindern bis zu einem Alter von vier Jahren kam es kaum zu einer Abweichung. Darüber hinaus ist eine wechselhafte Verteilung erkennbar: Der Anteil der Kinder zwischen fünf und neun Jahren verdreifachte sich. Die Altersgruppe zwischen zehn und 19 Jahren war weniger betroffen. Die Prozentanteile der Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren stiegen zwischen 2,5 und 6,5 Prozent an, jener der Altersgruppe zwischen 60 und 69 Jahren nur leicht (Tab. 6). Die Krise der frühen 1770er Jahre war die einzige der hier behandelten, in der der Anteil der verstorbenen Männer im Vergleich zur Vorkrisenperiode nicht anstieg. Das ist insofern verwunderlich, weil es sich dabei um eine klassische Subsistenzkrise gehandelt haben soll, in deren Rahmen die geschilderten biologisch-physiologischen Vorteile von Frauen am stärksten hätten zum Tragen kommen können. Der Anteil der Frauen in der stark betroffenen Gruppe zwischen einem und vier Jahren stieg um ca. 12 Prozent an; in der Gruppe von fünf bis neun um 33,3 Prozent. Während sich in der ebenfalls stark betroffenen Gruppe der 30 bis 39-Jährigen die Proportion hin zu den Frauen verschob, zeigte sich in der Gruppe der 40 bis 49-Jährigen eine gegensätzliche Entwicklung. In der verhältnismäßig am stärksten betroffenen Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren zeigte sich nur eine geringe Veränderung (Tab. 7).

1778–1779: In der Phase 1778 bis 1779 waren wiederum die Säuglinge und die über 60-Jährigen verhältnismäßig weniger betroffen – wengleich dieser Trend nicht so stark ausgeprägt war, wie in anderen Krisen. Am stärksten betroffen waren die Kinder zwischen einem und neun Jahren. Der Anteil dieser Altersgruppe an den Todesfällen verdoppelte sich. Darüber hinaus kam es nur zu geringfügigen Abweichungen. Eine leichte Erhöhung ist bei den Gruppen zwischen 30 und 59 Jahren zu erkennen – am stärksten in der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren (Tab. 6). Hierbei dürfte sich die Verschiebung der Geschlechterproportion bei allen Todesfällen um 7,3 Prozent zu den Männern vor allem dadurch begründen lassen, dass es in den meisten Altersgruppen eine Tendenz hin zu vergleichsweise mehr verstorbenen Männern gab (Tab. 7).

	Säuglinge	Kleinkinder 1–4	Kinder 5–9	Kinder 10–4	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	Über 70
Vorkrisenperiode (1708–1711)	27,5	7,8	5,4	2,4	2,4	6,6	6,0	7,2	6,0	10,2	18,6
Krisenphase (Oktober 1712 – Mai 1714)	21,1	13,0	11,4	4,1	0,8	5,7	4,1	8,1	12,2	6,5	13,0
	-6,4	5,2	6,0	1,7	-1,6	-0,9	-1,9	0,9	6,2	-3,7	-5,6
Vorkrisenperiode (1737–1740)	20,9	6,6	2,8	0,5	2,4	4,7	3,3	8,5	9,0	23,7	17,5
Krisenphase (März 1741 – Oktober 1743)	10,5	8,5	3,5	1,5	3,5	5,8	7,3	16,4	18,7	13,2	11,1
	-10,3	1,8	0,7	1,0	1,1	1,1	4,0	7,8	9,7	-10,5	-6,4
Vorkrisenperiode (1754–17157)	28,5	15,9	6,3	2,42	2,9	3,86	4,8	9,2	6,3	11,6	8,21
Krisenphase (November 1758 – April 1760)	21,5	25,9	7,4	3,7	0,74	1,48	3	5,2	8,9	11,9	10,4
	-7,0	10,0	1,1	1,3	-2,2	-2,4	-1,9	-4,0	2,6	0,3	2,2
Vorkrisenperiode (1767–1770)	22,4	12,2	2,6	1,0	3,1	3,6	4,6	5,6	11,2	15,3	18,4
Krisenphase (Dezember 1771 – Mai 1773)	12,6	13,1	7,6	0,5	1,0	8,1	7,1	6,6	17,7	16,2	9,6
	-9,8	0,9	5,0	-0,5	-2,1	4,5	2,5	1,0	6,5	0,9	-8,8
Vorkrisenperiode (1774–1777)	27,1	7,2	3,6	2,3	0,9	4,1	4,1	7,2	11,8	19,0	12,7
Krisenphase (September 1778 – November 1779)	22,1	13,9	6,6	1,6	1,6	1,6	4,9	8,2	14,8	14,8	9,8
	-5,0	6,7	2,9	-0,6	0,7	-2,4	0,8	1,0	3,0	-4,3	-2,8

Tab. 6: Vergleich der altersspezifischen Sterblichkeit zwischen Vorkrisenperiode und Krisenphase (in Prozent), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

	Vorkrisenperiode (1708–1711)		Krisenphase (Oktober 1712–Mai 1714)		Vorkrisenperiode (1737–1740)		Krisenphase (März 1741–Oktober 1743)		Vorkrisenperiode (1754–17157)		Krisenphase (November 1758–April 1760)		Vorkrisenperiode (1767–1770)		Krisenphase (Dezember 1771–Mai 1773)		Vorkrisenperiode (1774–1777)		Krisenphase (September 1778–November 1779)	
Säuglinge (m)	52,2	42,3	-9,9	56,8	55,6	-1,3	45,8	58,6	12,9	38,6	56,0	17,4	56,7	63,0	6,3					
Säuglinge (w)	34,8	53,8	19,1	43,2	44,4	1,3	37,3	24,1	-13,2	40,9	44,0	3,1	40,0	29,6	-10,4					

Kleinkinder 1–4 (m)	46,2	43,8	-2,4	50,0	51,7	1,7	36,4	34,3	-2,1	54,2	42,3	-11,9	43,8	47,1	3,3
Kleinkinder 1–4 (w)	53,8	56,3	2,4	50,0	48,3	-1,7	63,6	65,7	2,1	45,8	57,7	11,9	56,3	52,9	-3,3
Kinder 5–9 (m)	66,7	64,3	-2,4	66,7	41,7	-25,0	69,2	70,0	0,8	80,0	46,7	-33,3	12,5	75,0	62,5
Kinder 5–9 (w)	33,3	35,7	2,4	33,3	58,3	25,0	30,8	30,0	-0,8	20,0	53,3	33,3	87,5	25,0	-62,5
Kinder 10–14 (m)	100,0	40,0	-60,0	100,0	60,0	-40,0	20,0	20,0	0,0	50,0	0,0	-50,0	20,0	0,0	-20,0
Kinder 10–14 (w)	0,0	60,0	60,0	0,0	40,0	40,0	80,0	80,0	0,0	50,0	100,0	50,0	80,0	100,0	20,0
15–19 (m)	50,0	100,0	50,0	40,0	41,7	1,7	66,7	100,0	33,3	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
15–19 (w)	50,0	0,0	-50,0	60,0	58,3	-1,7	33,3	0,0	-33,3	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
20–29 (m)	54,5	57,1	2,6	30,0	60,0	30,0	62,5	50,0	-12,5	42,9	43,8	0,9	55,6	100,0	44,4
20–29 (w)	45,5	42,9	-2,6	70,0	40,0	-30,0	37,5	50,0	12,5	57,1	56,3	-0,9	44,4	0,0	-44,4
30–39 (m)	50,0	40,0	-10,0	42,9	48,0	5,1	50,0	25,0	-25,0	55,6	21,4	-34,1	44,4	83,3	38,9
30–39 (w)	50,0	60,0	10,0	57,1	52,0	-5,1	50,0	75,0	25,0	44,4	78,6	34,1	55,6	16,7	-38,9
40–49 (m)	16,7	40,0	23,3	33,3	37,5	4,2	31,6	42,9	11,3	18,2	38,5	20,3	37,5	40,0	2,5
40–49 (w)	83,3	60,0	-23,3	66,7	62,5	-4,2	68,4	57,1	-11,3	81,8	61,5	-20,3	62,5	60,0	-2,5
50–59 (m)	30,0	46,7	16,7	47,4	64,1	16,7	30,8	75,0	44,2	54,5	60,0	5,5	57,7	38,9	-18,8
50–59 (w)	70,0	53,3	-16,7	52,6	35,9	-16,7	69,2	25,0	-44,2	45,5	37,1	-8,3	42,3	61,1	18,8
60–69 (m)	41,2	50,0	8,8	48,0	48,9	0,9	33,3	62,5	29,2	46,7	43,8	-2,9	47,6	66,7	19,0
60–69 (w)	58,8	50,0	-8,8	52,0	51,1	-0,9	66,7	37,5	-29,2	53,3	56,3	2,9	52,4	33,3	-19,0
Über 70 (m)	48,4	75,0	26,6	40,5	55,3	14,7	41,2	35,7	-5,5	50,0	52,6	2,6	32,1	33,3	1,2
Über 70 (w)	51,6	25,0	-26,6	59,5	44,7	-14,7	58,8	64,3	5,5	50,0	47,4	-2,6	67,9	66,7	-1,2

Tab. 7: Vergleich der geschlechter- und altersspezifischen Sterblichkeit zwischen Vorkrisenperiode und Krisenphase (in Prozent), Ansfelden, 1710–1850. Eigene Darstellung; Grundlage: Pfarrmatriken Ansfelden.

Der genauere Blick auf einzelne Krisenphasen zeigt somit, dass es durchaus einen Hang hin zu einer erhöhten Sterblichkeit der Männer in den meisten untersuchten Sterblichkeitskrisen gab. Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen ergibt im Großen und Ganzen ein ähnliches Ergebnis wie die überblicksartige Zusammenschau in Kapitel 4, wenngleich die Schwerpunkte der einzelnen Krisen auf bestimmte Altersgruppen besser herausgearbeitet werden konnten. Kinder zwischen einem und neun Jahren sowie Menschen zwischen 50 und 59 Jahren scheinen meist verhältnismäßig stärker betroffen gewesen zu sein als die übrigen Altersgruppen. Die Auseinandersetzung mit den Altersgruppen, nach Geschlechtern differenziert, zeigt, welche Gruppen den Ausschlag für eine Veränderung des Gesamtbildes gegeben haben könnten.

Die Aussagekraft dieser Ergebnisse ist durch die Analyse einer Pfarrgemeinde mit ca. 2.100 Einwohnerinnen und Einwohnern und die dementsprechend geringe Anzahl an Fällen in den Sterbejahren jedoch eingeschränkt. Wie angesprochen, lassen die vorhandenen Informationen zudem kaum Rückschlüsse auf die Hinter-

gründe der festgestellten Entwicklung zu. Sozioökonomische Einflüsse wie z. B. Migrationen lassen sich in diesem Rahmen nicht nachvollziehen, da sie anhand der Kirchenbücher nicht zu erfassen sind. Es lässt sich nicht erschließen, inwiefern Personen abgewandert und andernorts verstorben sind oder wieder zurückkehrten und dann, bedingt durch Einflüsse während der Migration, am Herkunftsort verstarben. Auch mögliche Einflüsse bestimmter Krankheiten lassen sich – da Todesursachen in den Kirchenbüchern vor 1784 nicht genannt werden – ausschließlich mit Blick auf den saisonalen Verlauf der Sterblichkeitskrise vermuten. Etwas konkreter nachverfolgt werden kann der Faktor des Geburtenrückganges: z. B. ist in der Krisenzeit von 1712 bis 1714 zwar insgesamt ein Rückgang der Geburten erkennbar, nicht jedoch auf dem Höhepunkt der Sterblichkeit zwischen März und Mai 1713.⁷⁷ In der Sterblichkeitskrise der frühen 1770er Jahre wurden auf dem Höhepunkt der Sterblichkeit in den Monaten Dezember 1771 bis Juni 1772 auch sehr niedrige Geburtenzahlen verzeichnet. Ein Einfluss des Geburtenrückganges auf das Geschlechterverhältnis der Verstorbenen lässt sich für diese Sterblichkeitskrise jedoch nicht belegen.⁷⁸

6. Fazit

Die beiden unterschiedlichen methodischen Zugänge haben teils verschiedene Ergebnisse erbracht. Die in Normaljahren am stärksten von Sterblichkeit betroffenen Altersgruppen der Säuglinge und der Personen über 60 Jahren waren in Anfelden durchwegs – das wurde auch von bisherigen Forschungen betont – in den Sterblichkeitskrisen verhältnismäßig weniger anfällig, auch wenn sie in absoluten Zahlen häufig dennoch die größten Gruppen ausmachten. Meist war der größte prozentuelle Anstieg bei den Kindern zwischen einem und neun Jahren sowie bei Personen zwischen 50 und 59 Jahren zu erkennen. Sowohl der überblickshafte Zugang als auch der genauere Blick auf die einzelnen Krisen erbrachte dieses Ergebnis, wenngleich die Auswirkungen auf die unterschiedlichen Altersgruppen von Krise zu Krise variierten. Bei der Identifikation eines „female mortality advantage“ hat die überblickshafte Herangehensweise, die Daten nach den als Sterbejahre identifizierten Kalenderjahren zu vergleichen, deutliche Probleme aufgeworfen. Wie der genauere Blick auf die nach Monaten datierten Sterblichkeitskrisen gezeigt hat, kann es dadurch zu Unschärfen kommen. Während sich anhand der Zusammenstellung aller Daten kaum ein Unterschied in der Geschlechterproportion zwischen Normal- und Krisenjahren zeigte, ist durch

⁷⁷ KNAPP 2019, 136–137, Abbildungen 21 und 22.

⁷⁸ KNAPP 2019, 149–150, Abbildungen 25 und 26.

den genaueren Blick auf die einzelnen Krisen deutlich geworden, dass der Anteil der Männer an den Verstorbenen teils merklich anstieg.

HEALEY hat seine Überlegungen zu einem „female mortality advantage“ in England um 1600 mit der treffenden Feststellung beendet, dass sein Beitrag mehr die Darstellung eines Befundes als die Erklärung desselben liefern würde und betonte weiter: „we need to know whether early-modern England replicated the modern experience of female mortality advantage during famines before we can ask ourselves why this happened (or did not happen).“⁷⁹ Gleiches gilt für diese Arbeit und den Raum des heutigen Oberösterreichs (und Österreichs). Weitere Forschungen, die zusätzliches Datenmaterial bereitstellen, wären begrüßenswert und notwendig, um die alters- und geschlechterspezifische Krisensterblichkeit breiter zu untersuchen und nach regionalen Ausprägungen und den Ursachen des gemachten Befundes zu fragen.

7. Quellen- und Literaturverzeichnis

7.1. Handschriftliche Quellen

- OÖLA, Kirchliche Archive, Pfarrmatriken-Duplikate 1819–1940, Ansfelden.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Taufbuch 01d (D), 1706–1723.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Taufbuch 01e (E), 1724–1754.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Taufbuch 01f (F), 1755–1784.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Tauf-, Trauungs- und Sterbebuch 02, 1784–1802.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Taufbuch 03 (III), 1802–1818.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Taufbuch 04 (IV), 1819–1826.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Taufbuch 06 (VI), 1846–1864.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Trauungsbuch 01d (D), 1706–1724.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Trauungsbuch 01e (E), 1724–1769.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Trauungsbuch 01f (F), 1770–1785.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Trauungsbuch 02 (II), 1802–1818.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Trauungsbuch 03 (III), 1819–1826.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Sterbebuch 01d (D), 1706–1724.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Sterbebuch 01e (E), 1724–1775.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Sterbebuch 01f (F), 1776–1784.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Sterbebuch 02 (II), 1802–1818.
 Pfarrarchiv Ansfelden, Sterbebuch 03 (III), 1819–1833.

79 HEALEY 2015, 186.

7.2. Literatur und gedruckte Quellen

ABEL 1974

W. ABEL, Massenarmut und Hungerkrisen im vorindustriellen Europa. Versuch einer Synopsis, Hamburg – Berlin 1974.

ALFANI 2013

G. ALFANI, Plague in Seventeenth-Century Europe and the Decline of Italy: An Epidemiological Hypothesis. In: *European Review of Economic History* 17 (2013), 408–430.

ALFANI – MOCARELLI – STRANGIO 2017

G. ALFANI – L. MOCARELLI – D. STRANGIO, Italy. In: G. ALFANI – C. Ó GRÁDA (ed.), *Famine in European History*, Cambridge 2017, 25–47.

ARNOLD 1988

D. ARNOLD, *Famine. Social Crisis and Historical Change*, Oxford 1988.

BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER 1978

B. BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, *Bevölkerungsentwicklung und Berufsstruktur, Gesundheits- und Fürsorgewesen in Österreich 1750–1918*, München – Wien 1978.

BRUNNER 2016

L. BRUNNER, *Die Geburten- und Sterbebücher der Pfarre Regau 1784–1914. Historisch-demografische Studie einer Pfarrgemeinde*, Bachelorarbeit Universität Salzburg, 2016.

COLLET 2019

D. COLLET, *Die doppelte Katastrophe. Klima und Kultur in der europäischen Hungerkrise 1770–1772*, Göttingen 2019.

CURTIS – DIJKMAN 2019

D. R. CURTIS – J. DIJKMAN, The Escape from Famine in the Northern Netherlands: A Reconsideration using the 1690s Harvest Failures and a broader Northwest European Perspective. In: *The Seventeenth Century* 34/2 (2019), 229–258.

CURTIS – HAN 2021

D. R. CURTIS – Q. HAN, The Female Mortality Advantage in the Seventeenth-Century Rural Low Countries. In: *Gender & History* 33/1 (2021), 50–74.

DUPAQUIER 1989

J. DUPAQUIER, *Demographic Crises and Subsistence Crises in France, 1650–1789*. In: J. WALTER – R. SCHOFIELD (ed.), *Famine, Disease and Social Order in Early Modern Society*, Cambridge 1989, 189–199.

DYSON – Ó GRÁDA 2002

T. DYSON – C. Ó GRÁDA, Introduction. In: T. DYSON – C. Ó GRÁDA (ed.), *Famine Demography. Perspectives from the Past and Present*, Oxford 2002, 1–18.

HAIDER 1986

S. HAIDER, *Geschichte Oberösterreichs*, Wien 1987.

HAIN 1852

J. HAIN, *Handbuch der Statistik des österreichischen Kaiserstaates*, Bd. 1, Wien 1852.

HEALEY 2015

J. HEALEY, *Famine and the Female Mortality Advantage: Sex, Gender and Mortality in Northwest England, c. 1590–1630*. In: *Continuity and Change*, 30/2 (2015), 153–192.

HUDSON – ISHIZU 2017

P. HUDSON – M. ISHIZU, *History by Numbers. An Introduction to Quantitative Approaches*, London – New York 2017².

KLEIN 1971

K. KLEIN, *Österreichs Bevölkerung 1754–1869*. In: *Mitteilungen der Österreichischen Geographischen Gesellschaft* 113 (1971), 34–62.

KLEIN 1973

K. KLEIN, *Die Bevölkerung Österreichs vom Beginn des 16. bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts (mit einem Abriß der Bevölkerungsentwicklung von 1754 bis 1869)*. In: H. HELCZMANOVSKI (ed.), *Beiträge zur Bevölkerungs- und Sozialgeschichte Österreichs. Nebst einem Überblick über die Entwicklung der Bevölkerungs- und Sozialstatistik*, Wien 1973, 47–112.

KLEIN 2001

K. KLEIN, *Sozialstatistik*. In: K. ACHAM (ed.), *Geschichte der österreichischen Humanwissenschaften*, Bd. 3.1: *Menschliches Verhalten und gesellschaftliche Institutionen: Einstellung, Sozialverhalten, Verhaltensorientierung*, Wien 2001, 257–295.

KNAPP 2019

E. KNAPP, *Bevölkerungsentwicklung und demografische Krisen. Eine historisch-demografische Untersuchung der Pfarrgemeinde Ansfelden in Oberösterreich (1710–1914)*, phil. Masterarbeit Universität Salzburg, 2019.

KNAPP 2020

E. KNAPP, *Struktur und Entwicklung der Bevölkerung in Ansfelden, 1710–1914. Eine historisch-demografische Studie auf Basis der Pfarrmatriken*. In: *Jahrbuch der Gesellschaft für Landeskunde und Denkmalpflege Oberösterreich* 165 (2020), 297–380.

KRÄMER 2015

D. KRÄMER, „Menschen grasten nun mit dem Vieh.“ Die letzte grosse Hungerkrise der Schweiz 1816/17, Basel 2015.

KURZ 2002

M. KURZ, Kammergut – Jammergut? Die demographischen Strukturen des Salzkammergutes von 1600 bis 2000 mit besonderer Berücksichtigung von Bad Goisern, phil. Dissertation Universität Salzburg, 2002.

MACINTYRE 2002

K. MACINTYRE, Famine and the Female Mortality Advantage. In: T. DYSON – C. Ó GRÁDA (ed.), *Famine Demography. Perspectives from the Past and Present*, Oxford 2002, 240–259.

Ó GRÁDA 2009

C. Ó GRÁDA, *Famine. A Short History*, Princeton – Oxford 2009.

OTT 2009

G. OTT, *Geburt, Krankheit, Tod. Pöndorf 1853–1920. Eine historisch-demographische Studie*, phil. Diplomarbeit Universität Salzburg, 2009.

ORTMAYR 2016

N. ORTMAYR, Demographischer Wandel in Oberösterreich 1918–1938. Verlauf – Komponenten – Kontexte. In: *Oberösterreichisches Landesarchiv (ed.), Oberösterreich 1918–1938, Bd. 4*, Linz 2016, 11–61.

ORTMAYR 2019

N. ORTMAYR, Kirchberg um 1830: Bevölkerung, Ernährung und Agrarproduktion, Teil 1. In: *Das Bundwerk. Schriftenreihe des Innviertler Kulturkreises 34 (2019)*, 112–125.

PAMMER 2010

M. PAMMER, Die Sozialstruktur im Spiegel der Sozialstatistik. In: H. RUMPLER – P. URBANITSCH (ed.), *Die Habsburgermonarchie 1848–1918, Band IX: Soziale Strukturen, Soziale Strukturen, 1. Teilband: Von der feudal-agrarischen zur bürgerlich-industriellen Gesellschaft, Teilband 1/2: Von der Stände- zur Klassengesellschaft*, Wien 2010, 1555–1583.

PFISTER 2007

C. PFISTER, *Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1500–1800*, München 2007².

PŘIBRAM 1938

A. F. PŘIBRAM (ed.), *Materialien zur Geschichte der Preise und Löhne in Österreich I*, Wien 1938.

SPEAKMAN 2013

J. SPEAKMAN, Sex- and Age-Related Mortality Profiles during Famine: Testing the ‘Body Fat Hypothesis’. In: *Journal of Biosocial Science 45 (2013)*, 823–840.

STOCKINGER 2020

C. STOCKINGER, Mortalität und Lebenserwartung in Oberösterreich 1819-1938, phil. Masterarbeit Universität Salzburg, 2020.

STÖGER 2021

G. STÖGER, Transformationen städtischer Umwelt. Das Beispiel Linz, 1700 bis 1900, Wien – Köln – Weimar 2021.

WEIGL 2012

A. WEIGL, Bevölkerungsgeschichte Europas, Wien – Köln – Weimar 2012.

WEIGL 2015

A. WEIGL, Der „Gender gap“ in der Lebenserwartung. In: A. Weigl – P. EIGNER – E. G. EDER (ed.), Sozialgeschichte Wiens 1740–2010. Soziale und ökonomische Ungleichheiten, Wanderungsbewegungen, Hof, Bürokratie, Schule, Theater, Innsbruck – Wien – Bozen 2015, 355–374.

VAN BAVEL u. a. 2020

B. VAN BAVEL u. a., Disasters and History. The Vulnerability and Resilience of Past Societies, Cambridge 2020.

ZARULLI u. a. 2018

V. ZARULLI u. a., ‘Women Live Longer than Men even during Severe Famines and Epidemics’. In: Proceedings of the National Academy of Sciences 115 (2018), 832–840.

ZECHNER – KNAPP – ADELSBERGER 2021

A. ZECHNER – E. KNAPP – M. ADELSBERGER, Prices and Wages in Salzburg and Vienna, c. 1450–1850. An Introduction to the Data. In: Vierteljahresschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 108/4 (2021), 504–521.

ZELLER 1979

W. ZELLER, Geschichte der zentralen amtlichen Statistik in Österreich. In: Österreichisches Statistisches Zentralamt (ed.), Geschichte und Ergebnisse der zentralen amtlichen Statistik in Österreich 1829–1979. Festschrift aus Anlaß des 150jährigen Bestehens der zentralen amtlichen Statistik in Österreich, Wien 1979, 13–240.

7.3 Internet

LANG 2022

E. LANG, Sterbedaten in Oberösterreich von 1577 bis 1940, online unter: <http://www.statistik-ooe.at/> (25.05.2022).

Statistik Austria 2022a

Statistik Austria, Lebenserwartung bei der Geburt 1970 bis 2020 nach Bundesländern und Geschlecht, online unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html (25.05.2022).

Statistik Austria 2022b

Statistik Austria, Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre 1868/71 bis 2010/12, 1951 bis 2020, online unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html (25.05.2022).

Statistik Austria 2022c

Statistik Austria 2022, Übersicht: Hauptindikatoren für Österreich und die Bundesländer, online unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html (25.05.2022).

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Jahrbuch des Oberösterreichischen Musealvereines](#)

Jahr/Year: 2022

Band/Volume: [167](#)

Autor(en)/Author(s): Knapp Elias

Artikel/Article: [Seuchen – Kriege – Hungersnöte. Geschlechter- und altersspezifische Krisensterblichkeit in der oberösterreichischen Pfarre Ansfelden im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert 207-236](#)