Die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert.

Erwiderung auf die Bemerkungen Kisskalts.

Von

Dr. S. Peller.

Ich habe im Jahre 1920, Bd. 90 dieser Zeitschrift, S. 227—262, eine Arbeit über „städtische Mortalität im 18. Jahrhundert mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose“ publiziert. Gegen die Verlässlichkeit der von mir benützten Daten und gegen die von mir angewandte Methode wendet sich Kisskalt in seinem Aufsatz (Bd. 93, H. 2/3). Dies zwingt mich zur kurzen Erwiderung.

1. Die auf die Äußerung van der Borghts sich stützende, abfällige Beurteilung der von mir zur Grundlage der Berechnung von Sterblichkeitsdaten gewählten Volkszählung, trifft nicht zu.

Ich habe mich, als ich an die Arbeit ging, über die Volkszählungen genau zu orientieren versucht, und begnügte mich nicht mit einem in einem Handwörterbuch hingeworfenen Satze. Beweis: die von mir im Archiv des Min. d. J. aufgestöberte, bis jetzt vollständigste Tabelle, die den Forschern auf diesem Gebiete — Goehlert, Gürtler und Großmann — entgangen ist. Ich habe die Zeit der ersten Volkszählung gewählt, weil die Zählung vom Jahre 1754 sich, wie aus folgendem ersichtlich, sowohl in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht — von allen ihr ein Jahrhundert lang folgenden zu ihren Gunsten unterscheidet und ihre Ergebnisse einwandfrei genug sind, um die Grundlage für medizinische Betrachtungen abzugeben.

Wie aus den Reskripten vom 13. X. 1753, 7. I. 1754 und 16. II. 1754 hervorgeht, basierten die Ergebnisse der ersten Volkszählung auf dem Grundsatz der Individualaufnahme. Bei jeder Person wurde Stand, Geschlecht und Alter notiert. — Anders bei den folgenden Zählungen. Im Jahre 1761 war es „nur um die beiläufige Zahl der Familien und Seelen zu tun“ (Hofdekret vom 18. IV. 1761). Im Jahre 1762 (III. Volkszählung) wurden von den Geistlichen nur die Angehörigen ihrer Konfession, von den weltlichen Organen hätten dagegen alle — jedoch ohne Gliederung nach dem Geschlecht — gezählt werden sollen. Im Jahre 1770 ist nur die männliche Bevölkerung konskribiert worden; im Jahre 1777 wurde zwar wieder die Erfassung der ganzen Bevölkerung versucht, die Aufgabe war aber jetzt aus unten angeführten Gründen viel schwieriger als vor dem Jahre 1769.

Die erste Volkszählung wurde nach einem einheitlichen Schema, getrennt von den geistlichen wie weltlichen Behörden durchgeführt; die Resultate beider Er-

hebungen wurden miteinander verglichen, die sich ergebenden Differenzen untersucht und behoben. Es ist wohl anzunehmen, daß gerade in Wien die Schwierigkeiten einer verlässlichen Zählung am besten behoben wurden, und daß Bedenken, die für entlegene Gebirgsgegenden berechtigt sind, für Wien nicht zutreffen. — Im Jahre 1762 fehlte ein einheitliches Schema, auch die Durchführung seitens der weltlichen Organe war mangelhaft (s. Reskript vom 3. X. 1763); in der vorliegenden Tabelle gibt es keine Trennung nach Alter oder Geschlecht. — Im Jahre 1769 wurde die allgemeine Wehrpflicht eingeführt, von nun an entzog sich ein Teil der männlichen Bevölkerung der Zählung; die mannigfachen Übelstände sind durch die Bestimmungen des Jahres 1781 nur zum Teil behoben worden.

Goehlert berichtet der Wiener Akademie der Wissenschaften im Jahre 1854: „Was den statistischen Wert der im vorigen Jahrhundert in Österreich ausgeführten Volkszählungen anbelangt, so verdienen die Ergebnisse der I. Zählung vom Jahre 1754 hinsichtlich ihrer Vollständigkeit volles Vertrauen...“ Gürtler sieht in seiner Monographie über die österreichischen Volkszählungen unter Maria Theresia die größte Schwäche der ersten Erhebung darin, daß für sie — im Gegensatz zu den modernen Zählungen — kein eng begrenzter Termin (Tag) bestimmt war. Nun wird auch der schärfste Kritiker nicht behaupten, daß diese Schwäche derart schwer in die Wagschale falle, daß bei Berechnung von Mortalitätsdaten beträchtliche Fehler resultieren können.

Man kann nicht an eine fast 170 Jahre hinter uns liegende Volkszählung Anforderungen stellen, wie an eine moderne Erhebung. Die Zählung der Wiener Bevölkerung vom Jahre 1754 ist jedoch ebenso zuverlässig, wie die anderer Städte aus früheren Zeiten. Die weitgehende Gliederung der Bestandmasse nach dem Alter und Geschlecht ermöglicht uns, wertvolle Berechnungen über die Mortalitätsverhältnisse der einzelnen Gruppen anzustellen.

2. In außerordentlich scharfer Weise kritisiert Kisskalt meine Ausführungen über die Tuberkulosesterblichkeit. — Man kann verschiedenen Sinnes darüber sein, was als Tuberkulose zu betrachten ist; man kann auch zweifeln, ob die damaligen Todesursachen überhaupt verwertbar sind; aber exakt kann weder das eine noch das andere begründet werden. Ich habe auf die großen Schwierigkeiten der Begriffsbestimmung in meiner Arbeit hingewiesen; das Gesagte soll nicht wiederholt werden.

Ich finde darin kein Argument gegen meine Ergebnisse, daß in Altersklassen mit hoher Gesamtsterblichkeit auch die Tuberkulosesterblichkeit groß ist. Besonders groß ist nach meinen Berechnungen die letztere in den Altersklassen 1—4 Jahre und 5—9 Jahre. In den Jahren 1752—1754 waren es $23,30/_{00}$ bzw. $7,50/_{00}$ in den Jahren 1910 bis 1911, $4,40/_{00}$ bzw. $1,60/_{00}$. Berechnen wir nun den, von je 100 Todesfällen dieser Altersklassen auf Tuberkulose, bzw. auf das, was als Tuberkulose gedeutet wurde, entfallenden Teil, so ist es im 18. wie im 20. Jahrhundert bei den 1—4jährigen rund $1/4$, bei den 5—9jährigen etwa mehr als $1/3$ aller Todesfälle. Die Zahlen decken sich vollständig. Ist da die Schlußfolgerung berechtigt, daß unter den als Hectica,

Lungendefekt und Lungenkatarrh ausgewiesenen Fällen dieser Altersklasse, die ich zu Tuberkulose gerechnet habe, ein namhafter Teil nicht zur Tuberkulose gehört? Wie groß müßte dieser Teil sein, um die Mortalitätsziffern von $23,3\frac{30}{100}$ wesentlich herabzudrücken? Welche Fälle müßten da ausgeschaltet werden? Kisskalt meint, daß unter Hectica viele andere Krankheiten sich verborgen halten. Aus meiner Tabelle (Bd. 90, S. 251) ist zu ersehen, daß die überwiegende Mehrzahl aller als „Hectica“ ausgewiesenen Fälle auf die Altersklassen 1—4 Jahre und 5—9 Jahre entfällt. Von je 100 von mir als Tuberkulose angeführten Fällen dieser zwei Altersklassen entfielen 48 bzw. 63 auf Hectica, der Rest auf Lungendefekt und Lungenkatarrh, also auf Lungentuberkulose. Ziehen wir nun zum Vergleiche Daten aus dem letzten Jahrbuch der Stadt Wien (1914) heran. Jetzt entfällt rund $\frac{1}{4}$ auf Lungen-, $\frac{3}{4}$ auf Hirnhaut- und sonstige, also auf „restliche“ Tuberkulose.

Von je 100 Tuberkulosedodesfällen einer Altersklasse entfallen

	1—4 Jahre alt		5—9 Jahre alt	
	im 18. Jahrh.	im J. 1914	im 18. Jahrh.	im J. 1914
auf Lungentuberkulose bzw. „Lungendefekt und Lungenkatarrh“	52	25	37	26
auf restl. Tuberkulose bzw. „Hectica“	48	75	63	74
	100	100	100	100

Danach wäre um die Mitte des 18. Jahrhunderts die „Lungentuberkulose“ stärker, dagegen die „restliche“ als Hectica ausgewiesene Tuberkulose schwächer vertreten als heute. Die Differenz wird auch nicht ausgeglichen, wenn wir Lungenkatarrh nicht zur Tuberkulose zählen. Wollte man Korrekturen anbringen, so müßten sie im Gegensatz zu Kisskalts Wunsch ausfallen; die Rubrik „Hectica“ müßte etwa um einen Teil der Fraisenfälle vermehrt werden, oder man müßte von den als Lungendefekt (und Lungenkatarrh) ausgewiesenen Fällen einen Teil abziehen. All das wäre pure Willkür.

Kisskalts Forderung nach Verifikation der Umgrenzung des Begriffes Tuberkulose durch „Vergleich mit genau festgestellten Alterssterblichkeiten“, kann man am besten mit seinen eigenen Worten beantworten: „Diese Art der Forschung und Verification schließt natürlich aus, evtl. vorgekommene Änderungen der Altersverteilung der Sterblichkeit, die ja vom größten Interesse wären, zu erkennen.“

Kisskalt beanstandet, daß ich abzehrendes Fieber zu Tuberkulose zähle, abzehrende Krankheit und Abzehrung jedoch ausschalte. — Die beiden unterscheiden sich voneinander durch Altersgliederung in ganz prägnanter Weise. In folgendem soll als Stichprobe das Alter von je 10 Fällen beider Gruppen, wie ich sie meinen Notizen der Reihe

nach entnehme, bekanntgegeben werden. Abzehrende Krankheit, Abzehrung 75, 72, 79, 79, 84, 79, 84, 76, 84, 74 Jahre. Abzehrendes Fieber: 8, 70, 33, 10, 1, 68, 37, 12, 27, 53 Jahre.

Es wäre zwecklos, darüber ein Wort zu verlieren, ob „abzehrende Krankheit“ als Carcinom oder als Marasmus senilis usw. aufzufassen ist; jedenfalls ist dies naheliegender als Tuberkulose, während für das „abzehrende Fieber“ letztere wahrscheinlicher klingt als Carcinom. Nun spielen aber diese beiden Krankheitsgruppen eine so geringe Rolle — in den Jahren 1752 und 1753 nicht ganz 50 Fälle von abzehrendem Fieber und 40 von Abzehrung samt abzehrender Krankheit —, daß das Endergebnis meiner Berechnungen durch sie nur wenig beeinflusst wird. Schließe ich auch „abzehrendes Fieber“ aus der Tuberkulose aus, so werden nur die Tuberkulosemortalitäten der Altersklassen 5—9 und 10—14 Jahren eine merkliche Änderung erfahren, und auch hier nur um Bruchteile eines Promilles. Ich erwähne nochmals, daß in Wien unter „Abzehrung“ nicht dasselbe gemeint war, wie andernorts. —

Kisskalt sagt, daß ich aus unzuverlässigen Zahlen den weitgehenden Schluß ziehe, daß früher die Phthise in jungen Jahren viel aktiver gewesen wäre und eine Auslesewirkung hatte... Ich möchte dem vor allem entgegenhalten, daß mein Satz (S. 258) mit: „Es hat den Anschein, als ob früher die Phthise...“ beginnt. Des weiteren möge daran erinnert werden, daß das Ergebnis meiner Untersuchungen in gewissem Gegensatz zu Telekys Anschauungen stand, aus dessen Seminar doch diese Arbeit erschienen ist. Teleky überprüfte demnach die Richtigkeit der von mir vorgebrachten Zahlen gewiß ohne Voreingenommenheit im Sinne meiner Ausführungen, mußte aber die Zahlen als richtig gewonnen anerkennen. Es ist also zweifellos, daß ich die Zahlen nicht irgendeiner Theorie zuliebe formte, sondern die vorhandenen Zahlen führten zu einer mit aller Vorsicht vorgebrachten Vermutung.