

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer
Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Leiter: Professor Dr. K. Foerster

**Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung
erbkranken Nachwuchses**

am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der
Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1936

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Eberhardt-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Imke Marion Kaasch
aus
Fulda

2006

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichtstatter: Professor Dr. K. Foerster
2. Berichtstatter: Professor Dr. R. Du Bois

Meinen Eltern
in Liebe und Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
2.	Methodik	11
2.1	Die Quellen	11
2.2	Die Auswertung	14
2.2.1	<i>Quantitative Auswertung</i>	14
2.2.2	<i>Qualitative Auswertung</i>	15
3.	Die Psychiatrie im Jahr 1936	16
3.1	Die Psychiatrie in Deutschland, ihre Einrichtungen und Patienten	16
3.2	Die Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskrankheiten Tübingen	18
3.2.1	<i>Die Tübinger Schule</i>	19
3.2.2	<i>Robert Gaupp – Der Leiter bis 1936</i>	21
3.2.3	<i>Hermann Hoffmann – Der Leiter von 1936 bis 1944</i>	22
4.	Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GVeN)	24
4.1	Das Gesetz und sein Inhalt	24
4.2	Zur Definition der unter das GVeN fallenden Erkrankungen	25
4.2.1	<i>Erbliche Fallsucht</i>	26
4.2.2	<i>Schizophrenie</i>	27
4.2.3	<i>Das Manisch - depressive Irresein</i>	31
4.2.4	<i>Der Schwachsinn</i>	33
4.2.5	<i>Sonstige unter das GVeN fallende Erkrankungen</i>	35
4.3	Zum Begriff der Erblichkeit – Aussagen des Kommentars zum GVeN	37
5.	Die Durchführung des GVeN	40
5.1	Die Beteiligten Instanzen	40
5.1.1	<i>Der „ambulante Weg“</i>	40
5.1.2	<i>Der „stationäre Weg“</i>	47
5.1.3	<i>Zusammenfassende Bemerkungen</i>	54
5.2	Die konkrete Sterilisationspraxis an der Frauenklinik Tübingen	55
5.2.1	<i>Die durchgeführten Sterilisationen</i>	56
5.2.2	<i>Die Situation an der Frauenklinik Tübingen</i>	60
5.2.3	<i>Komplikationen bei Sterilisationsoperationen – Todesfälle</i>	61
5.3	Der Weg vom Patienten zur Volksgefahr – Anzeigepflicht	62
5.3.1	<i>Pflicht zur Anzeige</i>	62
5.3.2	<i>Auswirkung auf die Arbeit der niedergelassenen ÄrztInnen</i>	64
5.3.3	<i>Auswirkung auf die Klinik</i>	65
5.3.4	<i>Die Auswirkungen auf die PatientInnen</i>	67
5.4	1936 - Zwei Jahre Erfahrung mit dem Gesetz	68
5.5	1936- Der Höhepunkt der Sterilisationen?	71
5.6	Das Buch über „Sterilisierungen“	74

6.	Die Begutachtung	78
6.1	Der formale Aufbau der Gutachten	78
6.2	Die Begutachteten- Ergebnisse der quantitativen Analyse	80
6.2.1	<i>Die Altersverteilung</i>	81
6.2.2	<i>Familienstand</i>	82
6.2.3	<i>Beruf</i>	83
6.2.4	<i>Mutterschaft und Kinder</i>	86
6.3	Die Diagnostik der Erkrankungen	87
6.3.1	<i>Die medizinische Diagnosefindung</i>	88
6.3.1.1	Die Diagnostik der Epilepsie	89
6.3.1.1.1	<i>Die durchgeführten Untersuchungen (Epilepsie)</i>	90
6.3.1.1.2	<i>Die Differentialdiagnosen der Epilepsiediagnostik</i>	96
6.3.1.2	Die Diagnostik des Schwachsinn	97
6.3.1.2.1	<i>Die durchgeführten Untersuchungen (Schwachsinn)</i>	97
6.3.1.2.2	<i>Die Differentialdiagnosen der Schwachsinn-Diagnostik</i>	103
6.3.1.2.3	<i>Die Schwerhörigen und Gehörlosen</i>	105
6.3.1.3	Die Diagnostik der Schizophrenie	107
6.3.1.3.1	<i>Die durchgeführten Untersuchungen (Schizophrenie)</i>	108
6.3.1.3.2	<i>Die Differenzialdiagnosen der Schizophreniediagnostik</i>	112
6.3.1.4	Das Manisch - depressive Irresein	116
6.3.1.4.1	<i>Die durchgeführten Untersuchungen (Man.-depr. Irresein)</i>	116
6.3.1.4.2	<i>Die Differentialdiagnosen des Man.-depr. Irreseins</i>	117
6.3.2	Die Diagnosen statistisch erfasst	120
6.3.3	Die Konversion der Diagnose	125
6.3.3.1	Das Kriterium der Familienanamnese	131
6.3.3.2	Das Kriterium der Lebensbewährung	137
6.3.3.3	Das Kriterium körperlichen Auffälligkeiten	140
6.3.3.4	Das Kriterium der Mutterschaft	141
6.3.3.5	Die „Fortpflanzungsgefahr“/ Reproduktionswahrscheinlichkeit	146
6.4	Ausweichmöglichkeiten für die GutachterInnen	148
6.5	Die Informationsquellen für die GutachterInnen	151
6.6	Erblichkeit, die Definierung in den Gutachten	156
6.7	Die GutachterInnen	159
7.	Auswirkungen des Verfahrens und der Sterilisation auf das Individuum	168
7.1	Die Begutachtung als Teil des Erbgesundheitsverfahrens	168
7.2	Äußerungen zur Frage der Sterilisation	172
7.3	Widerstand der Einzelnen gegen die Maßnahmen bezüglich des GveN	177
7.4	Zwangsmaßnahmen	180
7.5	Rechtliche, soziale und persönliche Konsequenzen der Sterilisation für das Individuum	183
7.6	Die Situation der unter Zwang Sterilisierten nach 1945	186

8.	Schlussbemerkungen	188
9.	Anhang	194
10.	Verzeichnis benutzter Quellen	246
11.	Abkürzungen	247
12.	Literaturverzeichnis	248

1. Einleitung

Die großen Medizinverbrechen, die während des Nationalsozialismus durch einzelne ÄrztInnen begangen wurden, sind in ihrer Brutalität heute umfassend bekannt und untersucht worden. Doch neben diesen erschreckenden Einzelbeispielen, macht sich in dieser Zeit die nationalsozialistische Ideologie auch ganz allgemein im Bereich der Medizin breit, ermöglicht durch die Einbindung und Mitarbeit vieler tausend ÄrztInnen. Diese Arbeit widmet sich einem Aspekt der nationalsozialistischen Medizin – der Durchführung des sogenannten „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GVeN), das kurz nach der Machtübernahme Hitlers in Kraft tritt. Dieses sieht – gemäß der Idee der „Züchtung“ eines „gesunden Volkskörpers“ – die Sterilisation von Menschen vor, die an Krankheiten leiden, die sich nach dem damaligen Stand der Wissenschaft an deren Nachkommen vererben würden. Von 1934 bis 1945 wurden durch das GVeN 300 000 – 400 000 Menschen im damaligen deutschen Reich durch ÄrztInnen sterilisiert.

In meiner Arbeit geht es innerhalb dieser Thematik vor allem um die konkrete Umsetzung des Gesetzes in der Praxis, dessen Bedeutung für alle davon Betroffenen und - im Spezielleren - die Einbindung der Universitäts- Nervenlinik Tübingen in den Ablauf der Durchführung des GVeN. Über die Erschließung der Krankenakten der Nervenlinik des Jahres 1936 als bisher unbearbeitete Quellen, sowie weiterer Originaldokumente der Nervenlinik und der Frauenlinik Tübingen widmet sich diese Arbeit den Betroffenen der Zwangssterilisation sowie den Ausführenden am Universitätsklinikum. Dabei ist der Schlüssel zur Beurteilung der GVeN-Praxis die Gutachtentätigkeit an der Nervenlinik. Die Ausführung dieses Gesetzes wird in dieser Arbeit beispielhaft an den 1936 an der Universitätsnervenlinik Tübingen begutachteten Frauen untersucht.¹

Die Quantität und das Ausmaß der Zwangssterilisationen sind bereits in umfangreichem Ausmaße erörtert und bearbeitet worden². Die Rahmenbedingungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind bekannt. Zur Alltagsgeschichte der

¹ Zu anderen Jahrgängen sowie zu den Fällen von Männern im selben Jahrgang liegen gesonderte Arbeiten vor bzw. werden erstellt.

² Siehe z.B. Bock (1986), Nowak (1978)

Zwangssterilisationen liegen wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen vor, und auch in den bisherigen Arbeiten wird – durch ihre Breite der Darstellung – meist nicht in die Tiefe gegangen und von der konkreten Praxis und Umsetzung des GVeN berichtet. Des Weiteren fehlt noch die genauere Analyse der hinterlassenen Dokumente und Aussagen und die detailreiche Auskleidung der Fakten im Bezug auf das GVeN. Diese Arbeit möchte einen Schritt in diese Richtung gehen.

Ziel der Arbeit ist es, ein genaueres Bild über die Rolle der Universitäts- Nervenlinik Tübingen im Nationalsozialismus zu geben. Diese Dissertation ist Teil einer größer angelegten Untersuchung, die von Prof. Foerster in der Sektion für forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen geleitet wird. Die Idee dahinter ist, anhand der Gutachten, die PsychiaterInnen der Nervenlinik von 1933 bis 1943 erstellten, Aussagen über die Medizin im Nationalsozialismus und die Beteiligung der Universitäts- Nervenlinik Tübingen zu machen. Die vorliegende Arbeit widmet sich den Krankenakten der im Jahr 1936 in der Nervenlinik Tübingen behandelten Frauen unter besonderer Berücksichtigung der Fälle, die sich zur Begutachtung des GVeN in der Klinik befinden.

Der Fokus dieser Arbeit erscheint mir aus zwei Gründen wichtig zu sein. Zum einen ist das Thema „Nationalsozialismus“ in meiner Generation im Schulunterricht intensiv, allerdings zumeist allgemein und ohne einen regionalen und konkreteren Bezug behandelt worden. Die Möglichkeit, die Geschichte meiner Universitätsklinik zu untersuchen und zu beforschen, reizte mich deshalb besonders. Es ist dasselbe Gebäude der Psychiatrie, in dem heute noch gearbeitet wird; es war dieselbe Frauenklinik, in der die Frauen sterilisiert wurden. Die ÄrztInnen sind - genauso wie wir heute - um ihrer Ausbildung Willen an der Klinik gewesen und haben im Alltag funktioniert. Dabei haben sie Dinge getan, von denen wir heute sagen, dass sie „unethisch“ sind, „grausam“, „menschenverachtend“, und dass es für uns heute unvorstellbar wäre, „so etwas“ zu tun. Damit bin ich auch bei dem zweiten Faszinationspunkt angelangt. Während ich an dieser Arbeit schreibe, sehe ich meine Umwelt – und dabei besonders unseren Krankenhausalltag - gelegentlich mit anderen Augen. Sind wir denn wirklich so weit entfernt von den Menschen damals? Funktionieren wir nicht auf ähnliche Art und wehren uns

nicht gegen Dinge, die ethisch bedenklich, aber gesetzesgemäß sind. Ich denke beispielsweise an die medizinische Indikation des späten Schwangerschaftsabbruches nach § 218. Sie ist für alle Beteiligten eine Belastung oder Herausforderung, aber größerer Widerstand regt sich unter den Beteiligten nicht. Wir machen mit, weil es gesetzlich so geregelt ist. Oder die Pränataldiagnostik, in die viele Schwangere recht unbedarft hineinrutschen, sehen wir – als ÄrztInnen - da die ethischen Grundsätze des Einzelnen? Die Auseinandersetzung mit einem heute klar als „unethisch“ definierten Ausschnitt unserer Geschichte, empfinde ich als eine sehr wichtige Aufgabe. Den Ansatz, mich als Medizinerin der Rolle meiner eigenen Berufsgruppe in dieser Zeit zu widmen, halte ich für besonders wichtig, auch mit dem Fokus auf unsere heutige Rolle.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt: Zunächst gehe ich auf die von mir angewandte Methode ein. Hierbei wende ich - um dem vielschichtigen Material der Krankenakten und Dokumente gerecht zu werden - sowohl quantitative als auch qualitative Analysen an. Das aus den Krankenakten gewonnene Material wird durch Gruppierungen in verschiedenen Themenbereiche ausgewertet. Zur Untersuchung der Gutachten habe ich einen Fragekatalog entwickelt, der mit einer Reihe von Fragen die einzelnen Untersuchungsaspekte aufgliedert und die Untersuchung der Gutachten auf diese Weise vergleichbar macht. Nach den Erläuterungen zur Methodik und einer kurzen Einführung in die Psychiatrie der dreißiger Jahre mit der lokalen Situation an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen erläutere ich den Inhalt und die Bedeutung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GVeN). Dies beinhaltet die einzelnen unter das GVeN fallenden Erkrankungen sowie die Erklärung des Begriffs der Erblichkeit. Im Anschluss daran stelle ich dar, wie die praktische Durchführung des GVeN vonstatten geht, welche Instanzen beteiligt sind und was die verschiedenen Wege zur Sterilisation sind. Ich erläutere daraufhin die Einbindung der Universitäts- Frauenklinik Tübingen in die Zwangssterilisationen und ihre Zusammenarbeit mit der Nervenklinik. Es folgt ein Kapitel über die im Jahr 1936 vorliegende zweijährige Erfahrung mit dem GVeN und der daraus resultierenden Veränderung im Klinikalltag, beispielsweise der Veränderung der Arzt-Patienten Beziehung. Es wird weiterhin die Frage diskutiert, ob das Jahr 1936 „Höhepunkt“ als der Sterilisationspolitik betrachtet werden kann. Im Anschluss daran folgt die Analyse der Gutachten, die mit Erläuterungen zu Aufbau und Form der Gut-

achten beginnt. Daran anschließend wird die Gruppe der von der Begutachtung betroffenen Frauen anhand der quantitativ ermittelten Daten dargestellt. Den größten Teil der Arbeit nimmt der Aspekt der Diagnostik ein, in dem es darum geht, den Blick der PsychiaterInnen auf ihre Begutachteten und ihre diagnostische Vorgehensweise zu verstehen. In einem ersten Schritt geht es um die medizinische Diagnosefindung, wobei anhand der einzelnen Erkrankungen die durchgeführten Untersuchungen und die differentialdiagnostischen Überlegungen dargestellt werden. Anschließend wird die Überführung dieser medizinischen Diagnose in eine für die JuristInnen der damaligen Zeit verständliche Diagnose dargestellt. Die dabei benutzten Kriterien werden der Reihe nach vorgestellt und erläutert; die Definition der Erblichkeit in den Gutachten wird verdeutlicht. Es folgen Angaben über die Informationsquellen, derer sich die GutachterInnen bedienen sowie die Möglichkeiten für die GutachterInnen, mit unsicheren Diagnosen umzugehen. Als Abschluss der Gutachtenbetrachtung kommt es zu einigen Aussagen zu den begutachtenden ÄrztInnen der Nervenlinik. Im Anschluss daran werden die individuellen Auswirkungen des GVeN und Äußerungen der Betroffenen zur Zwangssterilisation dargestellt, sowie Themen wie Zwangsanwendungen und Widerstand der Betroffenen an der Nervenlinik Tübingen beleuchtet. Schließen werde ich mit einem Überblick über die erarbeiteten Gebiete.

2. Methodik

2.1 Die Quellen

Die Hauptquelle dieser Untersuchung sind die **Krankenakten** der PatientInnen der Universitäts- Nervenlinik Tübingen des Jahres 1936, die im Universitätsarchiv Tübingen gelagert sind. Alle Akten, in denen Angaben über Erbgesundheitsangelegenheiten im Jahr 1936 im weitesten Sinne zu finden sind, werden hierbei einbezogen. Dabei kann es sich um Akten handeln, die im Jahr 1936 aber auch in den Jahrgängen davor oder danach abgelegt werden.³ Wegen der großen Anzahl an Akten des Jahres 1936, die sich auf Erbgesundheitsangelegenheiten beziehen, sind die Akten Grundlage zweier Dissertationen. Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den betroffenen Frauen.⁴ Die Aufteilung anhand der Geschlechter bietet sich an, da die Akten nach Geschlecht getrennt verwaltet sind.

Ich bearbeite – besonders für die Erfassung der Durchführung des GVeN - alle Akten, in denen auf das GVeN Bezug genommen wird. Nur ein Bruchteil von ihnen enthält ein **Gutachten** zum GVeN. Alle Akten, in denen kein Gutachten enthalten ist, werte ich qualitativ aus. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen allerdings die Krankenakten, die ein solches Gutachten enthalten. Diese Gutachten sind fast ausnahmslos als Durchschrift in den Akten abgelegt. Die maschinengeschriebenen DIN A 4 Seiten der Gutachten sind nicht handschriftlich unterschrieben, enthalten aber bis auf wenige Ausnahmen am Schluss in getippter Form, die Namen des Begutachtenden sowie des mitunterzeichnenden Chef-/ Oberarztes. Die Länge der Gutachten ist variabel.

Außerdem sind in manchen Akten sogenannte „**Formblattgutachten**“ enthalten. Hier füllt der begutachtende Arzt ein 4-seitiges Formular⁵ aus, in dem neben dem Namen der betroffenen Person unter anderem die Diagnose, der körperliche Befund, die Familienanamnese und die Frage der Erblichkeit dokumentiert ist.

³ Hier ist eine Abgrenzung zu den Arbeiten der übrigen Jahrgänge innerhalb des Projektes nötig, da ich durch die elektronische Erfassung der Akten all jene bearbeiten kann, die etwas mit der Durchführung des GVeN im Jahr 1936 zu tun hat, selbst wenn die Krankenakte beispielsweise wegen eines weiteren stationären Aufenthaltes der Patientin in der Nervenlinik z. B. im Jahr 1947 abgehängt ist oder die Patientin bereits früher stationär war und später Anfragen bezüglich des GVeN kamen. Die Dissertationen über die anderen Jahrgänge erfassen jeweils nur Gutachten, die innerhalb des Jahrganges eingeordnet sind.

⁴ Kießling (2005) schreibt über die männlichen Betroffenen des Jahres 1936

⁵ Siehe hierzu das im Anhang abgedruckte Beispiel UAT 669 / 6858

Die Akten enthalten des weiteren Krankenblätter, Pflegedokumentationen, auch Gutachten in anderer Sache (z.B. zu Ehescheidungen, Gutachten zu Rentenansprüchen, Gewaltdelikten), persönliche Briefe von und an die Kranken, von den PatientInnen angefertigte Zeichnungen und Gedichte, Durchschriften der Briefe, die die Nervenlinik schreibt oder auch Anforderungsschreiben anderer Kliniken, Gesundheitsämter, Erbgesundheitsgerichte für die Akten.

Zur Überprüfung der Vollständigkeit der Akten ziehe ich das Aufnahmen- wie auch das Diagnosebuch heran. Zur qualitativen Analyse eignen sich die dort festgehaltenen Informationen jedoch nicht. Das **Aufnahmebuch** des Jahres 1936 befindet sich im Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik. In diesem sind alle stationär aufgenommenen Patienten und Patientinnen des Jahrganges verzeichnet. Die mehr als 2000 Einträge für das Jahr 1936 geben tabellarisch Auskunft über Name, Wohnort, Alter, Religion, Stand und Wohnort der Eltern, Anzahl der Verpflegungstage, Ersatz für Verpflegung und Verbandstoffe der PatientInnen.

Das **Diagnosebuch** ist vom 22.3. 1934 bis zum 7.7.1941 nach Männern und Frauen getrennt geführt worden. Es wird neben dem Alter, Heimat, Stand, Datum der Aufnahme und Datum und Ort der Entlassung die Diagnose vermerkt. Für das Jahr 1936 sind 1043 Frauen verzeichnet.

Neben der stationären Behandlung, gibt es an der Universitäts- Nervenlinik Tübingen im Jahr 1936 auch die Möglichkeit der ambulanten Versorgung. Dies lässt sich heute durch die **Akten der Poliklinik** nachvollziehen. Diese Poliklinikakten⁶ sind als lose Blattsammlung erhalten. Pro PatientIn wird ein Vordruck mit Name, Geburtsdatum usw. ausgefüllt und auf diesem Blatt auch die ärztliche Behandlung und Anamnese vermerkt, sowie die Daten der Vorstellungen. Diesen Blättern beigeordnet sind unter anderem Arztbriefe und Befunde. In einigen Poliklinikakten finden sich Anzeigen, in denen die ÄrztInnen der Poliklinik PatientInnen wegen einer unter das GVeN fallenden Erkrankung anzeigen. Außerdem gibt es bei zwei Patientinnen Gutachten: eines zum EGG – Verfahren⁷ und eines zur Berentung.

⁶ UAT 648/275-277

⁷ In die quantitative Analyse nehme ich dieses Gutachten nicht auf, da einige Fragen davon ohne Akte nicht zu beantworten sind, dagegen geht es in die qualitative Untersuchung ein.

Im Universitätsarchiv Tübingen befinden sich auch die **Operationsbücher der Frauenklinik**. Da dort Patientinnen der Universitäts- Nervenlinik Tübingen sterilisiert werden, habe ich diese Quellen in meine Untersuchung miteinbezogen. Die Operationen aus dem Jahr 1936 sind in dem Buch⁸ dokumentiert, das alle Operationen im Zeitraum vom 1.1.34 bis 31.5.40 umfasst. Im Operationsbuch sind tabellarisch das Datum der Operation, der Name der Patientin, die Diagnose und die durchgeführte Operation aufgeführt. Aus dem Jahr 1936 sind keine **Akten der Frauenklinik** erhalten, da im Zuge des Umzuges der Akten aus der Frauenklinik in das Universitätsarchiv Tübingen nur jedes fünfte Jahr an Krankenakten der Frauenklinik erhalten wurde. Dies sind stellvertretend für die Zeit der Anwendung des GVeN die Jahre 1935 und 1940.⁹

Im Universitätsarchiv Tübingen lagern auch die **Korrespondenzen der Verwaltung**¹⁰, aus denen die Korrespondenz über das GVeN isoliert ist. Hierunter sind beispielsweise Erlasse des Reichsinnenministeriums, Korrespondenzbriefe zwischen der Universitätsverwaltung und der Frauenklinik, Berichte über die Todesfälle bei der Sterilisation aus dem Jahre 1934 und ähnliches erhalten, welche ich qualitativ auswerte.

Im Archiv der Universitätspsychiatrie Tübingen befindet sich ein **Buch**, das den Titel „**Sterilisierungen**“ trägt. Dieses Buch enthält eine Tabelle mit Einträgen in vordruckte Spalten. Neben einer laufenden Durchnummerierung werden Angaben zu Name, Vorname, Wohnort und Oberamt, Geburtsdatum, Aufnahme und Entlassung, familiäre Belastung, Menstruation, Präklimax, Menopause verlangt. Die weiteren Spalten enthalten Informationen über das Datum der Anzeigerstattung, das der Antragsstellung, und der Ausführung der Sterilisation, sowie die Diagnose und eine Spalte für Bemerkungen. Es wird in der bisherigen Forschung über die Psychiatrie unter dem GVeN in Tübingen nicht erwähnt, bietet jedoch einen interessanten Einblick in die Funktionspraxis des damaligen Klinikbetriebs bezüglich der hier untersuchten Problematik. Aus diesem Grunde widme ich dem Buch über die Sterilisierungen ein einzelnes Kapitel.

⁸ UAT 317/ Operationsbuch 1934-1940

⁹ Für meine Arbeit ist dies sehr zu bedauern, da somit der Aufenthalt der sterilisierten Frauen in der Frauenklinik nicht dokumentiert ist.

¹⁰ UAT 335 / 13 und 335 /73

2.2 Die Auswertung

Mein methodisches Vorgehen unterteilt sich in zwei Untersuchungsebenen. Neben der quantitativen Auswertung der Gutachten zum GVeN und den dazugehörigen Krankenakten, werte ich alle Akten zum Erbgesundheitsverfahren qualitativ aus.

Die im vorherigen Kapitel beschriebenen zusätzlichen Quellen (das Operationsbuch der Frauenklinik aus dem Jahre 1936, die Verwaltungsakten der Frauenklinik zum GVeN und das „Buch über Sterilisierungen“) ziehe ich zur Überprüfung und zum Ausbau der in den Akten enthaltenen Informationen hinzu.

2.2.1 Quantitative Auswertung

Zur quantitativen Auswertung benutze ich den im Anhang abgedruckten Fragebogen. Darin erfasse ich zum einen statistische Daten zur Beschreibung der **Population** der begutachteten Personen, welche handschriftlich auf den Aktendeckeln unter den jeweiligen vorgedruckten Stichworten eingetragen sind. Darunter fallen das Alter, der Familienstand (ledig, verlobt, verheiratet, verwitwet) und der Beruf der Begutachteten. Zur Quantifizierung des **Aufenthalts in der Klinik** werden Aufenthaltsdauer und Art der Aufnahme erfasst. Die Art der Aufnahme gliedert sich in die auf dem Aktendeckel vorgegebenen Varianten: „freiwillig“, „durch Angehörige veranlasst“, „oberamtlich zur Beobachtung eingewiesen durch das Erbgesundheitsgericht“ oder „in Rentenangelegenheit“.

Zum anderen werden die Texte der **Gutachten** quantitativ nach formalen Aspekten (Gutachtenlänge, GutachtenerstellerIn, Monat der Erstellung), der Erwähnung psychischer Auffälligkeiten in der Familie, Einbeziehung nicht-medizinischer Amtspersonen, Diagnose und Nachkommen der Begutachteten ausgewertet.

Bei einem Großteil der Fragen orientiere ich mich an den bereits veröffentlichten Dissertationen zu den anderen Jahrgängen der Sterilisationspolitik und Begutachtung an der Universitäts- Nervenklinik Tübingen. Einzelne Fragen lasse ich allerdings aus, da sie zum einen nicht eindeutig in der ja / nein Struktur des Fragebogens anhand der Gutachtextexte zu beantworten sind, und zum anderen keine aufschlussreichen Ergebnisse ergeben. Ein Beispiel hierfür ist die „Anzeigendiagnose“, die sich aus dem Aktenmaterial

zwar erahnen, aber nicht klar beantworten lässt, da im überwiegenden Teil der Akten keine Anzeigen vorhanden sind und in den Gutachten nur in Ausnahmefällen über die Anzeigendiagnose berichtet wird.¹¹

2.2.2 Qualitative Auswertung

Für die qualitative Auswertung nehme ich die einzelnen Akten als Ganzes in den Blick und gehe auf die Besonderheiten des jeweiligen Falles ein. Die Informationen ergeben sich somit aus der Gesamtheit, wozu Krankenblatt, Intelligenzprüfungsbogen, Aktendeckel, Liquorbefund, handgeschriebene Lebensläufe, Arztbriefe, Anzeigen, Anträge, Photos der Begutachteten, persönliche Briefe, etc. gehören. Aus diesen Informationsquellen lässt sich etwas über die Bandbreite und Vielschichtigkeit des Klinikalltags, der Durchführung des Erbgesundheitsverfahrens und der Begutachtungspraxis sagen, denn ich konzentriere mich hierbei nicht allein auf die Begutachtung, sondern nehme auch Material auf, das mit dem GVeN primär nichts zu tun hat. Erst im Anschluss an diese Vorarbeiten, widme ich mich den Gutachten selbst. Die qualitative Analyse erfolgt nach dem Kondensierungsverfahren. Ausgewählte Textpassagen werden dabei wiederholt nach für die Gesamtfragestellung Relevantem durchsucht, was zu einer Gruppe an Themenbereichen führt, die an entsprechenden Stellen dieser Arbeit in die Ausführungen integriert werden. Zu diesen Themenbereichen gehören unter anderem die Kapitel 7.1 bis 7.5, die sich mit den Aussagen über den Alltag der Durchführung des GVeN beschäftigen und dabei über die Frage der Begutachtung hinausgehen.

¹¹ Es lässt sich in diesen Fällen nur über die durchgeführten Untersuchungen auf die Verdachts- und damit wahrscheinliche Anzeigendiagnose rückschließen.

3 Die Psychiatrie im Jahr 1936

3.1 Die Psychiatrie in Deutschland, ihre Einrichtungen und Patienten

Um die Situation der Psychiatrie in den 1930-er Jahren verstehen zu können, ist ein kurzer historischer Abriss hilfreich.

Bis zur Industrialisierung leben die Menschen in „großfamiliären Kooperations-Haushalten“¹² in denen auch die leistungsschwächeren Mitglieder, und so die psychiatrisch Kranken, durch entsprechende Tätigkeiten eingebunden sind; sie werden durch die leistungsstärkeren Mitglieder versorgt. Um 1800 ändert sich dies sehr stark durch die Industrialisierung, die zur Trennung von Arbeit, bürgerlicher Familie und den sozialen Institutionen führt.¹³ Hieraus entstehen unter anderem die Psychiatrischen Kliniken, die hauptsächlich Aufbewahrungsort für chronisch psychisch Kranke¹⁴ sind. Sie sehen ihren Auftrag zunächst als „pädagogische Aufgabe“, was sich Mitte des 19. Jahrhunderts dahingehend ändert, dass Geisteskrankheiten als „Gehirnkrankheiten“ erfasst und dadurch zur Medizin gerechnet werden. Ende des 19. Jahrhunderts werden die Erblichkeitsgesetze wiederentdeckt, was die Öffnung hin zur Prävention in Form der Geschlechtertrennung und Sterilisation bewirkt,¹⁵ gleichzeitig wird die psychogene Krankheitsentwicklung beforscht.

In den 1930-er Jahren kommt es in der Psychiatrie zu Durchbrüchen in der Diagnostik und Therapie. Es ergeben sich viele therapeutische Neuerungen, die über die zuvor einzigen Therapieformen (Beruhigung mit Alkohol oder Opium) hinausgehen und sich zu differenzierteren Therapien entwickeln. Auch die Psychopathologie und die apparative Diagnostik entwickeln sich in diesen Jahren rasch, so werden beispielsweise Röntgen- und Elektroencephalographien eingeführt, sowie differenzierte Liquoruntersuchungen und Arteriographien, was die differentialdiagnostischen Möglichkeiten erheblich verbessert.¹⁶ Die ersten Publikationen über die Insulinschocktherapie für Schizo-

¹² Dörner (1993) S.60

¹³ Ebenda S. 61, es werden Altersheime, Arbeitshäuser, Gefängnisse, Einrichtungen für psychiatrisch Kranke flächendeckend eingeführt, die oft fern der ehemaligen Ursprungsfamilie sind.

¹⁴ Erst in den 1960er Jahren (Psychiatrieenquête) werden starke Bemühungen unternommen (auch durch die neuen pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht), chronisch psychiatrisch Kranke mehr und mehr außerhalb der Kliniken zu versorgen.

¹⁵ Dörner (1993) S.63

¹⁶ Leonhardt (1996) S. 82 und 129

phrene aus dem Jahre 1935 lässt euphorische Stimmung aufkommen und verbindet sich mit der Hoffnung auf Behandlung der bis dahin unbehandelbar erscheinenden Schizophrenie. Ungefähr zeitgleich entwickelt sich die Elektro-Krampf-Therapie (EKT).¹⁷

In der Psychiatrie herrschen zu Beginn des 20. Jahrhunderts verschiedene Strömungen, was die Vorstellungen über die Ursachen der Geisteserkrankungen angeht. Neben der Idee, dass verschiedene Erkrankungen auf die „Erbmasse“ des Individuums zurückzuführen ist, gibt es auch Strömungen innerhalb der Psychiatrie, die psychogene Faktoren bei der Entstehung von Geisteskrankheiten betonen.¹⁸ Letztere verstärken sich im Zusammenhang mit dem 1. Weltkrieg durch die Beobachtung von Kriegsveteranen und deren Entwicklung von Psychosen. Diese zuvor offensichtlich gesunden Menschen, die durch die schrecklichen Erlebnisse, die sie während des Krieges hatten, schwere psychiatrische Erkrankungen aufwiesen, ließen den Zusammenhang von Lebenserfahrung und psychiatrischer Erkrankung erkennen (Kriegspsychose).

Bei Einführung der Sterilisationen nach dem GVeN ergibt sich eine breite Unterstützung und Mitarbeit der psychiatrischen Kliniken an der Sterilisationspraxis und dem GVeN.¹⁹ Diese weitgehend positive Aufnahme der Sterilisationspraxis erklärt sich zum Teil auch auf dem Hintergrund der eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten durch die Idee der „Prävention“. Andererseits ergibt sich durch das GVeN die Situation, dass es in den Kliniken durch ansteigende PatientInnenzahlen zur Überfüllung kommt,²⁰ da seit 1933 die psychiatrischen Anstalten und seit 1935 auch die Universitätskliniken die Auflage haben, dass „Erbkranke“ nur nach einer Sterilisation entlassen werden dürfen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Psychiatrie sich in den 30ern - dank neuer Möglichkeiten in Diagnostik und Behandlung - im Aufbruch befindet. Dadurch, aber auch durch die Einführung und Einbindung in „Erbgesundheitsverfahren“ ergeben sich große Veränderungen im Alltag der psychiatrischen Kliniken.

¹⁷ Ebenda S. 82

¹⁸ Siehe hierzu Kapitel 3.2.1

¹⁹ Dörner (1993) S. 62 spricht von „revolutionärer Begeisterung“

²⁰ Bock (1986) S.260

3.2 Die Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskrankheiten Tübingen – lokale Faktoren

Die Universität Tübingen ist bereits gegen Ende 1933 „ein gleichgeschaltetes Element des neuen Deutschland. Sie demonstriert - zumindest in ihren öffentlichen Bekundungen - völliges Einverständnis mit der Politik und den Zielen des Nationalsozialismus.“²¹ Dies gilt auch für die 1894 gegründete Universitäts- Nervenklinik,²² die Teil der oben allgemein beschriebenen Veränderungen der Psychiatrie ist.

In der Anwendung der neuen Behandlungsformen engagiert sich die Nervenklinik. So wird die Insulinschocktherapie zur Behandlung von Schizophrenen seit Ende des Jahres 1936 vom Oberarzt Ederle²³ in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen als eine der ersten Kliniken in Deutschland durchgeführt und beforscht.²⁴ Eine gesonderte Dissertation über die Behandlungsmethoden und vor allem die Insulinschocktherapie ist derzeit in Bearbeitung.²⁵ Die Psychiatrie in Tübingen forscht in den 1920-er Jahren an den psychogenen Faktoren der Krankheitsentstehung und im Zusammenhang mit der Entwicklung der Psychoanalyse entsteht die sogenannte „Tübinger Schule“. In den dreißiger Jahren wird an der Nervenklinik wie am „Rassebiologischen Institut“ intensiv zum Thema Vererbung geforscht.²⁶ Zur Ausführung des GVeN liegen zwei Dissertationen der Zeit vor – die von Werner Bauer (1936) über die 1934 sterilisierten PatientInnen sowie die Arbeit von Cornelia Ritter (1942 ?) über den Jahrgang 1935. Spricht Bauer in seiner Arbeit viele Probleme der Durchführung des GVeN für GutachterIn und PatientIn an und erscheint - aus heutiger Sicht - differenziert im Denken und Darstellen, ist die Arbeit von Ritter stark nationalsozialistisch geprägt und von Propaganda durchsetzt.

Steigende Aufnahmezahlen und Überfüllungen sind auch in der Tübinger Nervenklinik zu verzeichnen, unter anderem auch deshalb, weil – wie oben erwähnt - ab 1935 die Entlassung der stationären PatientInnen nur nach der Durchführung der Sterili-

²¹ Adam (1977), S. 200

²² Pilavas (1994) S. 8.

²³ Leonhardt (1996) S.82

²⁴ Gauger (1939) S. 5

²⁵ Lucie Braun, Sektion für Forensische Psychotherapie und Psychiatrie, Leiter Prof. Klaus Foerster

²⁶ Ernst (1938), Gläser (193?), Hagspiel (1939), Raether (1937), Ritter (1937), Schrittenlocher (1936), Hassberg (1940), Klein (1937) aus der Universitätsklinik, Lübben (1941), Mayer (1939)

sation zulässig ist.²⁷ Im Bezug auf die Begutachtung ist festzuhalten, dass die PatientInnen, sofern sie zur Begutachtung aufgenommen werden, immer nach der Begutachtung entlassen und zur Sterilisation selbst noch einmal geladen werden. Sie fallen somit scheinbar nicht unter diese Regelung.

Mit der Versorgung der Patientengruppe der chronisch Kranken hat die Universitäts- Nervenlinik Tübingen selbst nicht viel zu tun, da diese in der Regel an periphere Häuser verlegt werden, so beispielsweise in die staatliche Heilanstalt Zwiefalten.²⁸ Dies wird im Bezug auf die „Euthanasie“- Tötungen zu Beginn der vierziger Jahre besonders aktuell, da nach Leonhardt die Tübinger Nervenlinik vermutlich keine Kranken durch Aushungerung oder Medikamentenüberdosis umbringt, dagegen Verlegungen von „vorwiegend schizophrenen Patienten und solchen mit organischen Hirnerkrankungen“ nach Zwiefalten durchführt, von wo Transporte nach Grafeneck zur Tötung dieser Kranken organisiert werden.²⁹

3.2.1 Die „Tübinger Schule“

Die „Tübinger Schule“ verändert die Psychiatrie ab den 1920er Jahren stark. Ihre Ideen revolutionieren die Psychiatrie und verbinden sich stark mit den Namen ihrer Vertreter **Gaupp** und **Kretschmer**. Das Neue an ihrer Krankheitsbetrachtung ist, dass sie ein „Kontinuum zwischen gesund und krank“³⁰ sehen. Dies bedeutet z. B. im Bezug auf die Schizophrenie ein Kontinuum zwischen schizophrenen und nicht schizophrenen Zuständen, was die Folgerung nach sich zieht, dass Übergangsfelder bestehen, in denen Zwischenformen zwischen schizophrenen und nicht schizophrenen Geisteszuständen zu beobachten sind.³¹

Durch diese Sicht rückt der Kranke dem Gesunden näher und umgekehrt damit auch der Gesunde dem Kranken. Psychische Krankheit wird nicht mehr als etwas Fernes und Unbekanntes betrachtet, sondern rückt an die psychisch unauffällige Person heran. Die Möglichkeit des Verstehens einer psychotischen Entwicklung wird propagiert. Auch der Arzt und der Patient rücken durch diese Kontinuitätstheorie aufeinander zu. Daraus

²⁷ Siehe hierzu Leonhardt (1996) S. 85, zitiert Erlass des Reichsinnenministeriums vom 12.3.1935 (Reichsgesundheitsblatt 10 (1935), S. 355).

²⁸ Schönhagen (1991) S.330

²⁹ Leonhardt (Publikation in Vorbereitung)“Euthanasie“ an der Universitätsklinik? S. 20

³⁰ Leonhardt / Buchkremer (Publikation in Vorbereitung) Die mehrdimensionale Sicht S.1

³¹ Siehe hierzu Leonhardt/ Foerster (1999) S.130

entsteht eine dialektische Angelegenheit, die zwischen Empathie und Abgrenzung schwankt.³² Es werden psychogene Ableitungen vorgenommen, reaktive Momente beachtet und untersucht. Kretschmers Lehre von den Konstitutionstypen ist als Zugang zu sehen, die präorbiden Personen zu erkennen, aber auch den Gesunden dem Kranken näher zu bringen, die Übergänge in die Psychose zu untersuchen.

Gleichzeitig mischt sich auch in die Tübinger Schule die Sichtweise, dass alles - auch der Charakter oder jede Form der Erkrankung - genetisch mit-determiniert sei. Daraus ergibt sich die Auseinandersetzung damit, ob eine Erkrankung stärker genetisch determiniert oder als stärker reaktiv bedingt angesehen werden muss. Es folgt im Umkehrschluss, dass nach der Tübinger Schule ein reaktives Moment nicht gegen eine genetische Veranlagung spricht. Vielmehr spielen beide Aspekte, zu denen noch der dritte Aspekt des Charakters hinzu kommt, eine Rolle. Beispielsweise schreibt Leonhardt bezüglich der damaligen Sicht der Entstehung von Psychosen: „Gaupp postulierte für die Wahnentstehung eine Faktorentrias von Anlage, Charakter und Erlebnis“.³³ Diese Art der „mehrdimensionalen“ Diagnostik³⁴, wie sie in Kretschmers Terminologie heißt, ist typisch für die „sogenannte Tübinger psychiatrischen Schule“³⁵.

Was heute ein selbstverständlicher Teil in der Lehre der Krankheitsentwicklung hat, ist damals neu: die **dreidimensionale Diagnostik**, das Betrachten der Persönlichkeit mit ihren Charaktereigenschaften, der genetischen Vulnerabilität und den psychogen, reaktiven Erlebnissen. Diese Denkweise der Tübinger Schule stand der Idee und Durchführung des GVeN nicht im Wege, denn auch sie geht von genetischen Komponenten aus und von der Unheilbarkeit in einigen Fällen, da zwar die psychogene Entstehung vermeidbar, aber die genetische Determinante und der Charakter nicht veränderbar seien. „Das Biologische ist der deus ex machina, der die Sterilisation begründet.“³⁶

³² Diese Denkweise steht in Kontrast mit der Heidelberger Schule, die Psychosen als mit normalpsychologischen Methoden nicht erfassbar begreift und unter anderem damit diagnostiziert.

³³ Leonhardt (1999) S. 129

³⁴ Leonhardt / Buchkremer (Publikation in Vorbereitung) Die mehrdimensionale Diagnostik S. 11

³⁵ Leonhardt (1999) S.129

³⁶ Ebenda S. 131 über die Begründung Gaupps, warum Wagner hätte sterilisiert werden sollen

3.2.2 Robert Gaupp – Der Leiter der Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskrankheiten Tübingen bis 1936

Robert Gaupp (1870-1953) habilitiert sich 1900 bei Emil Kraepelin in Heidelberg und ist von 1906 bis 1936 Leiter der Tübinger Universitäts- Nervenklinik.³⁷ Weitreichende Bekanntheit erlangt er vor allem durch seine Forschung über Wahn und Paranoia – insbesondere am „Fall Wagner“ - und durch die Entwicklung/Gründung der Tübinger Psychiater-Schule, die während der Zeit seiner Leitung der Nervenklinik immer mehr Bekanntheit erlangt. Im Jahr 1930 gründet er in Tübingen Deutschlands erste Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die über Gaupp verfasste Dissertation von C. Leins (1991) beleuchtet sein Leben und Werk ausführlich und diskutiert unter anderem sein Mitwirken an der Rassenhygiene und sein Verhältnis zum GVeN.³⁸ „Robert Gaupp war kein Nationalsozialist und kein Rassenfanatiker“³⁹, hat aber beispielsweise mit seinem Vortrag über die „Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger“⁴⁰ auf der Jahrestagung des deutschen Vereins für Psychiatrie bereits in der Weimarer Republik zur Wegbereitung des GVeN beigetragen. Nach Verabschiedung des GVeN tritt er gegen ein radikales Vorgehen bei allen im Gesetz genannten Gruppen von „Erbkranken“ ein⁴¹, doch bei schweren Formen erblichen Schwachsinn und der „moral insanity“, sowie schwerem Alkoholismus hält er staatliche Zwangsmaßnahmen für angebracht. „Dagegen wandte er sich entschieden gegen ein gesetzliches Vorgehen bei den endogenen Psychosen, den Epilepsien und den Psychopathien und wies auch wiederholt auf die großen Lücken im gesicherten Wissen der Erbforscher hin.“⁴²

Allerdings hält er mit Billigung Hoffmanns 1936 beispielsweise weiterhin seine gewohnte Vorlesung, „über ‚Probleme der Entartung von Mensch und Volk‘, die nationalsozialistischen Vorstellungen entgegenkam.“⁴³ Auch ist er schon 1924 mit Hoffmann im Ausschuss der „Tübinger Gesellschaft für Rassenhygiene“.⁴⁴

Interessant ist die Aussage von Leins über Gaupps Verhältnis zur Gutachtentätigkeit der Nervenklinik: „In seinem Abschiedsvortrag 1936 in Tübingen gestand er

³⁷ Leins (1991) S. 31 f

³⁸ Ebenda Kapitel 5 bis 7

³⁹ Ebenda S.193

⁴⁰ Ebenda S. 206 zitiert Gaupp (1925) später veröffentlicht in Berlin, Springer Verlag

⁴¹ Ebenda S. 245

⁴² Ebenda

⁴³ Leonhardt (1996) S. 81

⁴⁴ Ebenda S. 57

später ein, dass ihn sein Amt schwer belastet habe, seit er tagtäglich als Gutachter mit Sicherheit entscheiden sollte, ob Menschen an einer erblichen Krankheit litten oder nicht.“⁴⁵

3.2.3 Hermann Hoffmann – Der Leiter der Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskrankheiten Tübingen von 1936 bis 1944

Über Hermann F. Hoffmann (1891 – 1944) liegt eine ausführliche Darstellung seines Lebens und Werks in Form einer Dissertation von M. Leonhardt (1996) vor. Darin wird auch sein Wirken als Direktor der Nervenklinik beschrieben. Hermann Hoffmann schreibt 1919 über die „Nachkommenschaft endogener Psychosen“⁴⁶, und untersucht dabei unter dem Einfluss Rüdins - als erster - systematisch die Nachkommenschaft dieser Patientengruppe nach den Mendel'schen Regeln.⁴⁷ Er habilitiert sich 1923 mit „Vererbung und Seelenleben“⁴⁸ und tritt im April 1936 die Nachfolge von Gaupp an der Universitäts- Nervenklinik Tübingen an, deren Leiter er bis zu seinem Tod im Jahre 1944 bleibt.

Hoffmann folgt aus Gießen dem Ruf der Universität nach Tübingen. Als überzeugter Nationalsozialist macht er an der Universität rasch Karriere, wird bereits 1937 Rektor der gesamten Universität: „der Rektoratswechsel von Focke zu Hermann Hoffmann am 1. November 1937 verlief reibungslos. [...] Er bemühte sich, den kameradschaftlichen Ton des Feldlagerns in die Universität einzuführen, und setzte die Leitung der Hochschule mit der Führung eines militärischen Kampfverbandes gleich.“⁴⁹ und geht als „Rektor in SA- Uniform“⁵⁰ in die Geschichte ein. Die Leitung der Klinik überlässt er weitgehend seinen Oberärzten Ernst und Ederle.⁵¹

Hoffman steht dem GVeN sehr positiv gegenüber und ist - als Schüler Rüdins, einem der Verfasser des Gesetzeskommentars - mit den Ideen des GVeN bestens vertraut. Er gehört zu „den theoretischen Wegbereitern des rassenhygienischen Denkens und der Sterilisationsideologie in Deutschland“⁵². Zusammen mit Gaupp ist er bereits

⁴⁵ Ebenda

⁴⁶ Leonhardt(1996) S. 135

⁴⁷ Ebenda S. 135

⁴⁸ Ebenda S.19

⁴⁹ Adam (1977) S. 201

⁵⁰ Leonhardt(1996) S.121

⁵¹ Ebenda S.81; dies ist auch in den Gutachten erkennbar

⁵² Ebenda S. 85

1924 im Ausschuss der „Tübinger Gesellschaft für Rassenhygiene“ und wird 1927 zweiter Vorsitzender.⁵³ „Hoffmann zweifle nicht am prinzipiellen Recht des Staates“, so fährt Leonhardt fort, „in den Bereich der Fortpflanzung einzugreifen“. In seinen Veröffentlichungen berührt Hoffmann regelmäßig auch Fragen betreffend des GVeN.⁵⁴ Bereits 1933 fordert er dessen Ausweitung zur „Ausmerze der Asozialen und Antisozialen“.⁵⁵ Im Bezug auf die Sterilisation manisch-depressiver PatientInnen bekundet er eine ähnlich ablehnende Einstellung wie sein Vorgänger im Amt des Klinikdirektors⁵⁶ und mahnt bereits 1933 zur Vorsicht bei deren Beurteilung.⁵⁷ Die Sterilisierung Schwachsinniger sowie „geborener Verbrecher“⁵⁸ liegen ihm laut einer bei Leonhardt publizierten Tagebuchaufzeichnung von 1940 am Herzen.

Seine frühere Produktivität, die Werke allem voran zur Genealogie⁵⁹ und Neurosenlehre beinhaltet, hat zu Zeiten seiner Klinikdirektion nachgelassen. Er befasst sich in den wenigen Veröffentlichungen von 1936 bis 1944 überwiegend mit philosophischen und weltanschaulichen Fragen⁶⁰, zum GVeN selbst publiziert er nicht.

Im Gegensatz zu Gaupp scheint Hoffmann Freude an der Begutachtung zu finden und bietet zu dieser auch Seminare an.⁶¹ Leonhardt schreibt hierzu „Mit zunehmender klinischer Erfahrung beschäftigte sich Hoffmann auch mit Begutachtungsfragen. Er berichtet, die Tätigkeit habe ihm viel ‚Freude‘ bereitet, er habe dabei viel gelernt; nicht nur in fachlicher Beziehung sondern auch in der allgemeinen Lebenserfahrung.“⁶²

⁵³ Ebenda (1996) S. 57

⁵⁴ Er forscht vor allem zur Genealogie aber auch zur Neurosenentstehung. Heute ist sein wissenschaftliches Werk weitgehend vergessen. Leonhardt (1996) S. 11

⁵⁵ F. Hoffmann, Psychopathie und Eheberatung 1995, zitiert nach Leonhardt (1996) S. 62

⁵⁶ Leonhardt (1996) S. 136

⁵⁷ Hoffmann (1933) S. 164

⁵⁸ Leonhardt (1996) S. 85 zitiert nach (Hoffmann das Meine (1941), S. 99f (UAT 550/28))

⁵⁹ Ebenda S. 10

⁶⁰ Ebenda S. 83

⁶¹ Ebenda S. 84

⁶² Ebenda S. 60

4 Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GVeN)

4.1 Das Gesetz und sein Inhalt

Die Sterilisation als Maßnahme der Familienplanung ist in der Weimarer Republik verboten und nur aus medizinischer Indikation erlaubt. Nach 1933 wird eine Unterscheidung zwischen „Erbkranken“ und „Erbgesunden“ gemacht, erstere werden zwangsweise sterilisiert, letzteren ist die Sterilisation als Methode der Schwangerschaftsverhütung weiterhin verboten. Ein Gesetz zur Sterilisierung „eugenisch Minderwertiger“ ist bereits 1928 als so genannter „Referentenentwurf“ im Reichstag vorhanden, scheitert aber an den Mehrheitsverhältnissen. Nach Hitlers Machtübernahme wird das GVeN als eines der ersten Gesetze der Nationalsozialisten am 1.7.1933 verabschiedet und tritt zum 1.3.1934 in Kraft. Der Wortlaut des Gesetzes ist wie folgt⁶³:

„Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

- (1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.*
- (2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:*
- 1. angeborenem Schwachsinn,*
 - 2. Schizophrenie,*
 - 3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,*
 - 4. erblicher Fallsucht,*
 - 5. erblichem Veitstanz (Huntington'sche Chorea),*
 - 6. erblicher Blindheit,*
 - 7. erblicher Taubheit,*
 - 8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.*
- (3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.“*

⁶³ Dokumentarchiv, www.dokumentarchiv.de. Die §2 bis § 18 sind im Anhang abgedruckt

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (kurz GVeN) beinhaltet die rechtliche Regelung der Sterilisation von Männern und Frauen durch chirurgische Operation. Es erlaubt die Sterilisation bestimmter Personengruppen (§ 1), wenn dies durch ein Erbgesundheitsgericht beschlossen wird. Den Antrag auf Sterilisation kann der/ die Betroffene selbst (§ 2) oder deren/ dessen gesetzlicher Vertreter stellen. Außerdem sind Amtsärzte und Anstaltsleiter zum Antrag berechtigt und verpflichtet (§ 3). § 4 bis § 6 regeln die Durchführung des Verfahrens bis zum Beschluss der Sterilisation, nach § 7 ist der Arzt zur Erleichterung der Ermittlungen von seiner Schweigepflicht sowohl als Zeuge als auch als Sachverständiger entbunden.

Die Möglichkeit der Zwangsmaßnahmen durch Polizeigewalt zum Vollzug der Sterilisation regelt §12. „Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.“ Die Kostenübernahme (§13) ist durch die Staatskasse gegeben.

Die freiwillige Sterilisation (§14) von Personen, die nicht unter die in §1 genannten Gruppen fallen, ist nach dem GVeN verboten. Der §15 schließlich bestimmt die Schweigepflicht aller ins Verfahren oder in die Durchführung der Sterilisation eingebundenen Personen.⁶⁴

Die Verordnungen zum Gesetz enthalten genauere Angaben zur Durchführung des Verfahrens.⁶⁵

4.2 Zur Definition der unter das GVeN fallenden Erkrankungen

Zum besseren Verständnis der Ausführungen über die Diagnostik der unter das GVeN fallenden Erkrankungen, wird in diesem Kapitel erläutert, was unter den unter das GVeN fallenden Erkrankungen zu der Zeit, in der die Gutachten erstellt werden, verstanden wird. Beschrieben werden dabei die Grundlagen des Krankheitsverständnisses der jeweiligen Erkrankung, sowie die möglichen Wege in der Diagnosestellung, wie sie sich für die GutachterInnen jener Zeit darstellen.

⁶⁴ UAT 335 / 73 Brief der Frauenklinik vom 4.8.34 in dem erläutert wird, dass dem Versorgungsamt die Krankenblätter nicht mehr überlassen werden können, da in diesem Fall § 15 des GVeN gebrochen werde.

⁶⁵ Siehe hierzu Kapitel 5

4.2.1 Erbliche Fallsucht

Die Diagnose der erblichen Fallsucht soll – laut Gesetzeskommentar von Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) - anhand des **Anfalls** und aller anderen für Epilepsie sprechenden **Krankheitszeichen** gestellt werden. Der Gesetzeskommentar beschreibt den typisch – genuinen Anfall als einen Anfall, der mit einer Aura beginnt, dem darauffolgenden blitzartigen Zusammenbruch, Zähneknirschen, Zungenbiss. Die Krämpfe gehen von einer zunächst tonischen Form in eine klonische mit Zuckungen, Schütteln, Strampeln über. Nach 2-3 Minuten klinge der Krampf ab und der Anfall gehe in Schlaf über.⁶⁶ Allerdings gebe es laut Kommentar auch rudimentäre Anfälle, die im Schlaf auftreten, aber auch zur genuinen Epilepsie⁶⁷ gehören und auch „larvierte Epilepsieformen fallen unter das Gesetz sofern die Krankenbeobachtung als solche ausreicht, um die Diagnose sicherzustellen.“ „Mit mehr oder weniger schweren, großen oder kleineren Anfällen abwechselnd können auch epileptische Dämmerzustände vorkommen, sie können auch ohne Anfälle allein auftreten. Mit ihnen abwechselnd oder ebenfalls für sich allein vorkommend werden auch epileptische Delirien beobachtet.“⁶⁸ Wie dieser Abschnitt aus dem Gesetzeskommentar zeigt, gibt es für deren Verfasser eigentlich keine Begrenzung der Anfallsausprägung derer, die spezifisch für die erbliche Fallsucht sind und welche nicht. Alle Anfallsarten können auf das „genuin Epileptische“ hinweisen, eine Absence (Dämmerzustand) ebenso wie ein großer oder ein kleiner Anfall.

Der „epileptische **Krankheitsverlauf**“ sei durch die „fortschreitende Beeinträchtigung der Gesamtpersönlichkeit gekennzeichnet [...]. Hier handelt es sich also nicht um gesunde Personen, die nur hin und wieder unter dem Anfall zu leiden haben, sondern um ein charakteristisches Krankheitsbild, welche den Betroffenen fortschreitend mehr und mehr persönlich beeinträchtigt [...]“.⁶⁹ Diese Veränderung des Kranken im Verlauf der Erkrankung wird auch im Abschnitt über die „epileptische Persönlichkeit“ des Kommentars von Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) deutlich: „Ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist recht oft die **Persönlichkeit des Epileptikers** selbst, die man als steif, gespreizt, reizbar, pedantisch bezeichnen kann; schon in der Haltung des Kranken kommt das zum Ausdruck. Der Gedankenablauf ist umständlich, weitschweifig, egozentrisch, stereo-

⁶⁶ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 140

⁶⁷ Entspricht erblicher Fallsucht.

⁶⁸ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 141

⁶⁹ Ebenda S. 140

typ⁷⁰. Bezeichnend ist auch die Erstarrung der Gesamtpersönlichkeit, die Unbelehrbarkeit, die Verarmung des Vorstellungsschatzes. Schwere Fälle führten fast immer allmählich zur Verblödung. Die Beobachtung der Gesamtpersönlichkeit sei ausschlaggebend zur Abgrenzung der epileptischen Anfälle der Hysteriker und Psychopathen, der sogenannten Affektepilepsie. Es gibt aber schwere Epileptiker ohne erhebliche Persönlichkeitsveränderungen.⁷¹ Gemäß diesem Verständnis ist demnach die Erkrankung der Epilepsie nicht auf die Anfälle begrenzt, sondern erfasst die gesamte Persönlichkeit die durch die Krankheit beeinträchtigt wird.⁷²

Dies bedeutet, dass in der Begutachtung der Epilepsie ebenso wie auch in der Begutachtung des angeborenen Schwachsinn, ein starkes Augenmerk auf den Charakter, das Verhalten und die Persönlichkeit des Begutachteten gelegt wird. Außerdem ist die Diagnose der Epilepsie im Sinne des Gesetzes unabhängig von der Frequenz, vom Krankheitsgrad, der Krankheitsartung und vor allem auch von der Leidensgeschichte der/des PatientIn. Es ist für das GVeN unwichtig, welche Ausprägung der Epilepsie vorliegt oder ob sie die Patientin /den Patienten beeinträchtigt.

4.2.2 Schizophrenie

Die Schizophrenie ist heute wie damals eine **klinische Diagnose**. Unter dem Begriff der Schizophrenie subsumiert sich eine heterogene Gruppe unterschiedlicher Krankheitsbilder, die in ihrer Ätiologie⁷³ bis heute ungeklärt und umstritten sind. Sie werden in die Gruppe der endogenen Psychosen eingegliedert. Mit einer Prävalenz von 0.5 bis 1 %⁷⁴ ist die Schizophrenie ein häufiges Krankheitsbild, das in den Psychiatrischen Kliniken stark vertreten ist⁷⁵. Zum besseren Verständnis dieser Erkrankung gebe ich einen kurzen Überblick über die Theorie der Konzepte in der Diagnostik der Schizophrenie, wie sie für die GutachterInnen im Jahr 1936 aktuell sind, wie wir sie aber bis heute diskutieren.

⁷⁰ Siehe hierzu auch die heutigen ähnlichen Angaben zur epileptischen Persönlichkeit in Lehrbüchern wie Poeck / Hacke (2001) S. 408

⁷¹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 139

⁷² Ebenda S. 141

⁷³ Huber (1999) S.255

⁷⁴ Peters (1999) S.491

⁷⁵ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 131; „Die Schizophrenie, die wie keine andere Krankheit unsere Irrenhäuser, Heilanstalten [...] füllt“

Historisch gehen die Beschreibungen der Schizophrenie bis ins Altertum zurück. Im 19. Jahrhundert führt K. G. Neumann den Begriff der „Heilung mit Defekt“ ein, Morel prägt 1856 den Begriff der Dementia praecox, den **Kraepelin** 1896 übernimmt und erweitert⁷⁶. Letzterer fasst die endogenen Psychosen zu einer Gruppe zusammen und teilt sie wiederum als Kraepelin'sche Regel⁷⁷ in das manisch - depressive Irresein und die Dementia praecox ein, welche - so seine These - den Unterschied vor allem in der Langzeitprognose haben. Sei das manisch - depressive Irresein von völligen Remissionen geprägt, gehe die Dementia praecox allmählich in Verblödung (dementia) über. „Die Verblödung nach Dementia praecox ist durch die mehr oder weniger hochgradige Stumpfheit und Gleichgültigkeit der Kranken neben einzelnen gut erhaltenen Fähigkeiten und Kenntnissen ausgezeichnet.“⁷⁸ Diese „Verblödung“ betrifft, somit nicht die Intelligenz, sondern den Antrieb, den Kontakt und die Emotionalität,⁷⁹ während typischerweise auch die Orientierung zu Ort, Zeit und Person intakt bleibt. Diese allmähliche Veränderung bezeichnen wir heute, aber auch schon im Jahre 1936⁸⁰, als schizophrenen Defekt oder Negativsymptomatik.

1911 prägt **Bleuler** den Begriff der Schizophrenie (Spaltungsirresein) und führt eine „Hierarchie der Symptomatik“ ein, die sich in Grundsymptome und akzessorische Symptome gliedert. Folgt die Diagnostik nach Kraepelin der Verlaufsbeobachtung, gründet sich die Diagnose bei Bleuler auf das psychopathologische Zustandsbild und ist unabhängig von Ausgang und Prognose. „Diese Krankheit kann in jedem Stadium stillstehen, und manche ihrer Symptome können sich sehr weit oder ganz zurückbilden; aber wenn sie weiter schreitet, führt sie zu einer Verblödung bestimmten Charakters.“⁸¹ „Der Ausgang, die Frage ob sich ein sogenannter Defekt entwickelt oder nicht, ist für die Diagnose nicht ausschlaggebend“⁸². Die Grundsymptome sind nach Bleuler die Spaltung verschiedener psychischer Strukturen. Dazu gehört die Spaltung des Denkens, in dem „normale Ideenverbindungen an Festigkeit einbüßen.“⁸³. Die Störung der Affektivität, die beispielsweise zur Ambivalenz des Gefühlslebens führen kann, so dass „Gegensätze,

⁷⁶ Peters (1999) S. 491

⁷⁷ Huber (1999) S.165

⁷⁸ Kraepelin (1899) S.256

⁷⁹ Huber (1999) S.254, in Peters (1999) S. 490; hier steht allerdings, dass auch bei Kraepelin 13 % der Krankheitsfälle in Heilung ohne größere Defekte ausgingen.

⁸⁰ Siehe hierzu Kapitel 6.3.1.3

⁸¹ Bleuler (1930) S.279

⁸² Huber (1999) S.254

⁸³ Bleuler (1930) S. 279

die sich sonst ausschliessen [wie gleichzeitiges Lachen und Weinen] nebeneinander in der Psyche existieren.“⁸⁴ Hinzu kommt das „schizophrene Handeln“⁸⁵, das sich sehr unterschiedlich gestalten kann - ganz typisch dafür sei der Autismus. Das Wollen sei gespalten in eine Reihe gleichwertiger Handlungsmöglichkeiten, das Individuum und die reale Welt seien durch Spaltung getrennt, das Denken sei in Bruchstücke zerspalten, die Assoziationen aufgesplittert, Denken und begleitender Gefühlston passten deshalb nicht mehr zusammen und seien deshalb aufgespalten.⁸⁶

Schließlich führt **Schneider** mit seinem Hauptwerk „Klinische Psychopathologie“⁸⁷ im Jahre 1931 die bis heute am weitesten verbreitete Diagnostik ein, die sich durch die Einteilung in Symptome ersten und zweiten Ranges auszeichnet. Durch die schematisierte Auflistung der Symptome und die Operationalisierung der Diagnosekriterien findet sie großen Anklang. Schneider betont die Auflistung der Symptome und Kriterien, die zur Diagnostik der Schizophrenie führen sollen. Zu den Symptomen ersten Ranges gehören unter anderem das „Gedankenlautwerden, das Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung“.⁸⁸ Zu den Symptomen zweiten Ranges werden Symptome von geringerer Bedeutung für die Diagnose der Schizophrenie gerechnet. Darunter fallen „alle nicht zu den Symptomen ersten Ranges gehörenden Sinnestäuschungen, Wahneinfälle, Ratlosigkeit, depressive und frohe Verstimmungen, erlebte Gefühlsarmut u.a.“⁸⁹

Die Ideen der Tübinger Schule, die sich vor allem mit den reaktiv psychogenen Ursachen der Wahn- und Psychoseentstehung befasst, sind im Kapitel 3.2.1 bereits dargestellt worden. Da das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bei jeder klaren Diagnose einer Schizophrenie an der erblichen Bedingtheit nicht zweifelt, ist die Definition einer Schizophrenie aus rein psychogener Ursache nach dem GVeN nicht möglich, was aber – wie bereits erläutert – nicht im Widerspruch zur Tübinger Schule steht. Nach Gütt, Rüdin, Ruttke ist es zwar möglich, „dass schon bestehende Schizophrenien auf Erlebnisse eine besondere seelische Reaktionsart zeigen können“, aber dieser Umstand

⁸⁴ Ebenda

⁸⁵ Ebenda S.289

⁸⁶ Bleuler zitiert in Peters (1999) S. 491

⁸⁷ Peters (1999) S. 500

⁸⁸ Siehe den heutigen Diagnoseschlüssel DSM IV

⁸⁹ Ebenda

„wird auf den Spruch des Erbgesundheitsgerichts keinen Einfluss ausüben.“⁹⁰ Man dürfe nur nicht den Blick gebannt auf das angeblich krankmachende Erlebnis heften, sondern müsse die Grundpersönlichkeit untersuchen und diese erkenne man in der Regel dann „schon als schizophran“, erklären die Verfasser.⁹¹

Auch bei der Betrachtung der Schizophrenie kommt es – nach der Logik der Rassenhygiene - auf die vorhandenen Anlagen an, die sich in jedem Ausbruch dieser Psychopathologie zeigten. So erklärt Hoffmann, aber auch der offizielle Kommentar zum GVeN,⁹² dass auch bei gelungener Verdrängung der Symptome der Schizophrenie durch die damals neu aufgekommene Insulintherapie, die Sterilisation nötig sei, da die Anlage, die vererbt werde, weiterhin dieselbe sei. Auch Gaupp, der an Hand des Falles Wagner über Jahre versucht, die Psychogenese von dessen Paranoia zu beweisen, und den „reinen Wahn“ klinisch von der Schizophrenie abgrenzt, erklärt, dass Wagner „praktisch eugenisch betrachtet“, auch unter das GVeN hätte fallen müssen,⁹³ also eine genetische Prädisposition zu Grunde läge.⁹⁴

Bis heute haben sich die unterschiedlichen Schulen der Schizophreniediagnostik mit Kraepelin, Bleuler und Schneider gehalten und sind diskutiert. In den heutigen Diagnoseschlüsseln des ICD 10 und DSM IV sind vor allem die Kriterien Schneiders mit den Symptomen ersten und zweiten Ranges angesetzt. Ein weiteres Kriterium bekommt jedoch starke Gewichtung, denn nach dem DSM IV ist eine Schizophrenie erst dann zu diagnostizieren, wenn die Störung mehr als 6 Monate anhält und in dieser Zeit mindestens einen Monat produktiv oder floride ist. Sind es mehr als ein Monat, aber weniger als sechs Monate, ist bei der gleichen Psychopathologie, aber bei Nicht-Erfüllung des Zeitkriteriums von einer „schizophrenieformen Störung“, aber nicht von einer Schizophrenie zu sprechen. Der Kommentar zum GVeN kennt kein Zeitkriterium, sondern rät dagegen zur „Frühsterilisierung“ und möglichst schnellen Diagnostik, da gerade die milden Verlaufsformen die fortpflanzungsfreudigsten seien, so dass auch PatientInnen, die erst vor

⁹⁰ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 136

⁹¹ Ebenda

⁹² Ebenda S. 134

⁹³ Leonhardt (1999) S.131

⁹⁴ Dies ist außerdem ein Beispiel dafür, wie sich die juristische Diagnose „Schizophrenie“ über eine Rückkopplung in die medizinische Diagnostik einschleicht, siehe hierzu Kapitel 6.3.3

wenigen Wochen an einer schizophrenen Störung erkrankt sind, als Schizophrenie diagnostiziert werden, was zur Zwangssterilisation führt.⁹⁵

4.2.3 Das Manisch - depressive Irresein

Wie die Schizophrenie fällt das **manisch - depressive Irresein** in die Gruppe der endogenen Psychosen. Es entspricht einem Wechsel zwischen depressiven und/oder manischen Episoden, die meist ohne erkennbare Ursache auftreten, gelegentlich aber auch durch psychische Traumata (z.B. belastende Lebensereignisse) ausgelöst werden und Wochen bis Monate anhalten können. Zwischen den einzelnen Erkrankungsphasen treten häufig komplette Remissionen ein. Der charakteristische Verlauf beginnt um das 20. Lebensjahr und weist mit der Erkrankungsdauer eine zunehmende Frequenz der Phasen auf.⁹⁶

Der Kommentar zum GVeN betont, dass die Übergänge ins Gesunde sowohl beim einzelnen Erkrankten als auch in der ganzen Krankheitsgruppe fließend seien. So gäbe es den Maniker und den davon abzugrenzenden „wirklich produktiven Menschen“. Letzterer sei zwar oft Stimmungsschwankungen unterworfen, die in produktiven Zeiten eine gewisse Beschwingtheit und Leichtigkeit des Gedankenflusses mit sich brächten, sei aber dennoch für einen Fachpsychiater klar und scharf vom Maniker zu unterscheiden.⁹⁷⁹⁸ Der Kommentar empfiehlt für diese Gruppe die Beurteilung durch einen Fachpsychiater. Nur der manisch- depressiv Erkrankte sei unfruchtbar zu machen. Da sich im Verlauf der manisch – depressiven Psychose immer Episoden vollkommener Remission finden, seien diese und die milden Verlaufsformen für die Fortpflanzung und damit Übertragung der krankhaften Anlagen am gefährlichsten. Wie bei der Schizophrenie empfiehlt der Kommentar deshalb eine möglichst frühzeitige Sterilisierung aller einwandfrei diagnostizierten Fälle manisch - depressiven Irreseins.⁹⁹

⁹⁵ Gütt / Rüdin / Ruttke (1936) S. 134

⁹⁶ Pschyrembel (2002) S.479

⁹⁷ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 137

⁹⁸ Hier geht der Kommentar auf den häufig eingebrachten Vorwurf ein, die Sterilisation manisch – depressiver PatientInnen würde zu einer „Auslöschung manischer Begabungen“ führen. Leonhardt (1996) S. 85 dazu „Eine unter Hoffmann verfertigte Dissertation empfahl 1939, größte Zurückhaltung und Vorsicht bei der Sterilisation von Zykllothymien unter anderem, da die endogene Natur der so überaus häufigen Depressionen hier zu Lande sich oft schwer erhärten lässt und es sich in der Regel um wertvolle sozial brauchbare Persönlichkeiten handelt, die meistens nur kurze Zeit durch ihre Krankheit in ihrer Leistung behindert sind und deren Erbmasse für die kommenden Generationen nicht nur keinen Schaden, sondern Gewinn bedeutet.“ (Mayer (1939).

⁹⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 134

Psychiatriegeschichtlich ist um die schizoaffektiven Psychosen ein Streit zwischen den unterschiedlichen Schulen entbrannt. Grenzen Kraepelin und seine „Heidelberger Schule“ die Krankheitsgruppe der Manisch – Depressiven von den Schizophrenen durch den divergierenden Verlauf haben, ist die „Tübinger Schule“ durch ihre mehrdimensionale Betrachtungsweise der Meinung, dass es Mischpsychosen gäbe, schizoaffektive Übergangsformen. Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen seien jedoch für die Durchführung des GVeN von geringer Bedeutung oder sogar völlig zu vernachlässigen, denn - so der Kommentar von Gütt, Rüdin, Ruttke - „zur Anordnung der Unfruchtbarmachung genügt nur die Feststellung einer gesetzlichen Erbkrankheit überhaupt und medizinische Zweifel darüber, ob die eine oder andere Erbkrankheit zu bejahen ist, sind unerheblich.[...] Vom Standpunkt der Erbprognose für eine Nachkommenschaft und demnach also für die Unfruchtbarmachungsfrage ist es aber nicht bedeutungsvoll, ob eine Schizophrener ein Manisch- Depressiver oder ein Schwachsinniger der Begutachtung zwecks Durchführung des Verfahrens unterliegt; denn in allen drei Fällen ist Unfruchtbarmachung angezeigt. Wir können auch verallgemeinern und sagen: Ist eine Diagnose unklar nach der Richtung, dass es sich sowohl um Ziff. 1, angeborenen Schwachsinn, als auch um Ziff. 2, Schizophrenie, oder um Ziff. 3, manisch - depressive Irresein, oder um Ziff. 4 erbliche Fallsucht, handeln kann, bzw. ist es klar, dass der klinischen Erfahrung nach mindestens eine dieser vier Geistesstörungen vorliegt, so muss auf alle Fälle die Unfruchtbarmachung beantragt und gegebenenfalls durchgeführt werden.“¹⁰⁰ Das Gesetz macht hier einen starken Rückschritt, denn es negiert die Früchte der psychopathologischen Differenzierungen der Forschung und fasst alle geistig Kranken, die nach damaligen Wissenschaftsstand erbliche Erkrankungen haben, zusammen. Eine differenziertere Diagnostik ist laut Kommentar nicht nötig, sofern nach klinischer Erfahrung eine der unter das GVeN fallenden Erkrankungen vorliegt.¹⁰¹ Laut Kommentar von Gütt, Rüdin, Ruttke sind sowohl „Degenerationspsychosen“,¹⁰² „Motilitätspsychosen“ und „Mischpsychosen“ als **Atypische Psychosen** der Schizophrenie oder dem manisch - depressiven Irresein zuzurechnen.¹⁰³ Die genaue Bezeich-

¹⁰⁰ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 133

¹⁰¹ Ebenda

¹⁰² Degenerationspsychosen seien häufig auch in den hysterischen oder psychogenen Formenkreis einzuordnen und fallen dann nicht unter das GVeN.

¹⁰³ Heute versteht man darunter psychotische Störungsbilder, die den schizoaffektiven Psychosen oder den polymorphen psychotischen Störungen zuzurechnen sind.

nung einer solchen Krankheit hat keinen Einfluss auf die Notwendigkeit der Sterilisierung, denn „zur Anordnung der Unfruchtbarmachung genügt nur die Feststellung einer gesetzlichen Erbkrankheit überhaupt und medizinische Zweifel darüber, ob die eine oder andere Erbkrankheit zu bejahen ist, sind unerheblich. [...] In der gerichtlichen Gutachten und Sprachpraxis, wird man atypische Psychosen, Mischpsychosen, Motilitätspsychosen und Degenerationspsychosen zu den Formenkreisen der Schizophrenie, des manisch - depressive Irreseins oder der Epilepsie rechnen, wenn nicht ausdrücklich dargetan werden kann, dass es sich um eine hysterische oder psychogene oder eine symptomatische Psychose handelt.“¹⁰⁴

4.2.4 Der Schwachsinn

Die erste Diagnose, die das GVeN als Grund für eine Unfruchtbarmachung unter Ziffer 1 im § 1 angibt, ist der „**angeborene Schwachsinn**“. Hierunter fallen – laut Gesetzeskommentar - alle Personen, bei denen in der „Intelligenzprobe starke Ausfälle“ zu beobachten sind, wenn keine Verursachung durch äußere Schäden in Betracht kommen kann.¹⁰⁵ Als „schwachsinnig“ sind des weiteren diejenigen Personen zu verstehen, die die folgenden Hauptkriterien erfüllen: „gehemmtes Begriffsbildungsvermögen, eingengte Auffassungsgabe, Verlangsamung im Gedankenablauf, beschränkte Urteilsfähigkeit, Impulslosigkeit, schlechte Anpassungsfähigkeit an Neues oder Ungewohntes, abnorm rasche geistige Ermüdbarkeit, Unselbstständigkeit im Überlegen, Urteil und Handeln.“¹⁰⁶ Die Diagnose ist somit anhand genau bestimmter Auffälligkeiten der Persönlichkeit und der Einschätzung der Intelligenz zu stellen.

Die Abgrenzung zur „Dummheit“ sei in Grenzfällen in der Intelligenzbeurteilung vor allem dadurch gegeben, dass sich die Dummheit auf das Gebiet des Intellekts beschränke, während der Schwachsinn wegen seiner die ganze Persönlichkeit erfassende Störung auch in der Lebensführung des Betroffenen seinen Ausdruck fände.¹⁰⁷ Die Kriterien zur Beurteilung der Lebensführung sind vor allem die berufliche Leistungsfähigkeit und die gesellschaftliche Anpassung an sittlichen und ethischen Belange.

¹⁰⁴ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 135

¹⁰⁵ Ebenda S. 123

¹⁰⁶ Ebenda S. 124

¹⁰⁷ Ebenda S. 124

In der Zeit der Gutachtenerstellung ist die Psychopathologie des Schwachsinn in der Medizin sehr differenziert entwickelt, wohingegen heute die genaue psychopathologische Diagnostik der Oligophrenie¹⁰⁸ im Wesentlichen nur in der forensische Psychiatrie eine Rolle spielt.

Im Verlauf der Anwendung des GVeN wird durch die Fokussierung auf die Lebensstauglichkeit, Lebensbewahrung oder Lebensführung bei der Beurteilung des Schwachsinn offenkundig, dass es Personen gibt, die keine Defekte auf intellektuellem Gebiet aufweisen, aber in ihrer Lebensführung Auffälligkeiten zeigen, die den diagnostischen Kriterien des Schwachsinn zuzuordnen wären. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, wie diese Personengruppe diagnostisch einzuordnen ist. Dass diese „sittlich – ethisch defekten Persönlichkeiten eugenisch nicht erwünscht“ seien, scheint nicht in Frage gestellt worden zu sein. „Ein solcher in seiner krankhaften Anlage des Seelen- und Empfindungslebens beruhender Mangel der sittlichen und sozialen Grundeinstellung sei nach der ärztlichen Erfahrung ebenso erbbedingt, und vererblich wie der intellektuelle Schwachsinn, er wirke sich aber erfahrungsgemäss häufig noch weit gefährlicher aus.“¹⁰⁹ Um diesem Problem in der Diagnostik gerecht zu werden, wird für die Defekte der ethischen Wertvorstellung ohne gleichzeitige Intelligenzminderung 1935 – also zwei Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes – die Bezeichnung des **moralischen Schwachsinn**s eingeführt.¹¹⁰ Die Kommentatoren des GVeN erläutern dies wie folgt: „Mit größter Wahrscheinlichkeit liegt aber dann Schwachsinn vor, wenn der Betreffende nicht fähig ist, in einem geordneten Berufsleben seinen eigenen Unterhalt zu verdienen, noch sonst sich sozial einzufügen. Solche Schwachsinnige fallen auf durch eine kümmerliche Entwicklung und Verbildung ihrer sittlichen Begriffswelt, durch Unfähigkeit, sich eine richtige Einsicht in die Ordnung der menschlichen Gesellschaft zu bilden. Wenn bei ihnen auch Ausfälle der Intelligenz im landläufigen Sinne gelegentlich kaum nachzuweisen sind, wenn auch vielfach sogar Überlistungs- und Täuschungserfolge von ihnen erreicht werden, so sind sie doch schwachsinnig, weil ihre Verstandesschärfe eben nach der Richtung der Erkenntnis, der Beurteilung, der Kritik ihres Tuns, ihr Willen zur Gestaltung ihres Lebens nicht normal stark ist, so dass sie sich in der Gemeinschaft nicht einzufügen vermögen. Dazu kommen dann noch Abschwächung der ethischen Vorstel-

¹⁰⁸ Heute wird ab einem IQ von kleiner als 60 von Oligophrenie („Schwachsinn“) gesprochen.

¹⁰⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 125

¹¹⁰ Koch (1994) S. 27 f.

lung, Abstumpfung des ethischen Gefühls und grobe Charakterfehler, was alles zusammen als Ganzes einen erbmächtig angelegten Komplex von Ausfallserscheinungen ausmacht, der unter den Begriff des angeborenen Schwachsinn zusammengefasst wird.“¹¹¹

4.2.5 Sonstige unter das GVeN fallende Erkrankungen

Da sich unter den von mir bearbeiteten Akten nur Fälle von Frauen befinden, die eine der oben beschriebenen Erkrankungen aufweisen, gehe ich auf die sonstigen unter das Gesetz fallenden Krankheiten der Vollständigkeit halber nur kurz an dieser Stelle ein.

Unter Ziff. 6 und Ziff. 7 des GVeN werden die **erbliche Blindheit** und die **erbliche Taubheit** als Fälle aufgeführt, in denen eine Sterilisierung vorgenommen werden soll. Erbliche Blindheit, unter die beispielsweise Retinitis pigmentosa fällt,¹¹² wird in der Augenklinik begutachtet; erbliche Taubheit in der Universitätsohrenklinik.¹¹³ Unter den von mir bearbeiteten Gutachten gibt es vier Fälle von Frauen, die zur Diagnostik des Schwachsinn in die Nervenklinik kommen und taub beziehungsweise schwerhörig sind. In diesen Fällen¹¹⁴ wird zunächst die Frage der erblichen Taubheit von der Ohrenklinik beurteilt. Die dort begutachtenden ÄrztInnen sind der Ansicht, dass weder eine „sporadisch- rezessive Taubheit, erblich dominante Innenohrschwerhörigkeit, Gehörgangsatresie, schwere Otosklerose“ oder eine sonstige Erkrankung, die bei erblicher Taubheit als Sterilisationsindikationen aufgeführt sind,¹¹⁵ vorliegt. Im Anschluss an die Untersuchungen in der Universitätsohrenklinik werden diese Frauen in der Nervenklinik wegen der Frage des angeborenen Schwachsinn untersucht.¹¹⁶

Als weitere Indikation zur Sterilisation wird im Gesetz der **erbliche Veitstanz** – Chorea Huntington – angegeben. Bei Verdacht auf diese autosomal - dominante Erkrankung kommt es ebenfalls zur Begutachtung in der Nervenklinik. Unter den von mir bearbeiteten Fällen findet sich kein Fall dieser Erkrankung, wohingegen in den Krankenak-

¹¹¹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 125

¹¹² Außerdem fallen hierunter Erkrankung wie Mikropthalmus, Anophthalmus, Aniridie, für die der Kommentar einen rezessiven Erbgang angibt, sowie weitere Erkrankungen wie gewissen Formen des Koloboms, angeborene Ptosis, kindliches Glaukom. Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 147

¹¹³ Heute Universitäts - HNO-Klinik Tübingen

¹¹⁴ UAT 669/ 6605, UAT 669/ 6711, UAT 669/ 6815 und UAT 669/ 7071

¹¹⁵ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 155 ff

¹¹⁶ Siehe hierzu Kapitel 6.3.1.2.3

ten der Männer aus dem Jahre 1936 zwei solcher Fälle zu finden sind¹¹⁷, von denen einer zur Gruppe der Begutachteten gehört.¹¹⁸

Außerdem fällt die **schwere erbliche körperliche Missbildung** unter das GVeN. Auch diese Diagnose findet sich in der Population der in der Nervenlinik begutachteten Fälle kaum. Unter den weiblichen Begutachteten ist die körperliche Missbildung lediglich in einem Fall und dies in Kombination mit der Diagnose „Schwachsinn“, die den Ausschlag zur Befürwortung einer Sterilisation gibt.¹¹⁹ Der Kommentar nennt eine große Zahl von Erkrankungen, die unter diese Diagnose einzureihen seien, unter anderen „Osteogenesis imperfecta, Achondroplasia, Marmorknochenkrankheit, primordiale Zwergwuchs“, verschiedene „Muskelanomalien“ und „Spalthände“ oder „Spaltfüße“.¹²⁰

Schließlich ist noch der schwere **Alkoholismus** zu nennen, der gemäß des GVeN als Grund für eine Unfruchtbarmachung herangezogen werden kann. Diese Beachtung des Alkoholismus ist einem allgemeinen Trend der Zeit zuzuschreiben – einer ursprünglich aus den USA kommenden Bewegung, die zur Abstinenz vom Alkohol aufruft. Die „Degenerationslehre des Alkohols“ hat in den 1930er Jahren bereits weite Verbreitung in Europa gefunden. Gleichzeitig stellt hoher Alkoholismus damals wie heute ein großes Problem dar. Um so interessanter ist es, dass in der Durchführung des GVeN die Diagnostik des Alkoholismus vergleichsweise selten zur Sterilisation führt.¹²¹ Bauer meint hierzu in seiner zeitgenössischen Dissertation über die Ausführungen des GVeN: „Eine Sonderstellung genießen die Alkoholiker; diejenigen, bei denen eine Besserung vielleicht noch möglich ist, werden in der Klinik oder einer Anstalt zu heilen versucht, in dieser Zeit sind sie noch nicht angezeigt, sondern nur zur Anzeige vorgemerkt. Angezeigt dagegen werden alle schweren Grade des Alkoholismus, worunter hauptsächlich die zu rechnen sind, die bereits schwere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems haben.“¹²² Der Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen Gaupp, selbst überzeugter Abstinenzler, tritt in seinen Publikationen gegen die Sterilisierung von Alkoholikern ein,¹²³ schlägt im Gegensatz dazu vor, den „Ehefrauen von Alkoholikern die Möglichkeit der Sterilisation“ einzuräumen, da diese sich oft dem „Geschlechtsverkehr

¹¹⁷ Fälle von Chorea Huntington z. B. 669 / 15072 ; oder UAT 669 / 15414

¹¹⁸ siehe hierzu auch den Fall von Veitstanz in Kießling (2005) S.143

¹¹⁹ UAT 669 / 6998

¹²⁰ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 160 ff und Kapitel 6.3.3.3

¹²¹ Kießling (2005) S. 191

¹²² Bauer (1938) S. 17

¹²³ Siehe Leins (1991) S.283 ff

auch gegen ihren eigenen Willen nicht entziehen“ könnten.¹²⁴ Hier zeigt sich eine Dimension, die mit der eigentlichen Intention des GVeN - der Verhütung erbkranken Nachwuchses - nicht mehr viel gemein hat.

Zusammenfassend lässt sich über die Krankheitsbeschreibungen somit sagen, dass es bei den unter das GVeN fallenden Erkrankungen nicht um die Schwere des Leidens des/der einzelnen PatientIn geht. Das Ziel der Diagnostik ist es vielmehr über vorhandene Symptome Zugriff auf den vermuteten Genotypen des Betroffenen zu bekommen. Der Phänotypus ist nur insofern interessant, als er Hinweise auf den Genotypus gibt.

4.3 Zum Begriff der Erbllichkeit (Aussagen des Kommentars zum GVeN)

Das erklärte Ziel des GVeN ist es, erbliche Erkrankungen durch Sterilisation prophylaktisch zu verhindern. TrägerInnen dieser Erkrankungen sollen unfruchtbar gemacht werden, damit sie ihre Erbanlagen nicht an ihre Nachkommen weitergeben können. Für die im GVeN angegebenen Erkrankungen errechnen die damaligen ErbforscherInnen die Wahrscheinlichkeiten für die Kinder, an der jeweiligen Krankheit der Eltern zu leiden. Im Kommentar zum GVeN sind in den Erläuterungen zu den einzelnen Erkrankungen unter der Überschrift „Erbkraft“ Angaben über die Wahrscheinlichkeit (in Prozent), mit der die jeweilige Krankheit an die Nachkommen vererbt wird.¹²⁵

Bezüglich des **manisch - depressiven Irreseins** ist dort zu lesen: „Die Erbkraft des Manisch- Depressiven ist ganz bedeutend. Es sind etwa $\frac{1}{4}$ der Kinder von manisch-depressiven Einzeleltern wieder manisch- depressiv.“¹²⁶ Zusätzlich zu den geschätzten oder statistisch erhobenen Wahrscheinlichkeiten, an derselben Erbkrankheit wie ein Elternteil zu erkranken, werden andere Krankheiten erwähnt, an denen die Nachkommen vermehrt leiden können. Beim manisch - depressiven Irresein wird fortgeführt: „13-14 % [der Nachkommen] sind zykoide Psychopathen und 13 % andere abnorme Typen, im ganzen also über die Hälfte abnorme Kinder.“¹²⁷ Auch dieser Rest der Nachkommen sei

¹²⁴ Bauer (1938) S.8 zitiert Gaupp.

¹²⁵ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 130 ff

¹²⁶ Ebenda S. 138

¹²⁷ Ebenda S. 138

„nicht wünschenswert“, vermerkt der Kommentar, sie seien „eugenisch unerwünscht und verseuchten das Erbgut des Volkes.“¹²⁸ Für die **Epilepsie** geht der Kommentar von 10 % Kindern von EpileptikerInnen aus, die ebenfalls an einer Epilepsie leiden würden.¹²⁹ Bezüglich der **Schizophrenie** wird von einem rezessiven Erbgang gesprochen, was auf 16.4 % schizophrener Nachkommen schließen ließe, aber auch hier werden durch die schizoiden Psychopathen und die abnormen Typen „rund 49 % im ganzen geistig abnorme“ Menschen unter den Nachkommen angenommen.¹³⁰ Der Erbgang des **Schwachsinn**s sei noch nicht ganz geklärt. „Vielleicht ist er ein Erbanlagengemisch und geht teils einfach rezessiv, teils doppelt (dihybrid) rezessiv, teils geschlechtsgebunden rezessiv dihybrid, d.h. an zwei Erbinheiten gebunden, von denen eine in einem Autosomen, die andere im Geschlechts- oder X- Chromosom enthalten ist. (Kosanoff, Luxenburger). Daher ist auch die Erbprognose für die Söhne schwachsinniger Mütter besonders ungünstig.“ Im Kommentar wird schließlich von 67 % schwachsinnigen Kindern von Eltern, die unter die Diagnose Schwachsinn fallen, gesprochen.¹³¹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass –laut Kommentar zum GVeN – die verschiedenen Erkrankungen starke Unterschiede in der Vererblichkeit zeigen. Für manche Erkrankungen wird eine hohe Wahrscheinlichkeit angegeben, dass eventuelle Nachkommen an der gleichen Erkrankung leiden würden, für andere eine relativ geringe. Außerdem sei neben den im GveN genannten Krankheiten selbst unter den Nachkommen der genannten Personengruppen auch mit weiteren „abnormen Typen“ zu rechnen, also Personen, die nicht einer der genannten Diagnosen zugeordnet werden können, aber trotzdem der Ideologie der RassehygienikerInnen zufolge für die Gesellschaft von Schaden sind. Der Kommentar von Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) macht auf diesem Weg aus dem wissenschaftlichen Forschungsstand im Bezug auf die Erblichkeit einzelner Krank-

¹²⁸ Diese These ist im Bezug auf die Tübinger Schule interessant, da sich daraus praktisch ergibt, dass es Menschen gibt, die aus den genetischen Anlagen, die sie von ihren Eltern bekommen, zwar keine „echte Erbkrankheit“ entwickeln, aber doch gewisse Auffälligkeiten mit sich bringen. In der mehrdimensionalen Diagnostik bedeutet dies also, dass Gene und Charakter zwar auffällig, aber vielleicht das reaktive Moment noch nicht ausgeprägt genug ist. Es ergeben sich damit – gemäß der Idee der ErbforscherInnen – ähnliche Ergebnisse wie die der Tübinger Schule („Verdünnungstypen“, Übergang zwischen gesund und krank etc.).

¹²⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 140. Poeck / Hacke (2001) S. 378 gibt heute für die idiopathische Epilepsie interessanterweise ähnliche Ziffern an.

¹³⁰ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 136

¹³¹ Ebenda S. 127

heiten eine weitreichende Dogmatik, die zur unbedingten Sterilisationsnotwendigkeit führt.

5 Die Durchführung des GVeN

5.1 Die Beteiligten Instanzen

Um die Umsetzung des GVeN zu verdeutlichen, stelle ich im Folgenden den konkreten Ablauf dar, den das Verfahren für den individuellen Fall vorsieht. Dabei gehe ich auf die Rollen der einzelnen Instanzen im Erbgesundheitsverfahrens ein, ihre Gewichtung und Aufgaben.

Zur Veranschaulichung stelle ich die an der Umsetzung des GVeN beteiligten Instanzen in zwei Schaubildern dar. Dabei ist zu beachten, dass sich in den von mir bearbeiteten Akten, zwei unterschiedliche „Wege“ abzeichnen, denen ich zur Vereinfachung Namen gebe. Den „ambulanten Weg“ durchlaufen diejenigen Menschen, die sich zum Zeitpunkt des Erbgesundheitsverfahrens in ihrem Alltag befinden und nicht in einer Institution¹³² leben. Dem „stationären Weg“ folgen jene PatientInnen, die sich in einer Institution befinden, also derzeit der Behandlung bedürfen, im Fall der von mir untersuchten Akten sich also derzeit wegen eines stationären Aufenthalts in der Nervenambulanz Tübingen befinden.

5.1.1 Der „ambulante Weg“

Beim „ambulanten Weg“, bei dem die Betroffenen außerhalb von Institutionen leben, erfolgt zunächst vom Hausarzt oder einer anderen Person, die im Gesundheitswesen arbeitet (z.B. Fürsorgerinnen¹³³, Krankenschwestern¹³⁴ oder Anstaltsangestellte) eine **Anzeige** aufgrund des Verdachts einer Erbkrankheit bei der betreffenden Person. Dies geschieht mittels eines Formblattes mit der Überschrift „ANZEIGE“¹³⁵. Der/die Anzeigende muss Angaben zur Person und zum Grund der Anzeige geben. Hierbei kann unter verschiedenen Möglichkeiten gewählt werden wie z.B. „leidet an...“ oder „ist verdächtig zu leiden an...“. Auch die Diagnosen sind vorgegeben und zu markieren. Im konkreten

¹³² Kliniken, Gefängnisse, Anstalten etc.

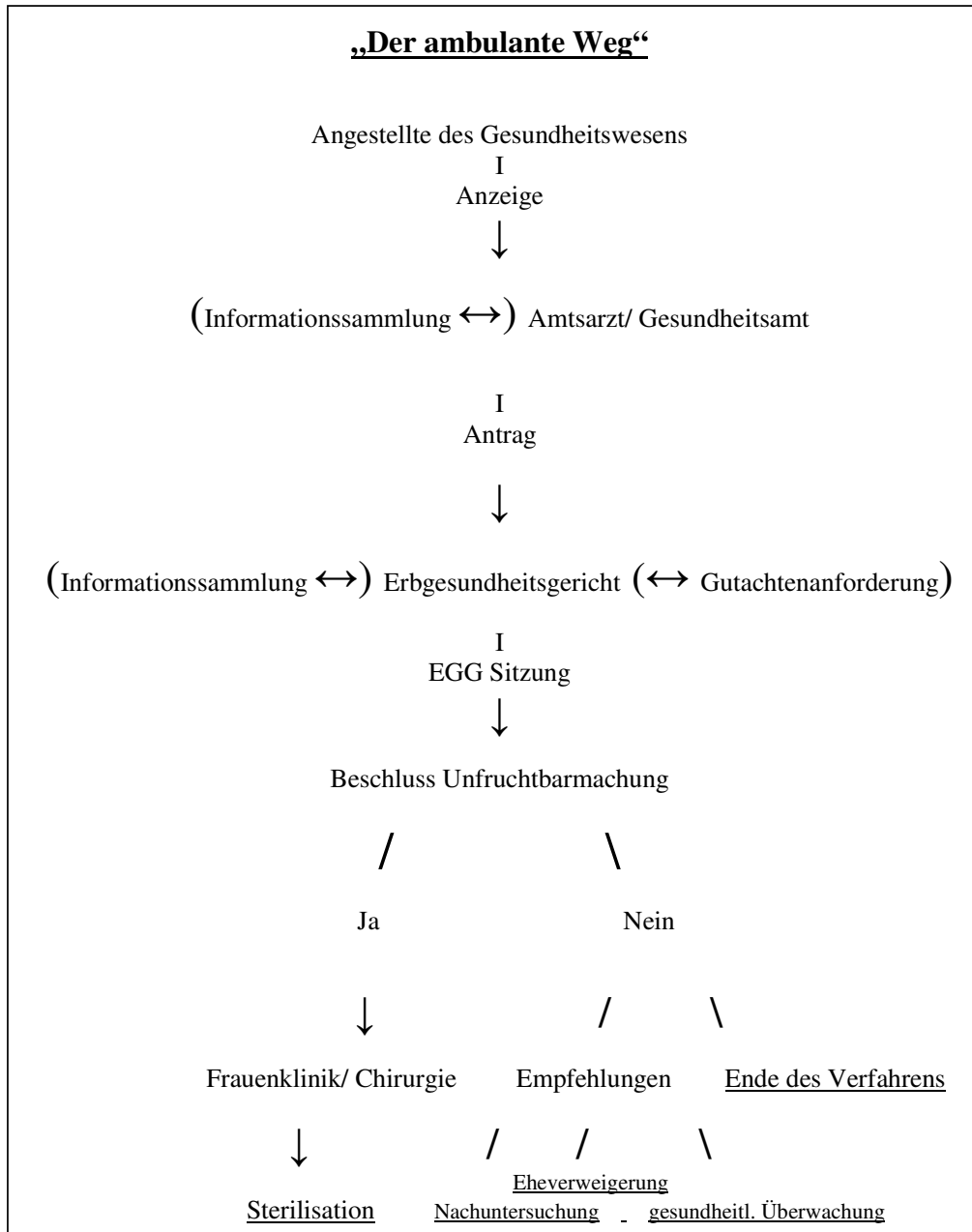
¹³³ Im Gespräch mit Zeitzeugin Elisabeth Kaasch, ehemalige Fürsorgeschwester, 7. Juni 2005, „Ich habe Erinnerungen daran, wie Fürsorgerinnen (heute Sozialarbeiterinnen) Listen von „eventuell Erbkranken“ verfassten.“

¹³⁴ Preuschoff (1995) S.43

¹³⁵ Siehe hierzu den Vordruck für Anzeigen im Anhang

Beispiel heißt das dann: „Die led. Haustochter E. B ist verdächtig zu leiden an erblicher Fallsucht.“¹³⁶

Schaubild 1: Der „ambulante Weg“



¹³⁶ UAT 669- 6787

Die Anzeige wird an den **Amtsarzt**¹³⁷, der Angestellter des staatlichen Gesundheitsamtes ist, gesandt. Dieser sammelt alle Anzeigen und bearbeitet sie. Es ist „Sache des Amtsarztes, gegebenenfalls dann von einem Antrag abzusehen“¹³⁸. Das Staatliche Gesundheitsamt ist also mit der Besetzung des Amtsarztes eine Instanz, in der „vorgefiltert“ wird. In Fällen, in denen das Vorliegen einer Krankheit, die unter das GVeN fällt, wahrscheinlich ist, richtet der Amtsarzt einen Antrag auf Unfruchtbarmachung an das Erbgesundheitsgericht. Besteht Unsicherheit über den Fall, kann der Antrag später weitergeleitet oder es kann ganz von einem Antrag abgesehen werden. Um diese Entscheidung treffen zu können, versuchen die Gesundheitsämter auf unterschiedliche Art und Weise an Informationen über die möglicherweise „Erbkranken“ heranzukommen. Hierzu untersuchen sie die Betroffenen selbst¹³⁹, stellen aber auch – wie die Erbgesundheitsgerichte und die Nervenklินิก - Ermittlungen über den Lebenswandel und Gesundheitszustand der Betroffenen, aber auch deren Familien an. In den Akten befinden sich regelmäßig Fragen bezüglich des Gesundheitszustandes einer Schwester, Mutter oder eines Bruders einer potentiell „Erbkranken“.^{140 141}

Den **Antrag** stellt laut § 2 des GVeN „derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll“¹⁴², was bedeuten soll, die/der Betroffene selbst. Da dies aber niemals zu den erwünschten Sterilisationsmengen hätte führen können (in den von mir bearbeiteten vielen hundert Akten findet sich nur ein einziger Antrag, der von der Frau selbst gestellt wird¹⁴³), ist laut § 3 außerdem antragsberechtigt: „1. der beamtete Arzt; 2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.“¹⁴⁴ Es gibt somit drei Instanzen, die einen Antrag auf Unfruchtbarmachung stellen

¹³⁷ Der Amtsarzt zeigt in vielen Fällen auch selbst an; auf manche der Betroffenen wird er durch Anfragen um Eheerlaubnis aufmerksam.

¹³⁸ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 210

¹³⁹ Siehe hierzu Kapitel 6.3.1.

¹⁴⁰ UAT 669 / 12431 als Beispiel: „Wegen Prüfung auf Ehe-tauglichkeit des Hilfsarbeiters W. S. erbitte ich ganz kurze Auskunft über seine Schwester, P. S., geb. am [...] Urach, welche vor einigen Jahren verschiedene Monate in Ihrer Nervenklินิก gewesen sein soll [...] Ich erbitte Krankheitsbezeichnung, Entscheidung, ob Erbkrankheit, Angabe der Dauer des Aufenthaltes.“

¹⁴¹ Solche Nachforschungen im kleineren führt auch die Nervenklินิก durch, siehe hierzu Kapitel 6.5

¹⁴² Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 73

¹⁴³ UAT 669 / 7061 Auch in den zeitgenössischen Dissertationen zum GVeN und seiner Durchführung in Tübingen wird darüber berichtet: Horstmann (1938) beschreibt in 414 Fällen der Sterilisation von 1934 bis 1936 nur 3 Fälle, in denen die Unfruchtbarmachung auf eigenen Antrag erfolgt. Bauer (1936) berichtet über 4 Fälle des Selbstantrags, 1 davon aus medizinischer Indikation (1 Mann, 3 Frauen). Ritter (1940) spricht von insgesamt 6 Fällen im Jahre 1935, die von den Betroffenen selbst oder deren Angehörigen gestellt wurden (5 Frauen und 1 Mann),

¹⁴⁴ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 74

können: die Betroffenen selbst, ein/e AmtsärztIn des staatlichen Gesundheitsamtes oder der Anstaltsleiter. Der Antrag ist an das Erbgesundheitsgericht gerichtet. Beim „ambulanten Weg“ ist es üblicherweise der/ die AmtsärztIn, der/ die den Antrag stellt.

Das **Erbgesundheitsgericht** hat über die eingegangenen Anträge zu entscheiden. Es ist den Amtsgerichten angegliedert und besteht aus „einem Amtsrichter als Vorsitzendem, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist.“¹⁴⁵ Es ist somit aus zwei MedizinerInnen samt einem/einer Juristen/Juristin zusammengesetzt. Diese Angestellten des Erbgesundheitsgerichtes sind laut § 7 dazu verpflichtet, „die notwendigen Ermittlungen anzustellen.“ Das EGG kann „Zeugen und Sachverständige vernehmen, sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen [...]“¹⁴⁶ Dadurch dass die Erbgesundheitsgerichte den Amtsgerichten angegliedert sind, gibt es sehr viele Erbgesundheitsgerichte im Einzugsbereich der Universitäts- Nervenlinik Tübingen.¹⁴⁷¹⁴⁸ Das Erbgesundheitsgericht ist verpflichtet sich Informationen über die Menschen einzuholen, über die bei ihnen Anträge oder Anzeigen eingehen, und betreibt dies intensiv. Hierfür beordern sie Akten von den unterschiedlichen Krankenhäusern, in denen die Betroffenen gewesen sind¹⁴⁹¹⁵⁰, fragen nie-

¹⁴⁵ Ebenda S. 74, § 6 des GVeN

¹⁴⁶ Ebenda S. 74 § 7 des GVeN

¹⁴⁷ Durch eine Verordnung des Reichsjustizministers vom 14.1.1937 werden ab dem 1.2.1937 verschiedene Erbgesundheitsgerichte zusammengelegt, so werden beispielsweise die EGG in Freudenstadt, Horb, Oberndorf, Sulz und Tuttlingen alle im Rottweiler EGG zusammengefasst. Siehe hierzu UAT 335 /73, Brief des Württ. Innenministers vom 11.2.1937

¹⁴⁸ Unter den von mir bearbeiteten Gutachten finden sich Gutachten für folgende EGG: Aalen, Augsburg, Balingen, Biberach, Böblingen, Ebingen, Ehingen, Ellwangen, Freudenstadt, Geislingen/Steige, Hechingen, Heidenheim, Herrenberg, Maulbronn, Mergentheim, Münsingen, Neckarsulm, Nürtingen, Oberndorf, Ravensburg, Rottweil, Saulgau, Stockach, Stuttgart, Tübingen, Tuttlingen, Waiblingen, Waldmössingen. Des weiteren für die EOG Stuttgart und ein Gutachten für das EOG Calw.

¹⁴⁹ In den Krankenakten der Universitäts- Nervenlinik Tübingen befinden sich unzählige Briefe, in denen die Krankenakten von den verschiedenen Erbgesundheitsgerichten und Staatlichen Gesundheitsämtern angefordert werden, die Akten, so erscheint es dem heutigen Beobachter, waren pausenlos unterwegs, so dass Gaupp als Direktor der Nervenlinik im Juli 1934 einen vorgedruckten Brief an die anfordernden Personen mit der Bitte um baldmöglichste Rückgabe schreibt. Dieser Brief ist in einigen Krankenakten erhalten.

¹⁵⁰ Die Akten werden während der Zeit der Sterilisierungspraxis zu verschiedenen EGG oder EOG gesendet, auch zu den Gesundheitsämtern und auch als Krankengeschichten zu Kliniken, die die Patienten versorgen. Diese diversen Anforderungsschreiben verdeutlichen zum einen die Odysseen, die manche Patientenfälle machen, aber auch wie viel Bedeutung einem Psychiatrieaufenthalt im Bezug auf das GVeN beigemessen wird. Beispielsweise :UAT 669 / 9298 „Tübingen 22.2.39 An das Staatl. Gesundheitsamt Reutlingen: In der Anlage senden wir Ihnen die Krankengeschichte über B. R. mit der Bitte um Rückgabe nach mindestens 3 Wochen, da sie zu wissenschaftlichen Zwecken dringend benötigt wird. Ferner bitten wir Sie, die Krankengeschichte nicht an andere Instanzen weiterzuleiten. Direktion Prof. Dr. Hoffmann“

dergelassene ÄrztInnen nach deren PatientInnen, lassen sich von LehrerInnen Angaben über die teilweise lang zurückliegenden Schulleistungen geben, fragen bei Bürgermeisterämtern nach, lassen sich dort „Familienregisterauszüge“ erstellen, informieren sich in Pfarrämtern. Dies alles geschieht mit dem Ziel, mehr über die Beschaffenheit der jeweiligen Krankheit, aber auch über die soziale Lebensführung der Angezeigten zu erfahren. Die ÄrztInnen sind zu diesem Zweck gesetzlich von ihrer Schweigepflicht¹⁵¹ befreit,¹⁵² doch es werden, wie dargestellt auch nicht ärztliche Amtspersonen herangezogen.

Sind sich die Verantwortlichen trotz der gesammelten Daten (diese werden in „Erbgesundheitsgerichts- Akten“¹⁵³ abgelegt) nicht sicher, ob eine Erbkrankheit im Sinne des GVeN vorliegt, so haben sie die Möglichkeit¹⁵⁴ aufgrund eines Beschlusses¹⁵⁵ von Sachverständigen¹⁵⁶ ein **Fachärztliches Gutachten** erstellen zu lassen, zum Beispiel von der Direktion der **Universitäts- Nervenlinik Tübingen**. „Die Erstattung des Gutachtens erfolgt nach Anordnung des Gerichts entweder im Wege mündlicher Vernehmung oder durch Abgabe eines schriftlichen Gutachtens.“¹⁵⁷ Den Beschluss, dass ein Gutachten erstellt werden soll, fasst das Erbgesundheitsgericht. Schriftliche Anforderungen der Gutachtenerstellung finden sich in vielen Krankenakten.

Die Gutachten, die ich in meiner Arbeit bearbeite, sind solche vom Erbgesundheitsgericht angeforderten Gutachten zur Klärung komplizierter Fälle oder Grenzfälle. Solche Gutachten werden nur in einem Bruchteil aller am Erbgesundheitsgericht verhandelten Fälle erstellt. Sie sind alle schriftlich abgefasst, ob auch mündliche Gutachten (z.B. über die während ihres stationären Aufenthaltes sterilisierten Personen) erstattet werden, lässt sich aus den Krankenakten nicht erkennen. Für die Erstellung eines schriftlichen Gutachtens werden – im Fall der Universitäts- Nervenlinik Tübingen – die Be-

¹⁵¹ Siehe hierzu die Dissertation von Gönner (1939) über die Schweigepflicht.

¹⁵² Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S.74 § 7 „Ärzte die als Zeugen oder Sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen“

¹⁵³ befinden sich heute im Archiv in Sigmaringen.

¹⁵⁴ Es ist sehr wichtig zu verstehen, dass die Gutachtenerstellung ein fakultativer und kein obligatorischer Baustein des Verfahrens ist.

¹⁵⁵ Siehe hierzu ein Original eines solchen Beschlusses im Anhang , UAT 669 / 6925 über Frau S. N., deren Gutachten auch als Fall V im Anhang zu lesen ist.

¹⁵⁶ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 239 „Die Auswahl der Sachverständigen erfolgt durch das Erbgesundheitsgericht.“

¹⁵⁷ Ebenda S. 239

troffenen stationär¹⁵⁸ in die Nervenlinik aufgenommen. Ihr Aufenthalt soll nach Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes und gesetzesgemäß den Zeitraum von sechs Wochen nicht überschreiten¹⁵⁹.

Hat das Erbgesundheitsgericht Sachverständige zur Klärung herangezogen oder ist der Meinung, genügend Information über den jeweiligen Fall zu besitzen, kommt es zu einem **Beschluss**.¹⁶⁰ Dazu wird eine nicht-öffentliche Sitzung einberufen¹⁶¹, bei der/ die potentiell Erbkrankte anwesend sein soll. Die Betroffenen können hierzu polizeilich vorgeladen werden. Die Beschlussfassung erfolgt durch Stimmenmehrheit, bei drei Mitgliedern müssen also mindestens zwei der drei für bzw. gegen eine Unfruchtbarmachung stimmen.¹⁶² Da wie oben erwähnt zwei der drei EntscheidungsträgerInnen ÄrztInnen sind, können diese somit bei Bedarf den juristischen Part (AmtsrichterIn) überstimmen. Die Arbeit an den Erbgesundheitsgerichten ist nur eine der Aufgaben der Amtsgerichte; die Sitzungen finden – je nach Bedarf - in unregelmäßigen Abständen statt.¹⁶³ Hat das Erbgesundheitsgericht in einem Fall beschlossen, dass die Unfruchtbarmachung gemäss des GVeN durchzuführen ist, wird dies „dem Antragssteller und dem beamteten Arzt sowie demjenigen [...], dessen Unfruchtbarmachung beantragt worden ist“¹⁶⁴ mit einem schriftlichen Beschluss¹⁶⁵ mitgeteilt, den die Betroffenen innerhalb von 14 Tagen¹⁶⁶ widerrufen können. Dazu muss am Erbgesundheitsgericht **Beschwerde** eingelegt werden, über die dann das **Erbgesundheitsobergericht** zu entscheiden hat. Dieses kann weitere Sachverständige befragen, Gutachten anfordern und den Fall neu verhandeln. Das Erbgesundheitsobergericht, welches von der Universitäts- Nervenlinik Tübingen

¹⁵⁸ Allein ein schriftliches fachärztliches Gutachten wird ambulant nach einem Poliklinikbesuch erstellt.

Siehe Poliklinikakten 2.2.5 UAT 648/275

¹⁵⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 229 f

¹⁶⁰ Siehe das Original eines Beschlusses im Anhang UAT 669 / 7127

¹⁶¹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 74, § 7 (1)

¹⁶² Ebenda S. 74 § 8

¹⁶³ UAT 669 / 6722 Brief des Staatl. Gesundheitsamtes Herrenberg: „Eilt sehr“

„Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn das Gutachten allerspätestens bis Montag den 11. Mai beim Erbgesundheitsgericht Herrenberg eingereicht würde, da Dienstag den 12. Mai eine Sitzung des Erbgesundheitsgericht stattfindet, während die nächste Sitzung zweifellos erst im Herbst sein wird.“ Hier zeigt sich, dass die Sitzungen des Erbgesundheitsgerichts Herrenberg wohl nur alle paar Monate stattfinden.

¹⁶⁴ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 74, § 8

¹⁶⁵ Dies geschieht mit einem formlosen Schreiben, in dem der Grund des Beschlusses mehr oder weniger ausführlich dargestellt wird; siehe auch UAT 669 / 7127 und die Kopie des Beschlusses im Anhang.

¹⁶⁶ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 75 § 9 Seit dem Jahre 1935 ist die Frist von 4 Wochen auf 2 heruntergesetzt worden.

Gutachten anfordert, ist das Erbgesundheitsobergericht Stuttgart.¹⁶⁷ Ein Gutachten wird auch vom Erbgesundheitsobergericht Calw angefordert.¹⁶⁸ Erbgesundheitsobergerichte sind den Oberlandesgerichten angegliedert¹⁶⁹ und die letzte Instanz: „Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet endgültig“¹⁷⁰.

Mit dem Ablauf der 14 Tage ist ein Einspruch nicht mehr möglich, und der Beschluss der Unfruchtbarmachung wird rechtskräftig. Es wird den Betroffenen mitgeteilt, in welche Klinik sie sich begeben müssen. Für Tübingen und Umgebung war dies die Universitäts- **Frauenklinik** Tübingen für Frauen, und die **Chirurgische Klinik** für Männer. Dort wird die **Operation der Sterilisation** durchgeführt. Dazu bedarf die Klinik einer besonderen Zulassung. In ihnen sind wiederum nur einzelne Ärzte zur Durchführung der Sterilisation ermächtigt.¹⁷¹ Laut Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind nur Kliniken dazu befugt zu sterilisieren, die als solche ernannt sind.¹⁷²

Wie die Einweisung in die Nervenklinik zur Begutachtung, geschieht auch die Einweisung in die Frauenklinik unter der Androhung von Zwang. Dazu schreibt Horstmann in seiner zeitgenössischen Arbeit über „Die eugenischen Sterilisationen an der Frauenklinik Tübingen“ (1938): „Die Frauen, die zur Sterilisierung kommen, befinden sich ja zum weitaus größten Teil in einem Abwehrzustand gegen den Eingriff, da sie dessen Notwendigkeit nicht einsehen.“¹⁷³ Die ÄrztInnen begegnen ihnen nicht als Helfer sondern als „Nachrichter“¹⁷⁴, wie Horstmann fortfährt.¹⁷⁵ Weiter schreibt er - selbst

¹⁶⁷ Unter den 83 Gutachten der 1936 begutachteten Frauen finden sich insgesamt 7 Gutachten die für das EOG Stuttgart erstellt werden.

¹⁶⁸ UAT 669 / 6714

¹⁶⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 75, § 10

¹⁷⁰ Ebenda, § 10, es gab besonders von Seiten der EOG Forderungen, nach einer noch höheren Instanz, einem Reichsgesundheitsgericht, das die Weitergabe der auch für das EOG schwer entscheidbaren Fälle ermöglicht hätte

¹⁷¹ UAT 335 / 73 In den Verwaltungsakten der Frauenklinik finden sich mehrere Briefe in denen der Direktor der Frauenklinik um Ermächtigung zur Durchführung der Sterilisation für 2 Oberärzte und einen Assistenzarzt ersucht.

¹⁷² Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 75 Die oberste Landesbehörde bestimmt die Krankenanstalten und Ärzte, denen die Ausführung der Unfruchtbarmachung überlassen werden darf.

Laut Horstmann (1938) waren dies für Württemberg und Hohenzollern die Frauenkliniken in Stuttgart und Tübingen und die Chirurgische Klinik in Ulm

¹⁷³ Horstmann(1938) S. 10

¹⁷⁴ Ebenda S.11 In dem Abschnitt geht es um die Diskussion ob eine Lumbalanästhesie bei den eugenischen Sterilisationen durchzuführen sei. In Tübingen werden mit einer Ausnahme keine solchen ausgeführt, wegen der beim größten Teil der Patientinnen vorhandenen Abwehrhaltung gegen den Eingriff. „Wenn eine Hauptschwierigkeit bei der Lumbalanaesthesie bei geistig normalen Kranken, die „psychische Narkose“ ist, so ist die bei den geistig Erkrankten schon dadurch unmöglich, dass ihnen der Arzt nicht als Helfer, sondern als Nachrichter entgegen tritt.“

¹⁷⁵ Sozusagen als verlängerter Arm der Staatsmacht.

scheinbar zutiefst beeindruckt -: „Während ein Teil der Kranken sich gleich nach dem Erwachen aus der Narkose unruhig gebärdet, oder Versuche macht, den Verband abzureißen, liegt ein anderer Teil tagelang in einer entsetzten Schreckstellung da und reagiert auf alle Versuche, sich mit ihm ins Benehmen zu setzen, mit größter Angst. [...] innere Abwehr dieser zu Tode erschrockenen Kranken, die kaum noch zu atmen wagen.“¹⁷⁶

5.1.2 Der stationäre Weg

Bei der obigen Beschreibung des ambulanten Weges ist die Rolle der Universitäts-Nervenlinik Tübingen vor allem in der Gutachtenerstellung zu sehen. Bei der nun folgenden Erläuterung dessen, was ich den „stationären Weg“ nenne, hat die Universitäts-Nervenlinik Tübingen weniger eine beratende als eine aktive Rolle. Es geht hier um die Anzeigen- und Antragsstellung durch ÄrztInnen der Klinik an das Erbgesundheitsgericht und - bei positivem Beschluss desselben - um die direkte Verlegung in die Universitäts- Frauenklinik oder die Chirurgische Klinik zur Sterilisation. Aufmerksam auf diesen zweiten Weg, der mit der Begutachtung primär nicht viel zu tun hat, wurde ich bei der Durchsicht der unzähligen Akten der Universitäts- Nervenlinik Tübingen, die kein Gutachten enthalten. In ihren Krankenblättern finden sich in mehreren Fällen kurze Notizen wie : „heute St.“, „nach St. unruhig“, „Sterilisation“¹⁷⁷ oder „9.12.36 Pat. zur Durchführung der St. in die Frauenklinik verlegt.“¹⁷⁸. In den Akten sind oft keine weiteren Anhaltspunkte auf die Durchführung eines Erbgesundheitsverfahrens außer die unten beschriebenen Stempel¹⁷⁹ auf den Aktendeckeln. Außerdem sind die Namen der betroffenen Patientinnen oft im Buch über die Sterilisierungen¹⁸⁰ zu finden. Dahinter steckt das folgende Prozedere:

¹⁷⁶ Horstmann (1938) S. 16

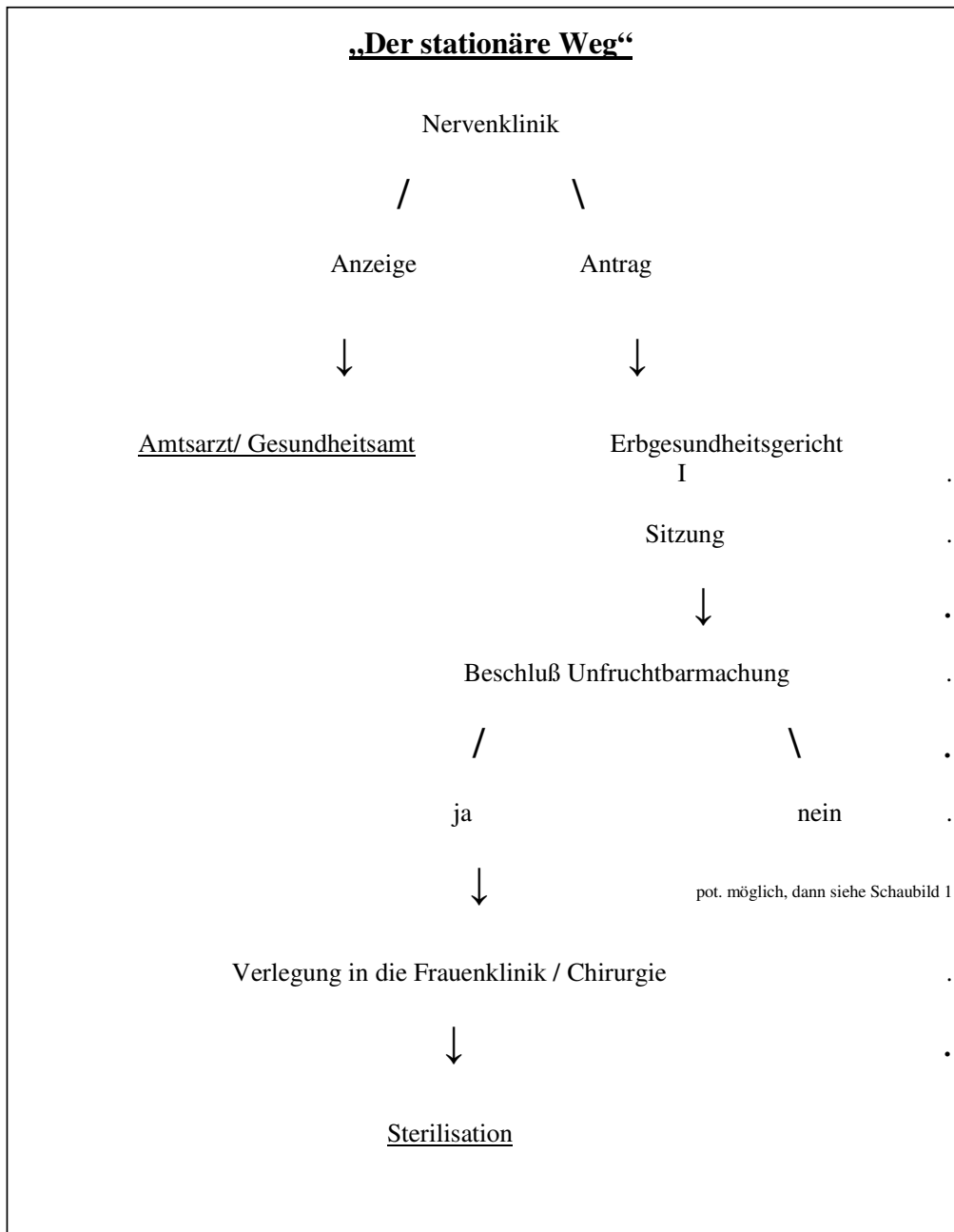
¹⁷⁷ UAT 669 / 6913

¹⁷⁸ UAT 669 / 6961

¹⁷⁹ Beispiele hierfür finden sich in folgenden Akten UAT 669 / 6708, 6754, 6782, 6929, 6961, 669-7127, 669-7363, 669-7522, 669-7735, 669-6685 669- 9612

¹⁸⁰ Siehe hierzu Kapitel 5.6

Schaubild 2: Der „stationäre Weg“



Wie in Schaubild 2 zu ersehen, zeigen ÄrztInnen der Nervenklinik stationäre PatientInnen beim Amtsarzt an, und in vielen Fällen stellt am selben Tag der Anstaltslei-

ter¹⁸¹ formal den Antrag auf Unfruchtbarmachung beim Erbgesundheitsgericht. Dort wird der Fall verhandelt. In diesen Fällen wird vom Erbgesundheitsgericht in dem von mir gesichteten Material nie der Beschluss gefasst, ein Gutachten erstellen zu lassen. Dies legt die Vermutung nahe, dass der Antrag eines zur Begutachtung zugelassenen Klinikums ausreicht, dass das Erbgesundheitsgericht dem Antrag zur Sterilisation zustimmt. Hierzu schreibt Mayer in seiner zeitgenössischen Arbeit: „1936 stellt die Klinik bei den Probanden, bei denen sie eine Sterilisation für notwendig und zur Durchführung aussichtsreich hielt, wenn es möglich war, den Antrag auf Sterilisation selbst. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle drang die Klinik als Antragstellerin mit ihrer Ansicht durch.“¹⁸² In wenigen Fällen sind in den Akten Formblattgutachten erhalten, die im Zusammenhang mit der Sterilisation stationärer PatientInnen ausgefüllt werden.

Die **Formblattgutachten**¹⁸³ sind Gutachten, die auf 4 Seiten in Form von Frage und Antwort Auskunft der GutachterInnen über die begutachtete Person gibt. Die vorgegebenen Fragen beziehen sich zum einen auf die Patientin selber - Eigenanamnese, körperlicher und psychischer Status - zum anderen auf ihre Familienanamnese/ Heredität. Das Formular endet mit einer Zeile um die Diagnose einzutragen - es ist kein Platz für Erläuterungen - und einer zweiten Zeile, um die Begründung für die Unfruchtbarmachung zu beschreiben. In den von mir für das Jahr 1936 gefundenen Formblattgutachten steht als Begründung in mehreren Fällen: „fortpflanzungsfähiges Alter“. Die Formblätter sind eigens für die Durchführung des GVeN entwickelt und hergestellt worden, und beschränken sich deshalb auf Inhalte, die für das GVeN von Bedeutung sind. In den von mir bearbeiteten Krankenakten der Universitäts- Nervenlinik Tübingen finden sich für das Jahr 1936 vier solcher Gutachten. Da nicht ganz klar ist, ob diese alle auch wirklich in Verfahren eingesetzt und benutzt werden, und da sie sich auf den „stationären“ Weg des GVeN beziehen, habe ich sie nicht in meine quantitative Analyse miteinbezogen.¹⁸⁴ Die von Held über das Jahr 1938 durchgeführte Untersuchung zeigt deutlich, dass die Länge der Aufenthaltsdauer derer, die ein Formblattgutachten erhielten deutlich länger

¹⁸¹ Im Fall des Jahres 1936 der Universitäts- Nervenlinik Tübingen also Prof. Dr. Gaupp oder Prof. Dr. Hoffmann, dies war laut § 3 Abs 2 des GVeN zulässig. Siehe Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 74

¹⁸² Mayer (1939) S. 14

¹⁸³ Siehe die Kopie eines Originals eines Formblattgutachten im Anhang UAT 669 / 7071

¹⁸⁴ Im Fall der Frau I. J. UAT 669/ 6837 befindet sich neben einem freien Gutachten ein wohl nicht verwendetes Original des Formblattgutachtens in der Akte.

ist, als die derer, über die ein freies Gutachten verfasst wird.¹⁸⁵ Grund dafür ist, dass die Formblattgutachten für jene PatientInnen genutzt werden, die sich aufgrund einer derzeit floriden Erkrankung und nicht aufgrund eines Erbgesundheitsgerichtsbeschlusses in der Klinik befinden. Die Formblattgutachten werden für PatientInnen angewendet, für die der stationären Weg der Sterilisation vorgesehen ist, die also während des gesamten Erbgesundheitsverfahrens in der Nervenklinik untergebracht sind. Hinweise darauf gibt auch Kapitel 1.2.5 der Arbeit von Held¹⁸⁶, wo beschrieben wird, dass die Formblattgutachten zumeist gleichzeitig mit einem Antrag und einer Anzeige ausgefüllt werden, sie entsprechen somit der amtsärztlichen Untersuchung, die für die AnstaltspatientInnen der Anstaltsleiter statt dem Amtsarzt durchzuführen hat. Bezeichnend ist auch das Ergebnis von Held, dass alle der von ihr gefundenen Formblattgutachten mit einer positiven Antwort für Sterilisationsempfehlung enden, was auch in den vier Gutachten von 1936 der Fall ist.

Wird die Unfruchtbarmachung beschlossen, werden die PatientInnen nach Einhaltung der gebotenen Fristen¹⁸⁷ in die Frauenklinik oder die Chirurgische Klinik zur Durchführung der Sterilisationsoperation verlegt. Nachvollziehen lässt sich dieser „stationäre Weg“ heute zum einen durch - allerdings sehr wenige - in den Akten beiliegende Anzeigen¹⁸⁸ und Anträge¹⁸⁹ und durch Notizen in den Krankenblätter, die z. B. „heute Antrag auf Sterilisation gestellt“ lauten. Außerdem wird in die rechten oberen Ecke des Aktendeckels ein Stempel gesetzt. Es gibt einen Stempel mit „Anzeige erstattet am“ darunter wird das Datum eingetragen. Ein weiterer Stempeltext lautet „Antrag erstattet am“ und wieder Platz für das Datum. Die Daten der Anzeige und des Antrages sind in den meisten Fällen identisch.¹⁹⁰ Wie unten näher erläutert, werden die betroffenen PatientInnen außerdem in das Sterilisierungsbuch eingetragen, in dem die Personen geführt werden, die unter Krankheiten leiden, die unter das GVeN fallen. Die Dissertationen

¹⁸⁵ Held (1995) S.27 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei freien Gutachten: 28.5 / 14.9 Tage (Frauen/ Männer), Formblattgutachten 92/ 97 Tage (Frauen/ Männer).

¹⁸⁶ Held (1995) S.10

¹⁸⁷ Diese beträgt seit 1935 14 Tage. Gütt / Rüdin / Ruttko (1936) S. 252,

¹⁸⁸ z. B. in UAT 669 / 6669

¹⁸⁹ z. B. UAT 669 / 7127

¹⁹⁰ Bei den Akten der Männer wird - allerdings auch unregelmäßig und undurchgängig - oft noch das Datum der Sterilisation angegeben; UAT / 14854 als Beispiel: „B. ist am 24.7.1936 in der Chir. Klinik sterilisiert worden.“

von 1934 und 1935 sprechen von einer „sehr systematische Erfassung aller Erbkranken“.¹⁹¹

An den Daten der Stempel und dem Vergleich dieser auch mit dem Sterilisierungsdatum¹⁹², lässt sich – anhand einer stichprobenartig¹⁹³ vorgenommenen Überprüfung über die Einhaltung der Fristen - sagen, dass der Abstand zwischen dem Datum des Antrags und dem der Sterilisierung in allen Fällen mehr als 6 Wochen, zumeist weit mehr als 2 Monate beträgt. Die PatientInnen sind während dieser Zeit, vor allem auf Grund ihrer psychiatrischen Leiden, weiterhin stationär. Es wird – so lassen sich die Daten interpretieren - nicht ohne Einhaltung der zweiwöchigen Frist bis zum Gültigwerden des Beschlusses sterilisiert. Diese These müsste durch erweiterte Untersuchung des gesamten Aktenmaterials weiter verfolgt werden, und es gälte die Akten der Universitäts- Nervenlinik Tübingen sowie die Operationsbücher der Frauenklinik und der Chirurgie mit den Akten des EGG zu vergleichen.

Bei einer isolierten Betrachtung des **Operationsbuches¹⁹⁴ der Frauenklinik** lassen sich unter den 209 durchgeführten Sterilisationsoperationen des Jahres 1936 fünfzig Sterilisationen finden, die an Patientinnen vorgenommen werden, neben deren Namen das Kürzel „N. Kl“ steht. Es handelt sich in dieser Untergruppe der operierten Frauen vor allem um solche, die - wie oben beschrieben - direkt von der Nervenlinik zur Sterilisation verlegt werden und unter die Sterilisationsopfer des „stationären Weges“ fallen. Außerdem um diejenigen, die nach Aufnahme in die Frauenklinik zu unruhig sind und aus diesem Grund schon vor oder direkt nach der Sterilisation in die Nervenlinik verlegt werden. 38 dieser 50 Frauen haben die Diagnose Schizophrenie.¹⁹⁵ Außer den direkt von der Nervenlinik verlegten PatientInnen handelt es sich in einzelnen Fällen auch um Patientinnen, die der Nervenlinik durch Begutachtung¹⁹⁶ oder normal-

¹⁹¹Ritter (1942?) S. 19; Bauer (1936) S.13

¹⁹² Ermittelt aus den Krankenblättern, dem Operationsbuch oder dem Aktendeckel.

¹⁹³ Ich vergleiche die Daten von ungefähr 10-20 Akten.

¹⁹⁴ UAT 317 / Operationsbuch 1934-1940

¹⁹⁵ Die Verteilung der Diagnosen dieser Patientinnen: 38 mal Schizophrenie. 5 mal manisch - depressive Irresein / endogene Depression. 2 Schwachsinn . 2 Epilepsie .3 Sonstige. Es sind also vornehmlich Schizophrenie – Erkrankte, die im Zusammenhang mit der Sterilisation in der Nervenlinik aufgenommen sind.

¹⁹⁶ UAT 669 / 6861 Krankenblatt einer Epileptikerin, die im April 1936 zur Begutachtung in der Nervenlinik ist und dazwischen zu Hause und nun im Juli in die Frauenklinik zur Sterilisation kommt. Von dort wird sie in die Nervenlinik verlegt, da sie zu unruhig ist. Aufzeichnung im Krankenblatt: „25.7.36

stationäre Aufenthalte schon bekannt sind. Die Patientinnen werden nach dem operativen Eingriff in die Nervenlinik verlegt und dort von ÄrztInnen der Frauenklinik visigiert.¹⁹⁷

Ein Brief¹⁹⁸ aus dem Jahr 1934 von Prof. Gaupp, dem damaligen Leiter der Nervenlinik an Prof. Mayer, den Leiter der Frauenklinik zeugt von Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dieser Praxis:

„Offenbar erkranken doch sehr viele Menschen in Reaktion auf den operativen Eingriff mit starken Erregungszuständen und es ist dann ein wahres Wunder, wenn sie mit dem Leben davonkommen. [...] Bei dem Konkurrenzrennen um möglichst hohe Sterilisierungszahlen, das wir in Deutschland unter den Ärzten jetzt beobachten, werden wir in kurzer Zeit nicht bloß große Verluste, sondern auch eine so maßlose Verbitterung im Volke erzeugen, dass wir jedenfalls alles tun müssen, um Todesfälle und andere schwere Komplikationen möglichst zu vermeiden. Das Festbinden von frisch operierten Kranken, die keine Sekunde ruhig liegen bleiben, auch wenn sie eben erst operiert wurden, gehört zu den unerfreulichsten und auch auf die Dauer schwierigsten Behandlungsmethoden und wir kehren dabei in unserer Psychiatrie zu mittelalterlichen Zuständen zurück. [...] Ich muss sonst einfach die Ausführung der Operation mit dem Hinweis darauf verweigern, dass die Nachbehandlung voraussichtlich Schwierigkeiten bereiten wird, die wir nicht sicher meistern können.

Mit freundlichen Grüßen

*Gaupp*¹⁹⁹

Horstmann schreibt in seiner Dissertation über die Sterilisationen, die an der Frauenklinik vorgenommen werden, und die Beziehung zur Nervenlinik: „Ein Teil unserer Patientinnen musste gleich nach der Aufnahme, oder in 6 Fällen auch erst nach der Sterilisierungsoperation in die Nervenlinik verlegt werden. Ein großer Teil der in der F. K. T. Sterilisierten lag von Anfang an in der Nervenlinik. Bei diesen wurde dann die ganze Operationsvorbereitung in der Nervenlinik selbst durchgeführt. Die Sterilisierung dieser Erbkranken (59 Frauen) erfolgte dann ambulant, d.h. die Kranken wurden kurz vor der Operation in die Frauenklinik gebracht, und sofort nach der Operation wieder zurück in die Nervenlinik verlegt. Dort standen sie dann bis zur Ausheilung der Operationswunden unter der Kontrolle eines älteren Assistenzarztes der Frauenklinik.“²⁰⁰ Aus Horstmanns Zahlen²⁰¹ lässt sich schließen, dass der „stationäre Weg“ mit

kommt aus der Frauenklinik, wohin sie zur Sterilisation gewiesen worden ist, weil sie drüben schon mehrere Anfälle bekommen hat und Aufregung bei den übrigen Patientinnen erzeugte.“

¹⁹⁷ Hierzu kommt ein Assistenzarzt der Frauenklinik täglich in die Nervenlinik. UAT 335/13

¹⁹⁸ UAT 335 / 13, der vollständige Brief samt der Antwort Mayers sind im Anhang abgedruckt.

¹⁹⁹ UAT 335 / 13

²⁰⁰ Horstmann (1938) S.10

der direkten Überweisung stationärer Patientinnen nicht täglich und ständig vorkommt, aber doch zur Routine gehört, und es sich nicht um Einzelfälle handelt.²⁰² Informationen zum „stationären Weg“ enthalten auch die Dissertationen aus der damaligen Zeit. Während Ritter²⁰³ und Bauer²⁰⁴ über die Durchführung des GVeN in den Jahren 1934 und 1935 berichten, dass zumeist keine Anträge, sondern vor allem Anzeigen bei der Entlassung gestellt werden, bezieht Mayer in seiner Arbeit über das Sterilisationsgesetz und das manisch - depressive Irresein den Jahrgang 1936 ein: „Die Klinik handhabte 1934 und 1935 die Durchführung des Gesetzes in der Art, dass meistens vor oder bei der Entlassung des Patienten die Anzeige, bzw. die Verdachtsanzeige bei dem zuständigen Amtsarzt erstattete und diesem die weitere Durchführung des Gesetzes übergab. Im Jahre 1936 wurde im allgemeinen bei allen diagnostisch klaren Fällen auch der Antrag auf Sterilisation von der Klinik selbst gestellt.“²⁰⁵

Den „stationären Weg“ **zusammenfassend** lässt sich sagen, dass bei den Personen, die wegen Krankheit stationär aufgenommen sind, das Erbgesundheitsverfahren im wesentlichen von der Nervenlinik abgewickelt wird. Bei der Untersuchung der Akten kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Verfahren nebenher und ohne größeres Aufsehen durchgeführt werden. Während ihres Behandlungsaufenthaltes werden die PatientInnen angezeigt und der Antrag zur Unfruchtbarmachung wird gestellt. Gibt das Erbgesundheitsgericht grünes Licht, so werden sie in die Frauenklinik oder in die Chirurgie gebracht und ambulant sterilisiert. Die Möglichkeiten des Protestes oder der Verhinderung der Sterilisationen sind für diese Gruppe der Betroffenen sehr begrenzt.²⁰⁶ Bock berichtet in ihrer Arbeit, dass von 1934- 1936 etwa 30 – 40 % der Sterilisierten in Nervenanstalten und Krankenhäusern leben, und dadurch dem Verfahren ausgeliefert sind.²⁰⁷ Die psychisch und physisch sehr eingreifende Operation wird bei diesen PatientInnen in der ohnehin vulnerablen Phase der akuten Erkrankung durchgeführt.

²⁰¹ Seine Untersuchung beziehen sich auf alle Operationen die seit der Einführung des GVeN durchgeführt wurden bis zum 1.10.36

²⁰² Wie oben erläutert sind im Operationsbuch der Frauenklinik für das Jahr 1936 50 Fälle angegeben.

²⁰³ Ritter (1940)

²⁰⁴ Bauer (1936)

²⁰⁵ Mayer (1939) S. 10

²⁰⁶ Siehe hierzu Kapitel 7.3

²⁰⁷ Bock (1986) S. 260 sie zitiert hierbei einen Richter, der angibt, dass die Betroffenen dadurch „*bedingungslos in unseren Händen sind*“

5.1.3 Zusammenfassende Bemerkungen

Gemäß obiger Darstellungen sind von der Anzeige bis zur Sterilisation einige Schritte und Institutionen zu durchlaufen. Für jede/n BetroffeneN wird eine Anzeige und ein Antrag gestellt, alle werden am Erbgesundheitsgericht verhandelt, vor jeder Sterilisation muss ein schriftlicher Beschluss mit Begründung vom Erbgesundheitsgericht vorliegen. Fakultativ ist die Anforderung eines Sachverständigen, die Bitte um ein Gutachten und von den Betroffenen selbst eine Klage gegen den Beschluss und die Verhandlung am Erbgesundheitsobergericht. Des weiteren kann der Beginn des Verfahrens grob in zwei Gruppen eingeteilt werden: Erstens PatientInnen, die in Kliniken und Anstalten untergebracht sind, (in meiner Darstellung der „stationäre Weg“); und zweitens Menschen, die zum Zeitpunkt des Erbgesundheitsverfahrens nicht in psychiatrischen Krankenhäusern oder sonstigen Einrichtungen untergebracht sind (der „ambulante Weg“). Liegt bei ersteren der Anfang des Weges zur Sterilisation sozusagen in einer Hand (Anzeige, Antrag, Transport in die zur Sterilisation beauftragten Klinik), sind die Menschen, die aus dem ambulanten Bereich angezeigt werden, schon mit verschiedenen Institutionen in Kontakt gekommen. Einmal der/die Anzeigende, dann der Amtsarzt im Gesundheitsamt, die bei der Ladung vor das Erbgesundheitsgericht Anwesenden²⁰⁸, und - falls vom Erbgesundheitsgericht angefordert - die GutachterInnen. Außerdem ist die zeitliche Dauer des Verfahrens sehr viel länger und die Betroffenen sind zwischen den einzelnen Schritten des Erbgesundheitsverfahrens in ihrer gewohnten Umgebung.

Außerdem wird bei der Betrachtung der Schaubilder noch etwas anderes deutlich: Die **Übermacht der ÄrztInnen** in der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In allen Bereichen der Durchführung haben sie eine dominante Rolle. Ob es nun die Anzeige durch jeglichen Arzt und jegliche Ärztin, die Antragstellung durch den Amtsarzt/ die Amtsärztin, die Erbgesundheitsgerichte (zwei von drei Entscheidungsträgern sind ÄrztInnen), oder die Begutachtung ist, und nicht zuletzt die Sterilisation selbst, die wieder von ÄrztInnen durchgeführt wird - immer sind MedizinerInnen HauptakteurInnen in der Ausführung des Gesetzes.

Die Durchführung des GVeN ist in dieser Prädominanz von ÄrztInnen kein Einzelfall. Kater beschreibt in seinem Buch, dass sich die Mehrheit der deutschen Ärzte

²⁰⁸ EinE JuristIn und mindestens 2 ÄrztInnen.

politisch mit dem Dritten Reich identifizierte²⁰⁹. „Was die Parteimitgliedschaft angeht, standen die Ärzte zweifellos an der Spitze aller akademischen Berufe.“²¹⁰ Die ÄrztInnen waren also in sehr hohem Prozentsatz Mitglieder in der NSDAP. Als Ursachen dafür diskutiert Kater unter anderem auch die wirtschaftlich missliche Lage der ÄrztInnen in der Weimarer Republik und die Verbesserung der Lage durch Hitler und sein Kabinett.²¹¹

5.2 Die konkrete Sterilisationspraxis an der Frauenklinik Tübingen

Um die Alltagsgeschichte des GVeN darstellen zu können, ist es notwendig, auch einen Einblick in die praktische Durchführung der Sterilisationen zu geben. Im Falle der Frauen, deren Gutachten ich bearbeite, ist das ausführende Organ der operativen Sterilisation die Frauenklinik Tübingen. Forschungen zu deren Rolle im Nationalsozialismus gibt es bisher kaum.²¹² Um dennoch Aussagen machen zu können, untersuche ich als ungedruckte Quellen das Operationsbuch aus dem Jahr 1936 und Verwaltungsakten der Frauenklinik²¹³ und werte diese sowohl quantitativ als auch qualitativ aus.

Die Universitäts-Frauenklinik liegt geographisch 1936 direkt unterhalb des Universitäts-Nervenklinikums, so dass die Wege kurz sind. Mit Prof. Dr. med. August Mayer hat die Klinik einen sehr bekannten Geburtshelfer und Gynäkologen als Leiter. Er bekleidet dieses Amt von 1918 bis 1950. Sein wissenschaftliches Werk ist mit über fünfhundert Publikationen sehr groß.²¹⁴ Er ist Befürworter der Sterilisationspraxis und setzt sich stark für die Errichtung einer speziellen Sterilisierungsklinik²¹⁵ ein. Unter seiner Leitung und Verantwortung werden an der Frauenklinik die „eugenischen Sterilisierungen“ durchgeführt. In einem in den Verwaltungsakten der Frauenklinik erhaltenen

²⁰⁹ Kater (2000) S. 149

²¹⁰ Ebenda S.110

²¹¹ Ebenda S. 105, das Durchschnittsgehalt eines Arztes war im Jahr 1937 höher denn je; sie waren die bestverdienenden Freiberufler des Dritten Reiches. S. 113

²¹² Eine Arbeit über ihren damaligen Leiter ist derzeit in Arbeit: Doneith, Thorsten. Abteilung für Medizingeschichte, Eberhard- Karls – Universität Tübingen.

²¹³ UAT 335 / 13 + 73 sind vom Universitätsarchiv verwaltet. Verwaltungsakten bezüglich des GVeN sind vom Universitätsarchiv gesondert zugänglich.

²¹⁴ Pfeleiderer (1968) S. 125

²¹⁵ Wutke-Groneberg (1982). siehe auch UAT 335/ 13 „Die Einrichtung einer solchen geschlossenen Abteilung ist man der Frauenklinik, den Erbgesunden und den Erbkranken sowie dem Ansehen des Gesetzes in der Öffentlichkeit im gleichen Masse schuldig.“ Brief Mayers

Brief beschreibt er sein Verhältnis zum GVeN. Das Gesetz und dessen Ruf läge ihm sehr am Herzen, da „*ich vor mehreren Jahren als Erster unter den deutschen Gynäkologen mich für eine eugenische Sterilisation einsetzte und mir damit schwere sachliche und persönliche Vorwürfe zuzog.*“²¹⁶ Prof. Mayer ist 1936 der einzig zugelassene Operateur, der Sterilisationen nach dem GVeN vornehmen darf.²¹⁷

Neben der Durchführung der Sterilisationsoperationen ist die Frauenklinik auch durch die Beurteilung der Fertilität der unter des GVeN fallenden Patientinnen in die Durchführung des Gesetzes eingebunden. In den von mir bearbeiteten Krankenakten der Nervenklinik finden sich einige Befunde²¹⁸ der Frauenklinik zu diesem Thema. In wenigen Briefen wird auch davon berichtet, dass gynäkologische Untersuchungen zwecks der Beurteilung für das GVeN bei sich wehrenden Frauen unter Narkose durchgeführt werden.²¹⁹

5.2.1 Die durchgeführten Sterilisationen

Im Bezug auf die praktische Durchführung und Quantität im Jahr 1936 lässt sich aus dem Operationsbuch der Universitätsfrauenklinik folgendes entnehmen: Im Jahre 1936 werden insgesamt 1792 Operationen durchgeführt, davon sind **209** mit einer **Sterilisation** verbunden. Von diesen sind 177 Sterilisationsoperationen nach Madlener, 3 Tubenteilexzisionen, 9 Exzirpationen beider Tuben, 1 Sterilisation durch Abtragung der Tuben, 2 Tubenexzirpationen mit Exzirpation der Ovarien (entspricht Kastration), 7 Interruptiones mit Sterilisation nach Madlener²²⁰, 6 Prinzenschnitte mit Sterilisation nach Madlener²²¹, 2 Sectio Caesarea und Tubensterilisation, 1 Interruptio mit Exzirpation beider Tuben, und 1 Interruptio samt Sterilisierung und Appendektomie.

²¹⁶ UAT 335 / 13

²¹⁷ Siehe hierzu UAT 335 / 13 sowie die im Anhang abgedruckten Kliniken und Operateure Württembergs.

²¹⁸ UAT 669 / 6856 enthält beispielsweise einen Brief der Frauenklinik: „*Bei Frl. L. K. erhoben wir einen normalen gynäkologischen Befund. Mit deutschem Gruss*“

²¹⁹ Siehe hierzu Kapitel 7.4

²²⁰ Bei diesen Operationen wurden bestehende Schwangerschaften im 3. oder 4. Monat unter einer unter das GVeN fallenden Diagnose unterbrochen und gleichzeitig die Madlenersche Tubenquetschung durchgeführt. Eine der Interruptiones hatte als Diagnose Multiple Sklerose der Mutter.

²²¹ Prinzenschnitt ist eine Bezeichnung für eine Operationsmethode zur Schwangerschaftsunterbrechung ab dem 3. / 4. Schwangerschaftsmonat. Siehe hierzu Horstmann (1938) S.5 f

Es werden also im Jahre 1936 insgesamt 209 Frauen an der Universitäts- Frauenklinik unfruchtbar gemacht²²². Einige im Zusammenhang mit der Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft, meist im 3. oder 4. Schwangerschaftsmonat, wenige nach einer Sectio Caesarea. Ein Schwangerschaftsabbruch ist eigentlich unter Strafe gestellt, wird aber ab dem 26. Juni 1935 als Änderungsgesetz zum GVeN bei eugenischer Indikation zugelassen.²²³ Drei der Madlenerschen Sterilisationen und eine der Interruptiones werden als Operationen aus medizinischer Indikation²²⁴ im Operationsbuch vermerkt und nicht aufgrund des GVeN.²²⁵ Da die Akten der Frauenklinik aus dem Jahrgang 1936 vor einigen Jahren vernichtet wurden, lässt sich leider nicht sagen, ob die im Operationsbuch angegebenen Angaben hierzu stimmen.²²⁶

Die Operationsmethode der Tubenquetschung nach Madlener ist eindeutig die Standardmethode in Tübingen (177 von 209 Sterilisationen), was dem damaligen Durchschnitt auch anderer Kliniken entspricht, wie aus der Statistik von Mikulicz²²⁷, die im Kommentar zum GVeN erwähnt wird, hervorgeht. Horstmann verteidigt diese Methode in seiner Dissertation aus der Frauenklinik ausdrücklich, da sie eine kürzere Narkosedauer benötige und dadurch eine geringe Komplikationsrate²²⁸ als andere Sterilisierungsmethoden habe. Dies sei entscheidender als die Sicherheit im Bezug auf die Sterilität der operierten Frauen, die bei der Madlenerschen Tubenquetschung damals wie heute in Frage gestellt wird. Hier ist er eventuell nicht ganz konform mit der Klinikleitung, denn in den Verwaltungsakten der Frauenklinik ist ein Brief des ärztlichen Direktors des Bürgerhospitals Stuttgart enthalten, der Prof. Mayer stark widerspricht, dass eine siche-

²²² Vergleiche hierzu die Zahlen in den Korrespondenzen der Frauenklinik unter UAT 335 / 73, die von 203 Sterilisationen aus eugenischer Indikation ausgehen, 176 nach Madlener, 1 Röntgensterilisierung, 1 Radiumsterilisierung, bei 12 gleichzeitige Unterbrechung einer Schwangerschaft. Die Differenzen von drei Fällen, die Errechnung aus dem Operationsbuch ergibt 206 Operationen zur eugenischen Sterilisierung, die Frauenklinik in der Korrespondenz 203, kann vielfältige Ursachen haben. Da es so geringe Abweichungen sind, sehe ich keine Veranlassung ihnen nachzugehen.

²²³ Siehe hierzu Schmuhl (1987) S. 163

²²⁴ UAT 335 / 73. in einer Erläuterung des GVeN, die unter Mai 1936 in den Verwaltungskorrespondenzen betreffend des GVeN eingeordnet ist, wird beschrieben, dass auch die medizinische Unfruchtbarmachung oder Kastration aus medizinischer Indikation binnen 3 Tagen nach Vornahme dem zuständigen Amtsarzt in einem schriftlichen Bericht erstattet werden muss.

²²⁵ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 76, Gesetzestext des GVeN § 14 Verbot der freiwilligen Sterilisation.

Daher war nur Sterilisation nach dem GVeN oder aus medizinischer Indikation möglich

²²⁶ Laut Doneith widersprechen sich die Angaben zwischen Operationsbuch, Krankenakten und Diagnosebuch der Frauenklinik für das Jahr 1935 erheblich.

²²⁷ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 333, Artikel von Prof. Dr. med. H. Enmer, München, Gynäkologie UAT 333 / 73 Brief von Mikulicz-Radecki, der aus seiner Klinik in Königsberg in einem Brief vom 15.2.35 auch in der Tübinger Frauenklinik nachfragt, welche Operationsmethoden sie verwendeten und ob sie Radium und Röntgenkastrationen durchführen.

²²⁸ Horstmann (1938) S. 19

rere Methode gefunden werden müsse.²²⁹ Dass auch andere Kliniken radikalere Ansichten im Bezug auf die Sterilisationsoperationen haben, zeigt sich in einem Aufsatz von Ottow aus Berlin: „Der gesetzlichen Sterilisation muss in jedem Fall die Möglichkeit der Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit ausnahmslos genommen werden. Das kann nur durch eine restlose Entfernung der Tuben erfolgen. Diese sind demnach hier total zu exstirpieren.“²³⁰ Auch die Verfasser des Kommentars zum GVeN diskutieren die Popularität der Madlenerischen Tubenquetschung „Sicher verdankt sie diese Beliebtheit der Einfachheit ihrer Durchführung und dem Umstande, dass sie sich vollkommen unblutig ausführen lässt. Madlener hat seine Methode bereits 1909 beschrieben und seit 1910 ausgeführt.“²³¹ Aus heutiger Sicht sind dies Dokumente, die zum einen zeigen, wie neu Sterilisationsoperationen überhaupt sind, und vor allem wie stark das Interesse an der Vollendung der Ziele des GVeN ist und Unsicherheiten im Bezug auf die Fertilität nicht geduldet werden sollen.

In zwei Fällen werden neben der Tubenentfernung auch die Ovarien entfernt, was einer Kastration entspricht. Gesetzesgemäß ist dies nur aus medizinischer Indikation erlaubt. In einem Fall sind Ovarialzysten, im anderen eine Parasalpingitis als Ursache für die Ovarientfernung angegeben, was beides das Kriterium der medizinischen Indikation erfüllt. Laut dem GVeN ist die Entfernung der Eierstöcke als Methode der Unfruchtbarmachung unzulässig.²³²

Was bei der Analyse des Operationsbuches auch auffällt, ist, dass in unregelmäßigen Abständen in der Spalte „Operation“ neben der Operationsbezeichnung „Madlener“ noch „*Keilexzision li Ovar*“ steht. In der zweiten Hälfte des Jahres 1936 findet sich des Öfteren die Bemerkung „Keilexzision beider Ovarien“. Nicht bei allen Operationen nach Madlener wird diese Teilentfernung eines Eierstockes (oder später beider Eierstöcke) vorgenommen. Vielmehr scheint dies in zeitlichen Schüben zu gehen. Ein paar Wochen lang wird dies bei fast allen nach Madlener operierten Frauen durchgeführt, kurz darauf nur sehr vereinzelt. Dies, und auch die Änderung von einseitiger zu beidsei-

²²⁹ UAT 335 / 13 daraus ist zu schließen, dass Mayer für die Einführung sicherer Methoden wirbt. Die Korrespondenz handelt vom Fall einer Schwangerschaft nach Sterilisation.

²³⁰ Ottow (1936) S.170

²³¹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 333, Artikel von Prof. Dr. med. H. Enmer, München, Gynäkologie

²³² Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 76 und 327, Artikel von Prof. Dr. med. H. Enmer, München, Gynäkologie, siehe auch GVeN § 14

tiger Keilresektion lässt eine Nutzung der eugenischen Sterilisationen für wissenschaftliche Zwecke²³³ durch Verwendung der gewonnenen Ovarialschnitte vermuten.²³⁴

Tabelle 1: Sterilisationsindikationen in der Tübinger Universitätsfrauenklinik 1936 in totaler Anzahl und in Prozent der eugenischen Sterilisationen

Sterilisationsindikationen in der Frauenklinik aus dem Operationsbuch entnommen	Anzahl total	Prozent GVeN
Debilität	95	46.8 %
Epilepsie	19	9.4 %
Schizophrenie	68	33.5 %
man-depr. Irresein/ endogene Depression	7	3.4 %
erbliche Taubheit	6	2.9 %
Retinitis Pigmentosa	4	1.9 %
Sonstige		
Medizinische Indikation	6	-
keine Angabe	3	1.5 %
eugenische Sterilisierung ohne weitere Angaben	1	0.5 %
Gesamt	203 + 6	100 %

Die Diagnosenverteilung der sterilisierten Frauen im Operationsbuch ist interessant. Fast die Hälfte der Frauen hat die Diagnose Debilität, ein Drittel Schizophrenie, 9,4 % Epilepsie, 7 Frauen mit manisch - depressivem Irresein/ endogener Depression, 6 Frauen mit erblicher Taubheit/ Taubstummheit/ erblicher Schwerhörigkeit, 4 Frauen mit Retinitis Pigmentosa und 10 Sonstige²³⁵. Eine entsprechende Verteilung der Diagnosen

²³³ Ob die Keilexzidate u. U. zur Hormonextraktion herangezogen werden, oder wofür sie dienen, lässt sich heute ohne weitere gründliche Nachforschungen nicht sagen. Keilexzisionen werden zur Sterilitätsbehandlung beim PCO- Syndrom durchgeführt (Polyzystische Ovarien). Dies passt nun ganz klar nicht zur Madlenerschen Tubenquetschung und zur Herbeiführung von Sterilität. Eventuell kann die Entfernung von Keimgewebe als Versuch des Zugriffs auf die Erbmasse gesehen werden.

²³⁴ In Horstmanns Dissertation (1938) über die Sterilisationsoperationen an der Frauenklinik ist nichts über diese Thematik zu finden. Auch in den übrigen Dissertationen der Jahre 1934 bis 1943 der Frauenklinik Tübingen sind hierzu keine Angaben zu finden, die Publikationen der Frauenklinik nach 1943 konnte ich im Rahmen dieser Dissertation leider nicht bearbeiten.

²³⁵ Hierunter fallen 3 Sterilisationen aus medizinischer Indikation (Vitium Cordis, Adipositas und Descensus uteri der Mutter), 2 Operationen bei denen in der Diagnosespalte nichts eingetragen ist, ein Fall in dem „eugenische Sterilisierung“ steht, eine Interruptio mit Madlenerscher Sterilisation bei offener Lungentuberkulose der Mutter, eine Interruptio mit Madlenerscher Sterilisation mit Multipler Sklerose der Mutter, eine Interruptio mit Sterilisation bei Plazenta Praevia, eine Madlener Sterilisation an der zweiten Tube im Zuge der Entfernung einer Extrauterin gravidität. In den letzten beiden Fällen keine Angabe von Diagnosen die auf eine Sterilisation im Sinne des GVeN hinweisen.

ist auch in der zeitgenössischen Dissertation von Horstmann²³⁶ zu finden. Zum einen tauchen in der Frauenklinik auch die Frauen auf, die in anderen Kliniken begutachtet werden, so Frauen mit Retinitis pigmentosa, für die die Augenklinik zuständig ist oder die erbliche Taubheit, die von ÄrztInnen der Universitätsohrenklinik begutachtet wird. Zum Anderen wird deutlich, dass der Anteil „medizinischer Sterilisationen“ – sechs bis neun Fälle von insgesamt 209 – verschwindend gering ist. Die Diagnoseverteilung der Sterilisierten weicht – wie ich hier vorwegnehmend sagen möchte – stark von der der Begutachteten ab. Dies zeigt die selektierte Menge derer, die zur Begutachtung in die Universitätsnervenklinik kommen und unterstützt somit die These des „stationären Weges“ an der Universitäts- Nervenlinik Tübingen.²³⁷

5.2.2 Die Situation an der Frauenklinik Tübingen

In einem Brief vom 21.7.34²³⁸ beschreibt Mayer, der Leiter der Frauenklinik Tübingen, die Schwierigkeiten, die die Klinik im Allgemeinen durch den schon lange herrschenden Platzmangel und im Speziellen bezüglich der Durchführung der Bestimmungen des GVeN hat. Es fehle an

„ausreichenden Nebenräumen, Isolierungsmöglichkeiten für Schwerkranke oder Sterbende, Schlafräume für Schwestern, Arztwohnungen [...]. Durch die Zunahme der eugenischen Sterilisierung ist die Platznot aber jetzt unerträglich geworden [...]. Nicht wenige der vom Erbgesundheitsgericht zur Sterilisierung zugewiesenen Kranken sind hochgradig schwachsinig und andere sind heiter erregt. Beide Gruppen eignen sich nicht zur Unterbringung in den allgemeinen Krankensälen, sei es, dass sie dort bespöttelt werden oder dass die anderen Kranken das Zusammensein mit ihnen in gemeinsamen Sälen ablehnten. Diese Ablehnung ist durchaus verständlich, wenn man bedenkt dass manche der zu Sterilisierenden überaus unruhig sind. Während andere, die z.B. mit Stuhl und Urin um sich werfen, durch Unsauberkeit auf ihre Umgebung wirken. Wiederholt sahen wir uns gezwungen, Kranke, bei denen für den anderen Morgen die Sterilisierung vorgesehen war, in die Nervenlinik zu verlegen. Wieder andere mussten wegen plötzlicher Erregungszustände gleich nach der Operation dorthin gebracht werden. [...] Unter den herrschenden Zuständen leiden also beide Kliniken und die Patientinnen gleichermaßen, was auf Dauer unhaltbar ist.“

²³⁶ Horstmann (1938). Horstmann untersucht in seiner Dissertation alle Sterilisationen die seit dem Beginn der Aufnahme der Sterilisierungen unter dem GVeN bis zum 1.10.36 durchgeführt wurden, was 414 Sterilisationen entspricht. Die Verteilung der Diagnosen sind bei ihm 55 % Debilität, 25 % Schizophrenie, 9 % Epilepsie 5 % manisch - depressives Irresein. Bei den sonstigen Diagnosen finden sich außer den oben erwähnten auch noch ein Fall von mongoloidem Kretinismus.

²³⁷ Sieh hierzu Kapitel 6.3.2., das den direkten Vergleich der Diagnosenverteilung in der Frauenklinik und der Nervenlinik zeigt.

²³⁸ UAT 335 /13 Brief der Frauenklinik an das Akademische Rektoramt Tübingen Betr: Errichtung einer geschlossenen Sterilisierungsabteilung an der Frauenklinik.

Er berichtet weiter, dass die Geheimhaltung der Sterilisation durch die gemeinsame Unterbringung der Sterilisierten und der normalen gynäkologischen Patientinnen unmöglich gemacht werde, da diese zu Hause von ihren Erlebnissen in der Klinik berichten: *„Das Erbgesundheitsgesetz, das sowieso nicht allgemein beliebt ist, kommt dadurch in der Öffentlichkeit in Misskredit. Dass aber die Öffentlichkeit die richtige Einstellung zum Gesetz bekommt, habe ich von jeher für sehr wichtig gehalten.“*²³⁹

5.2.3 Komplikationen bei Sterilisationsoperationen – Todesfälle

In den Verwaltungsakten der Frauenklinik²⁴⁰ findet sich Korrespondenz der Universitäts-Frauenklinik mit dem Württembergischen Innenministerium und darin einige Abschriften von Briefen zu dem reichsweit ersten **Todesfall** nach einer Sterilisationsoperation aufgrund „eugenischer Indikation“. Am 2. Mai 1934 stirbt Frau F. M. in Ravensburg in Folge einer Peritonitis wenige Tage nach ihrer Sterilisation. Anhand der erhaltenen schriftlichen Kommunikation lässt sich feststellen, dass dies Anlass zu großen Diskussionen gibt; in deren Folge Richtlinien zur Unfruchtbarmachung verfasst werden, um weitere tödliche Zwischenfälle zu vermeiden.

In der Arbeit von Horstmann²⁴¹, aber auch in der (in den Verwaltungsakten der Frauenklinik enthaltenen) Korrespondenz der Frauenklinik, wird von einem tödlichen Zwischenfall nach einer Sterilisation in der Frauenklinik Tübingen berichtet. Eine 31-jährige Frau, die unter der Diagnose des angeborenen Schwachsinn sterilisiert wird, stirbt am 20. postoperativen Tag aufgrund einer Bronchopneumonie nach Verlegung in die Medizinische Klinik. Die Operationswunde selbst sei gut verheilt, wie bei der Obduktion bemerkt wird, die Bronchopneumonie wird als Folge der Narkose angesehen und ist somit eine perioperative tödliche Komplikation.

Als Komplikationen ohne tödliche Folge nennt Horstmann Wundheilungsstörungen²⁴² und vor allem Beschwerden der Atemwege²⁴³. Doneith beschreibt in seiner

²³⁹ Ebenda

²⁴⁰ UAT 335 /73

²⁴¹ Horstmann (1938)

²⁴² Horstmann (1938) folgende chirurgische Komplikationen: Bei 32 Frauen waren die Wunden nach 6 Tagen noch oberflächlich dehiszent. In größerem Ausmaß war die Wunde oberflächlich in 4 Fällen vereitert. 5 Frauen hatten Bauchdeckenhämatome und 2 Bauchdeckenabszesse. Eine Peritonitis haben wir bei unseren Sterilisierungen erfreulicherweise nicht erlebt. (Grundmenge 414 sterilisierte Frauen)

²⁴³ Horstmann (1938) „Doppelt so groß ist dagegen die Zahl der anderen postoperativen Komplikationen. Dabei stehen an Schwere und Zahl die Erkrankungen der Atemwege im Vordergrund. „9 Bronchopneu-

derzeit entstehenden Arbeit über Mayer außerdem einen Fall, in dem eine Frau am Tag vor der geplanten Sterilisation nach einer Injektion verstirbt.²⁴⁴

5.3 Der Weg vom Patienten zur Volksgefahr – Anzeigepflicht

5.3.1 Pflicht zur Anzeige

„Jeder Patient, der zum Arzt geht, muß sich darüber klar sind, daß er die Sprechstunde betritt als Einzelpersönlichkeit und zugleich auch als Glied der ihm übergeordneten Gemeinschaft. Und auch der Arzt sei sich dessen stets bewusst, daß der Kranke nicht nur individuelle Heilansprüche stellen darf, sonder unter Umständen sich bestimmten Gemeinschaftsanforderungen fügen muß; ohne Murren über das Schicksal, das in der Gemeinschaft waltet, denn das Schicksal der Gemeinschaft ist auch das seine.“²⁴⁵ (H.Hoffmann 1937)

Die Verpflichtung zur Anzeige aller im Gesundheitswesen Tätigen brachte einige Veränderungen mit sich. Zum einen für die nun anzeigepflichtigen Personen, zum anderen für die PatientInnen und deren Verhältnis zu den sie Behandelnden.

Liest man das GVeN genau, so findet man im Gesetzestext²⁴⁶ selbst keinen Paragraphen, der etwas darüber aussagt, wie der/ die AmtsärztIn auf diejenigen Personen aufmerksam werden soll, über die er/ sie einen Antrag zur Sterilisation beim Erbgesundheitsgericht einreichen soll. Erst in der „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933“ kommt das Wort „Anzeige“ vor. Dort steht in Artikel 3 (zu den Paragraphen §3 und §4 des GVeN): „Wird einem approbierten Arzt in seiner Berufstätigkeit eine Person bekannt, die an einer Erbkrankheit (§1 Abs 1,2) oder an schwerem Alkoholismus leidet, so hat er dem zuständigen Amtsarzt hierüber [...] unverzüglich Anzeige zu erstatten. Die gleiche Verpflichtung haben sonstige Personen, die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken befassen. Bei Insassen von Anstalten trifft den Anstaltsleiter die Anzeigepflicht“²⁴⁷.

Laut Verordnung ist „unverzüglich“ Anzeige zu erstatten. Diese Anzeigepflicht betrifft auf der einen Seite jeden approbierten Arzt/ jede approbierte Ärztin, aber auch

monien, 3 Bronchitiden, 2 Pleuritiden, zweifellos alles Erkrankungen, deren Entstehung und Verschlimmerung durch die Dauer der Narkose beeinflusst wird“ (Grundmenge 414 sterilisierte Frauen)

²⁴⁴ Siehe hierzu die im Entstehen begriffene Arbeit von Doneith

²⁴⁵ Hoffmann (1937) S.48

²⁴⁶ Siehe Kapitel 4 sowie den Gesetzestext im Anhang.

²⁴⁷ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 84

andere Personen, die in ihrer Arbeit mit Kranken zu tun haben. Durch diesen Zusatz werden im Prinzip alle im Gesundheitswesen tätigen Personen miteinbezogen. Zunächst herrscht Verunsicherung darüber, welche Berufsgruppen gemeint seien. Eine Frage ist zum Beispiel, ob auch Hebammen zur Anzeige verpflichtet sind, da sie sich, so das Argument, das in einem Brief²⁴⁸ der Frauenklinik an das Innenministeriums geltend gemacht wird, nicht mit Kranken im engeren Sinne beschäftigen. Doch das Innenministerium bezeichnet daraufhin auch Hebammen als anzeigepflichtig. Bauer²⁴⁹ berichtet in seiner zeitgenössischen Dissertation zu diesem Thema aus der Nervenklinik in Tübingen:

„Nachdem alle Hindernisse beseitigt waren, wurde eine sehr große Zahl von Anzeigen und Anträgen gestellt, was in der Klinik an den zu diesem Zweck angeforderten Krankenblättern sehr gut zu verfolgen war. Zurückzuführen war das einerseits auf eine im Anfang gut zu verstehende Übereifrigkeit, die in möglichst kurzer Zeit möglichst große sichtbare Erfolge schaffen möchte, andererseits an einzelnen Orten auf einen Erlass, wonach alle, die irgend einmal erkrankt gewesen seien, zu melden seien. So brachten sehr viele Ärzte alle die ihnen in der Erinnerung schwebenden Kranken zur Anzeige. Bedauerlicherweise wurden solche Kranke auch durch Denunziationen dem Amtsarzt mitgeteilt, was selbstverständlich dem Volke und seiner Gemeinschaft durchaus unzutraglich und eine sehr unfeine Art war, Rache zu üben. Dass sich durch diese Umstände natürlich mancher beunruhigt fühlte, ist klar, denn: wenn eines Tages plötzlich ein Schreiben zu einer Bauernfamilie auf das Land hinaus kommt, in dem der Oberamtsarzt einem Mitglied der Familie mitteilt, dass es sich zur Erbgesundheitsuntersuchung da und dahin begeben solle, zu einer Bauernfamilie, wo vor 15 oder 20 Jahren einmal ein Mitglied einen „Anfall“ hatte oder sonst wie krank war, seither aber gesund geblieben war, so wird dies selbstverständlich von der Familie nicht verstanden; sie weiß, dass der Betreffende gesund ist, und dann wird eben nicht eingesehen, warum nunmehr nach langer Zeit der Genesung sterilisiert werden muss. Das Reichsministerium gab deshalb eine Verordnung heraus, nach der nur alle die zur Sterilisation zu melden seien, die nach dem 1. Januar 1934 dem Arzt vor Augen kämen.“²⁵⁰

Es sollen in der Folge nur diejenigen angezeigt werden, die nach dem 1. Januar 1934 in der Behandlung des Anzeigenden stehen.²⁵¹ Der Kommentar von Gütt/Rüdin/Ruttke beschreibt die Notwendigkeit der Anzeige wie folgt: „Erbkranke im Sinne des Gesetzes sind also ohne jede Einschränkung dem zuständigen Amtsarzt anzu-

²⁴⁸ UAT 335/73 Brief des Reichsminister des Inneren II 1079 / 8.6, Berlin 9.7.1934

²⁴⁹ Bauer (1936) S.13

²⁵⁰ Bauer (1937) S. 13

²⁵¹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 210. Anders stellt dies Koch (1994) S. 18 in seinen Ausführungen dar. Nach einer Verfügung des Regierungspräsidenten Hildesheim seien auch die Personen anzeigepflichtig, die vor dem 1.1.1934 dem Arzt bekannt geworden seien.

zeigen“²⁵², egal ob es ein Kind sei oder „eine Greisin“, die Entscheidung darüber ob aus der Anzeige ein Antrag werde, trage der Amtsarzt. „Lediglich bei Frauen, die unfruchtbar, also über 45 Jahre alt sind, kann [...] zur Vermeidung unnötiger Schreibarbeit die Meldung unterbleiben.“ Denn durch das auf Alter und Fruchtbarkeit kaum Rücksicht nehmende Anzeigen jeglicher Person, die an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes leiden könnte, ergebe „die Möglichkeit, alle erbkranken Personen zu erfassen und listenmässig zu führen, d. h. die erbbiologische Bestandsaufnahme des deutschen Volkes vorzubereiten.“²⁵³

Mit dieser Auslegung des GVeN erweitert der Kommentar die Funktion des Gesetzes. Es gehe nicht nur allein um die Verhütung erbkranken Nachwuchses, sondern auch darum, alle „Erbkranken“ systematisch zu erfassen bzw. um den Beginn einer Bestandsaufnahme des ganzen Volkes in erbbiologischer Hinsicht.

Dass die „Verhütung“ der Entstehung von Krankheiten einen wichtigen Teil des ärztlichen Handelns einnehmen soll, beschreibt Hoffmann: „Die Gesundheitsführung hat als umfassendes und gleichwertiges Gebiet des ärztlichen Handels der eigentlichen Heilbehandlung an die Seite zu treten.“ Er betont in seinem 1937 veröffentlichten Artikel, die Aufgabe der „**Gesundheitsüberwachung**“²⁵⁴, die sich daraus für die Ärzte ergäbe. Als Teil dieser Gesundheitsüberwachung kann beispielsweise die Anzeigepflicht verstanden werden.

5.3.2 Auswirkung auf die Arbeit der niedergelassenen ÄrztInnen

Die staatlich verordnete Anzeigepflicht hat ihre Einflüsse auch auf die **niedergelassenen ÄrztInnen**. Über sie schreibt Bauer in seiner zeitgenössischen Arbeit: „Es ist auch wieder zu verstehen, dass ein staatlich angestellter Arzt sich nicht so sehr davor zu hüten braucht, sich in dem einen oder anderen Fall den Zorn seiner Patienten zuzuziehen, als ein Arzt in einem kleinen Dorf, wo alles miteinander verwandt und verschwägert ist, wenn er einen aus einer großen Verwandtenfamilie, sei es mit absoluter Notwendigkeit, anzeigt und riskiert, dass dann der Boykott des ganzen Dorfes über ihn verhängt wird. Wo viel Inzucht getrieben wird, wie z.B. in Württemberg in den Dörfern der

²⁵² Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 210

²⁵³ Ebenda; siehe auch Kapitel 5.6

²⁵⁴ Hoffmann (1937) S. 52

Alb sind Geisteskrankheiten, überhaupt vererbare Krankheiten häufig, aber die Einsicht in die Notwendigkeit der Sterilisierung ist gering.“²⁵⁵

Bauer beschreibt, dass es für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durchaus problematisch sein kann, wenn sie sich an die Anzeigepflicht halten. Besonders in Dörfern sei es für diese fraglich, ob sie sich im Einzelfall an die Anzeigepflicht halten können oder nicht. Und dies nicht aus Gründen der Gesinnung oder Anhängerschaft an die Rassenhygiene, sondern vielmehr aus Gründen der Wirtschaftlichkeit. Die Frage der Anzeige kann in manchen Fällen - so Bauers Überlegung – zu einer Frage um die eigenen Existenz der/ des betroffenen ÄrztIn werden.

5.3.3 Auswirkung auf die Klinik

Die Nervenklinik hingegen hat aus wirtschaftlicher Sicht durch das Gesetz eher Vor- als Nachteile. Die **Aufnahmezahlen** steigen²⁵⁶, die Klinik ist gut ausgelastet. Dies ist zum einen auf den größeren Arbeitsaufwand im Bezug auf einzelne PatientInnen durch die Durchführung des GVeN zurückzuführen, andererseits auf steigende Patientenzahlen²⁵⁷ auch durch die Begutachtungstätigkeit.

Die Klinik bekommt allerdings auch eine negative Seite des Prozesses mit: Das **Vertrauen** in die Beschäftigten des Gesundheitswesens sinkt. „Allmählich macht sich leider auch bemerkbar, dass das ärztliche Vertrauen gelitten hat. Zum Teil fragen die Kranken vorher in der Klinik an, ob die Klinik eine Anzeige erstatten müsste, und wenn dies bejaht wird, hört man keinen Ton mehr von ihnen.“²⁵⁸ Trotz der positiven Beschreibung der Lage an der Universitäts- Nervenklinik Tübingen gelangt Ritter in ihrer deutlich rassehygienisch gefärbten Arbeit eigentlich zur selben Einschätzung. Sie berichtet von Kranken, die trotz der Einleitung des Verfahrens durch die Klinik, wieder dorthin zur Behandlung zurückkommen. Allerdings schränkt sie ihre Aussage gleichzeitig wieder ein, indem sie auch anders gelagerte Fälle aufführt.²⁵⁹

²⁵⁵ Bauer (1936) S.13

²⁵⁶ Mayer (1939), S. 5

²⁵⁷ Leonhardt (1996) zitiert Brief von Hoffmann vom 2.3.1937, dass 1936 400 PatientInnen mehr als im Jahr 1935 aufgenommen worden seien.

²⁵⁸ Bauer (1936); auch heute ist es eine der Hauptängste und Gründe gegen eine stationäre Behandlung der psychiatrisch Kranken, dass sie, einmal aufgenommen aus der Klinik nicht mehr entlassen werden. Diese Ängste müssen sich durch das GVeN extrem gesteigert haben.

²⁵⁹ Ritter (1942) S. 20

Sind die PatientInnen in die Klinik aufgenommen, ergeben sich weitere Probleme, die auch in einigen der von mir bearbeiteten Gutachten zum Ausdruck kommen: Die begutachtenden ÄrztInnen glauben den zu Begutachtenden nicht, wenn sie beispielsweise ihre Anfälle oder sonstigen Beschwerden anamnestisch scheinbar zu unspektakulär darstellen. Gleichzeitig ist es für die ÄrztInnen schwer, überhaupt zu explorieren, da die PatientInnen durch das Wissen um das GVeN vorsichtiger geworden sind, und nicht mehr frei erzählen, unter Umständen bewusst versuchen, wichtige Informationen zu verschleiern. „Bei Anamnesen ist es viel mühseliger geworden, etwas Einwandfreies zu erfahren.“²⁶⁰ Die PatientInnen halten sich zurück, da sie wissen, dass die geäußerten Fakten gegen sie verwendet werden können. Das erschwert die Arbeit der ÄrztInnen erheblich.

Zu Veränderungen im Klinikalltag führt auch die Tatsache, dass - wie im oben zitierten Brief von Prof. Gaupp²⁶¹ erwähnt - die Sterilisationsoperation an sich zu Erkrankungen oder Rezidiven führt, die zu einer Aufnahme in der Nervenklinik führen. „*Offenbar erkranken doch sehr viele Menschen in Reaktion auf den operativen Eingriff mit starken Erregungszuständen und es ist dann ein wahres Wunder, wenn sie mit dem Leben davonkommen.*“²⁶² Auch die Durchführung von Sterilisationen während Behandlungsaufenthalten beeinträchtigt sicherlich die Behandlungserfolge. In den von mir bearbeiteten Akten findet sich ein Fall einer schizophrenen Patientin, bei der Hoffmann wegen der derzeitigen Durchführung einer Insulinkur die Verschiebung der Sterilisation beantragt.²⁶³ Sie ist eine der ersten PatientInnen, die mit Insulin behandelt wird und sicherlich Teil der damaligen Forschung, womit ein unmittelbares Interesse besteht, den Heilungsprozess nicht zu stören.

Nicht zuletzt leidet auch die zu jener Zeit beliebte **Forschung über Erbbiologie** unter den Folgen der Anzeigepflicht.²⁶⁴ Bauer weist auf den Umstand hin, dass Widerstand gegen diese erbbiologischen Forschungen durch das GVeN verstärkt werde und so der Nervenklinik viele ihrer Forschungsprojekte erschwere.

²⁶⁰ Bauer (1936) S.15

²⁶¹ siehe Kapitel 5.1.2

²⁶² UAT 335 /13, der Brief ist außerdem im Anhang abgedruckt.

²⁶³ UAT 669 / 7044, Diese aus Berlin stammende Patientin ist ihren behandelnden Ärzten aus Gießen nach Tübingen gefolgt, um eine Insulinkur zu erhalten. Der Sterilisationsbeschluss ist vom EGG Berlin gefasst. Sie ist übrigens die einzige jüdische Patientin, die unter den Krankenakten zu finden ist.

²⁶⁴ Bauer (1936) „Auch bei den harmlosesten erbbiologischen Forschungen stößt man allenthalben in der Bevölkerung auf großes Misstrauen.“

5.3.4 Die Auswirkungen auf die PatientInnen

Für die PatientInnen – auf der anderen Seite - ergibt sich das Problem, dass sie einer Instanz beraubt sind, an die sich vor Erlass des Gesetzes mit ihren Sorgen und Nöten, ihren gesundheitlichen Problemen, hatten wenden können. Die Institution des Arztes, der unabhängig vom Staate ist und der Schweigepflicht unterliegt, gibt es nicht mehr. Jeder Arzt und jede Ärztin ist zur Anzeige verpflichtet. Gesetzlichen Normen stehen vor der Sorge um das Schicksal der PatientInnen. Die ÄrztInnen widmen sich zuerst dem Bedürfnis des Staates, dann dem der/ des PatientIn. „Mit der Einführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hat der Arzt, vor allem aber der sterilisierende Arzt gegenüber den Erbkranken eine völlig andere Stellung. Er ist nicht mehr dem Kranken verantwortlich, sondern dem Staat, der dieses Gesetz zur Anwendung bringt.“²⁶⁵ Horstmann beschreibt dies zwar aus der Sicht des Arztes, man kann aber im Umkehrschluss entnehmen, was es für die PatientInnen bedeutet. Durch das GVeN wird den PatientInnen etwas genommen, was ihnen zuvor unhinterfragt zugestanden hatte: die freie Möglichkeit, sich in Behandlung zu begeben, und die Sicherheit, dass ihnen diese Behandlung zu ihrem Nutzen und nicht zu ihrem Schaden sei, dass der Arzt zuerst dem Kranken verantwortlich sei.²⁶⁶ Ähnlich schreibt Hoffmann 1937 „Alles Sorgen, Helfen und Heilen, alles ärztliche Verordnen, Bestimmen und Eingreifen hat nicht mehr allein das Wohle des einzelnen Kranken, sondern auch das Wohl der übergeordneten Volksgemeinschaft zu bedenken.“²⁶⁷ Dass den PatientInnen diese neue Funktion der ÄrztInnen durchaus bewusst ist, zeigen Notizen in einzelnen Akten wie z.B. dass Frau M. P. vermutet, „der Lossburger Doktor habe sie angezeigt.“²⁶⁸

Durch den **Verlust des Schutzes der Schweigepflicht** durch Einführung des GVeN (Anzeigepflicht)²⁶⁹ wird die Kommunikation zwischen Instanzen möglich, die

²⁶⁵ Horstmann (1938) S.20

²⁶⁶ Bei diesem Punkt muss auf die Vernachlässigung der Behandlung verwiesen werden, die beispielhaft bei der Diagnostik der Epilepsie ist. Dort werden den PatientInnen zur Diagnostik die für sie zur Behandlung notwendigen Medikamente entzogen, um Anfälle beobachten zu können. Siehe auch Kapitel 6.3.1.1 Außerdem UAT 669 / 6857, ein Gutachten in dem beschrieben wird, dass die Angehörigen versuchen, für die Patientin die nötige Luminalmedikation in die Klinik zu schmuggeln.

²⁶⁷ Hoffmann (1937) S. 46-52

²⁶⁸ UAT 669 / 7020

²⁶⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 71 GVeN § 7 „Ärzte, die als Zeugen und Sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen“.

vorher unabhängig voneinander gearbeitet haben; im vermeintlichen Sinne der Volksgemeinschaft und gegen das persönliche Wohl der Betroffenen.²⁷⁰

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch die Anzeigepflicht das Arzt-Patienten Verhältnis nachhaltig gestört wird. Kann dies für niedergelassene ÄrztInnen auch wirtschaftliche Folgen haben, so kommt sie dem Klinikalltag (mit Ausnahme der Mitwirkung der PatientInnen an einzelnen Forschungsprojekten) in wirtschaftlicher Hinsicht zugute. Für die PatientInnen hat sie einen starken Vertrauensverlust in die Person und Rolle der/ des ÄrztIn zur Folge.

5.4 1936 - Zwei Jahre Erfahrung mit dem Gesetz

Am 1. Januar 1934 tritt das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in Kraft. „Damit lief aber nicht sogleich der ganze große Mechanismus“²⁷¹, sondern es dauert eine Zeit, bis die Verordnungen in die Praxis umgesetzt sind und allen Beteiligten klar wird, wie das Verfahren abzulaufen hat. Die Umsetzung des GVeN bringt einige Anlaufschwierigkeiten mit sich, so wird beispielsweise in der Poliklinik²⁷² der Nervenklinik Tübingen bis zum 19. Mai 1934 keine Anzeige erstattet, „weil früher noch nicht bekannt war, wohin man die Anzeigen richten soll.“²⁷³

Ähnlich der oben beschriebenen anfänglichen Euphorie der Anzeigenden,²⁷⁴ scheint es in den Kliniken zu sein, die die Sterilisationen vornehmen. Wie oben bereits zitiert, schreibt Gaupp in einem Brief im November 1934 an Mayer, den Direktor der Frauenklinik Tübingen über das „*Konkurrenzrennen um möglichst hohe Sterilisierungszahlen, das wir in Deutschland unter den Ärzten jetzt beobachten*“ und warnt vor Operationskomplikationen in Sorge um die PatientInnen, die er postoperativ in seiner Klinik zu versorgen hat und deren Zustände ihn beunruhigen.²⁷⁵

²⁷⁰ siehe hierzu auch Kapitel 6.5

²⁷¹ Bauer (1936) S. 13

²⁷² die damalige Ambulanz

²⁷³ Bauer (1936), S.21

²⁷⁴ Bauer (1936) S. 13 spricht von „Übereifrigkeit“

²⁷⁵ UAT 335/ 73 Schreiben von Gaupp an Mayer vom 28.11.1934. Siehe auch Kapitel 5.1.2 und im Anhang .

Zu den Jahren 1934²⁷⁶ und 1935²⁷⁷ liegen zeitgenössische Dissertationen vor, die über die Situation an der Tübingen Universitäts- Nervenlinik Auskunft geben. Sie erfassen systematisch, wie viele Personen unter welchen unter das GVeN fallenden Erkrankungen behandelt, wie viele von ihnen angezeigt, in wie vielen Fällen ein Antrag gestellt und wie viele sterilisiert werden. Über das Jahr 1935 ist zu lesen, dass „die Zahl der Erbkranken sowohl absolut als auch relativ geringer geworden ist, so dass also doch schon ein verhältnismäßig großer Teil im ersten Jahr²⁷⁸ erfasst wurde.“²⁷⁹

Beide Verfasser sind sich für ihre jeweiligen Jahrgänge einig, dass dem Volk das GVeN und die Ideen der Rassenhygiene noch deutlicher gemacht werden müsse. „So erklären sich auch die Schwierigkeiten, die sich nach der Einführung des Sterilisationsgesetzes in Deutschland in weiten Kreisen zunächst ergaben, wie auch W. Bauer in seiner Dissertationsschrift ausführt. Das richtige Verständnis für diese Maßnahmen setzt eine jahrelange Erziehung in diese Richtung voraus und wird wohl erst in der nächsten Generation vollkommen vorhanden sein, wenn die unseren Vorfahren selbstverständliche Beachtung der Naturgesetze in Beziehung auf Sippe und Rasse wieder selbstverständlich geworden ist. Heute schon werden alle entsprechenden Maßnahmen viel ruhiger beurteilt als am Anfang.“²⁸⁰ Hoffmann schreibt 1933 sehr ähnlich: „Das Gesetz ist ein Anfang. Es soll nicht allein praktischen Maßnahmen dienen, es will auch das ideelle Ziel verfolgen, rassenhygienisches Denken und Überlegen in unser Volk hineinzutragen.“²⁸¹ Zwar würden die „Maßnahmen ruhiger beurteilt“, aber leider, so fährt Ritter an anderer Stelle fort, sei die Zahl der selbstgestellten Anträge, also der Anträge auf Sterilisation, die von den Kranken selbst aus eigenem Willen gestellt werden, im Vergleich von 1934 zu 1935 noch nicht wesentlich gestiegen.²⁸²

Wird in den Jahren 1934 und 1935 klar, dass das GVeN der betroffenen Bevölkerung nicht zusagt, so ist zunächst auch Widerstand und Unzufriedenheit aus den Reihen der Ausführenden zu bemerken, wie im oben zitierten Brief Gaupps von 1934 an

²⁷⁶ Bauer (1936)

²⁷⁷ Ritter (1940).

²⁷⁸ Hiermit ist das Jahr 1934 gemeint.

²⁷⁹ Ritter (1940) S. 19

²⁸⁰ Ritter (1940) S.4

²⁸¹ Hoffmann (1933) S.166

²⁸² Ritter (1940) S.20 Hier sei auf Kapitel 5.1 verwiesen und auf die Tatsache, dass Ritter (1940) S.14 von 1 Mann (aus 128 gestellten Anträgen) und 5 Frauen (aus 142 Anträgen) berichtet, die den Antrag selbst gestellt haben, also von einem sehr geringen Anteil von selbstgestellten Anträgen.

Mayer²⁸³ abzulesen. Er bittet darin die Frauenklinik die Sterilisation statt durch Laparotomie vaginal durchzuführen. Sonst müsse er „*einfach die Ausführung der Operation mit dem Hinweis darauf verweigern, dass die Nachbehandlung voraussichtlich Schwierigkeiten bereiten wird, die wir nicht sicher meistern können.*“²⁸⁴ Diese Androhung, dass er die Operation verweigern werde, macht Gaupp offensichtlich nicht wahr²⁸⁵, die Frauenklinik bleibt bei ihrer Methode der Madlenerschen Sterilisation per Laparotomie, da sie, wie Mayer in der Antwort auf diesen Brief erläutert, die Komplikationen langer Intubationsnarkosen als häufiger und gefährlicher einschätzt als die Komplikationen der Wunden. Die Aufregung wegen der vorgenommenen Operationen und der Widerstand wegen der Komplikationen legt sich – jedenfalls was die Korrespondenz in den Verwaltungsakten angeht - bis in das Jahr 1936 hinein offensichtlich, die Frauenklinik führt weiterhin Sterilisationen durch²⁸⁶, und die Nervenklinik übernimmt in vielen Fällen die Nachsorge weiterhin. An manche anfänglichen Probleme scheinen sich die Beteiligten also gewöhnt zu haben, andere sind teilweise beseitigt worden, vor allem die verfahrenstechnischen Probleme.²⁸⁷ Die Aufregung darüber, dass man PatientInnen „*wie im Mittelalter*“²⁸⁸ am Bett fesseln muss, damit sie sich die Wunde der Operation nicht infizieren, legt sich scheinbar mit der Zeit. Der Schrecken der GynäkologInnen über das Verhalten der Erbkranken vor und nach der Operation sind etwas abgeklungen²⁸⁹. Aber der Druck der normal-gynäkologischen Patientinnen erhöht sich, und der Streit um die Errichtung einer eigenen Abteilung/ Klinik an der Frauenklinik für die Durchführung der Sterilisationen zieht sich auch ins Jahr 1936 hinein²⁹⁰.

In dem Maße wie die ÄrztInnen mit der Zeit über die Durchführung des Gesetzes Bescheid wissen, haben natürlich auch die betroffenen PatientInnen und die Gesellschaft Erfahrungen gesammelt und teilweise Strategien des individuellen Widerstands entwickelt. Wie schon im vorigen Kapitel erläutert, leisten sie z.B. in der Anamnese Widerstand, in dem sie für die Diagnostik wichtige Dinge verschweigen. Sie wissen mittlerweile, was das Gesetz für sie bedeutete. Dies geht soweit, dass eine Frau im Jahr

²⁸³ UAT 335 / 13 siehe auch den kompletten Brief im Anhang

²⁸⁴ UAT 335 / 13

²⁸⁵ Weder in den Krankenakten noch in der Korrespondenz gibt es Hinweise darauf.

²⁸⁶ Siehe Kapitel 5.2

²⁸⁷ so beispielsweise die oben beschriebene Frage, wohin die Anzeige gerichtet werden soll.

²⁸⁸ UAT 335/73 Brief von Mayer an Gaupp 1934, siehe auch Anhang.

²⁸⁹ Horstmann (1938) S.16

²⁹⁰ UAT 335/73 Über die von Mayer erwünschte Errichtung einer eigenen Sterilisationsabteilung gibt es auch Ende 1935 und 1936 noch viel Korrespondenz mit den zuständigen Behörden.

1936 simuliert, an Schwachsinn zu leiden, um ihren bereits sterilisierten Verlobten heiraten zu dürfen.²⁹¹ Eine andere Patientin, die Ritter in ihrer Arbeit über das Jahr 1935 erwähnt, flieht in die Schweiz²⁹², um der Sterilisation zu entgehen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass im Jahre 1936 die große Maschinerie der Sterilisationen von der Anzeige bis zum zwangsweise sterilisierten Betroffenen in vollem Gange ist; das Meiste hat sich eingespielt, die Durchführung des GVeN ist für die Ausführenden offenbar zu einer Pflichterfüllung im Alltag geworden, für die PatientInnen zu einer bekannten Gefahr. Um mehr über die Entwicklung der Durchführung des GVeN zu erfahren, würde es sich anbieten, die Verwaltungsakten der Frauenklinik und der Nervenklinik weitergehend zu analysieren, da sich anhand der Korrespondenz der Kliniken mit den verschiedenen Institutionen (wie z.B. dem Innenministerium) eine Reihe von Diskussionspunkten und Schwierigkeiten - insbesondere in der Anfangszeit der Durchführung des GVeN - aufzeigen.

5.5 1936- Der Höhepunkt der Sterilisationen?

Laut Bock und anderen, die sich mit der Quantität der Sterilisationen erforscht haben, ist das Jahr 1936 der Höhepunkt der Sterilisationspolitik.²⁹³ Ich kann dies sowohl für die Begutachtungspraxis der Nervenklinik, als auch für die Sterilisationsoperationen der Frauenklinik bestätigen.

Wie sich aus den Sterilisationszahlen, die sich in den Verwaltungsakten der Frauenklinik befinden, rein rechnerisch ergibt²⁹⁴, ist mit 96 Sterilisationen 1934, 186 Sterilisationen 1935 und 203 Sterilisationen im Jahre 1936 die höchste Anzahl erreicht. 1937 werden 123 Sterilisationen durchgeführt.²⁹⁵ Bis zum Ende des Jahres 1937 sind

²⁹¹ UAT 669 / 6925, siehe auch Kapitel 7.5 sowie Anhang Fall V

²⁹² Ritter (1940) S. 21

²⁹³ Bock (1986) S.262

²⁹⁴ UAT 335 /73 Brief vom 1.11.1936, eine Einheftung über das Jahr 1936 ohne Datum sowie ein Brief vom 24.1.1938 über die Zahlen bis zum 31.12.1937. Eine genaue Auszählung der im Archiv zu findenden Operationsbücher wäre für die Jahrgänge (bis auf 1936) nachzuholen, UAT 317 /Operationsbuch 1934 - 1940

²⁹⁵ Dies ergibt sich aus der Differenz der bis Ende 1937 insgesamt 608 durchgeführten Sterilisationen und den von 34-36 angegebenen Summen.

insgesamt 608²⁹⁶ Frauen an der Frauenklinik Tübingen sterilisiert worden. Für die Jahre 1938 bis 1943 liegen mir leider keine Zahlen vor, es ist jedoch ist von einer deutlichen Abnahme der Sterilisationshäufigkeit auszugehen. Ritter erwähnt in ihrer Arbeit 1942 dass, „jetzt während des Krieges [...] natürlich aus organisatorischen Gründen die Durchführung des Sterilisationsgesetzes auf die dringendsten Fälle beschränkt werden, alle Übrigen müssen auf spätere Zeitpunkte zurückgestellt werden [...]“²⁹⁷

Tabelle 2: Anzahl der Sterilisationsoperationen in der Universitätsfrauenklinik von 1934-1937²⁹⁸

Jahr	1934	1935	1936	1937
Anzahl Sterilisationen	96	186	203	123

Auch die Begutachtungen in der Nervenklinik gelangen, soweit sich die Zahlen der verschiedenen AutorInnen vergleichen lassen²⁹⁹, im Jahre 1936 an ihren quantitativen Höhepunkt. Siehe hierzu Tabelle 3:

²⁹⁶ UAT 335 /73 Brief vom 24.1.1938 auf Anfrage des Gesundheitsamt Tübingen Rottenburg über die Zahlen der Sterilisationsoperationen bis zum 31.12.1937 „608 Sterilisationen 3 Röntgensterilisationen, 1 Radiumsterilisation, 39 Eileiterentfernungen, 542 Madlener per lap, 7 Madlener per vag.“

²⁹⁷ Ritter (1942) S.22

²⁹⁸ UAT 335 / 73

²⁹⁹ Durch die Übernahme der Akten der Psychiatrie durch das Universitätsarchivs Tübingen, wurden die Krankenakten systematisiert. Siehe hierzu die Erläuterungen in Kapitel 2.

Tabelle 3:

Anzahl der erstellten Gutachten, aufgeteilt nach Geschlecht sowie der Gutachtenform (1934-1943)

Jahr	Menge freier Gutachten		Menge Formblattgutachten		Menge Gutachten gesamt	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1934 ³⁰⁰	?	27				27
1935 ³⁰¹	29	48	0	0	29	48
1936 ³⁰²	83	97	4	0	87	97
1937 ³⁰³	77	94	?	?	77	94
1938 ³⁰⁴	73	75	25	41	98	116
1939	?	?	?	?	?	?
1940 ³⁰⁵	16	10	9	3	25	13
1941	?	?				
1942 ³⁰⁶	?	11				
1943 ³⁰⁷	?	8				

³⁰⁰ Strohkendl (1995) über die männlichen Begutachteten im Jahr 1935, über die weiblichen Begutachteten fehlen die Daten noch.

³⁰¹ Schmid (1994) über alle 1935 Begutachteten.

³⁰² Kießling (2005) über die männlichen Begutachteten

³⁰³ Hundt (1996). Hier ist unklar wie viele der Gutachten Formblattgutachten sind, die eingerechnet sind.

³⁰⁴ Held (1995).

³⁰⁵ Neugebauer (1994)

³⁰⁶ Seidlitz (1999)

³⁰⁷ Seidlitz (1999)

5.6 Das Buch über „Sterilisierungen“

Weiteren Einblick in die Sterilisationspraxis an der Universitätsklinik Tübingen ermöglicht das Buch der Nervenklinik mit dem Titel „Sterilisierungen“. In diesem Buch sind alle Patientinnen aufgelistet, die sich im Jahre 1934 (bei Inkrafttreten des GVeN) in der Universitäts- Nervenklinik befinden bzw. in der Folge aufgenommen werden und im Veracht stehen, eine bestimmte (potentiell unter das GVeN fallenden) Krankheit/Diagnose zu haben. Der Vergleich der aus den Gutachten gewonnenen Ergebnissen kann somit mit weiteren Daten verglichen und in Kontext gesetzt werden.

Dieses Buch weist insgesamt 2970 Einträge auf, die sich auf den Zeitraum vom 01.02.1934 (bzw. Fälle aus der Zeit davor werden nachgetragen) bis zum 06.01.1939 erstrecken. Anfang 1939 bricht die Auflistung ab, obwohl das Buch nicht voll ist. Der Grund für diesen Abbruch ist unbekannt, Gutachten zum GVeN werden noch bis 1943 verfasst, Zwangssterilisationen bis zum Kriegsende durchgeführt. Es ist in tabellarischer Form strukturiert; nummerierte Einträge zu Name, Vorname, Wohnort und Oberamt, Geburtsdatum, Aufnahme und Entlassung, familiärer Belastung, Menstruation, Präklimax und Menopause sind in die vorgedruckten Spalten eingetragen. Weitere Spalten enthalten Informationen über die Diagnose sowie eventuellen Daten der Anzeigeerstattung, der Antragsstellung und der Ausführung der Sterilisation und Platz für weitere Bemerkungen.

Die eingetragenen Personen sind ausschließlich Frauen, ein entsprechendes Buch über die männlichen Patienten findet sich nicht. Für die Zeit vor 1934 sind hier rund 60 stationäre Patientinnen aufgeführt, 568 (neu aufgenommene) Patientinnen für das Jahr 1934, 513 für 1935³⁰⁸, 612 für 1936, 552 für 1937 und 656 für 1938. Bis zum 6.1.1939 sind noch 9 weitere Fälle verzeichnet. Insgesamt sind also für die Jahre 1934 bis 1938 jeweils zwischen 500 und 660 Frauen pro Jahr aufgeführt. Im Jahr 1936 sind im Diagnosebuch³⁰⁹ insgesamt 1043 Fälle vermerkt. Die Anzahl von 612 im „Sterilisierungsbuch“ vermerkten Frauen ist somit nicht identisch mit der Anzahl der im Jahr behandelten Frauen, was auf Auswahl (verdächtig Erbkrankte) schließen lässt.

³⁰⁸ Für das Jahr 1935 berichtet Ritter von einer Neuzugangszahl von 606 Patientinnen, die stationär behandelt wurden, und 502, die ambulant behandelt wurden. Die 513 im Sterilisationsbuch verzeichneten Frauen setzen sich somit aus ambulanten und/oder stationären Patientinnen zusammen und entspricht ungefähr der Hälfte aller von der Nervenklinik in jenem Jahr behandelten Frauen.

³⁰⁹ Diagnosenbuch der Universitäts -Nervenklinik Tübingen, befindet sich weiterhin in der Klinik.

Diesem Buch zufolge erfolgt der erste Fall einer Anzeige und eines Antrages auf Sterilisation aufgrund einer Erbkrankheit an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen am 2. Februar 1934, also nur wenige Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes. In den ersten Tagen (vom 2. bis zum 5. Februar) der Führung des Buches werden 57 der insgesamt 105 aufgeführten und zu jenem Zeitpunkt stationären Patientinnen angezeigt. Sie sind systematisch nach dem Datum ihrer jeweiligen Aufnahme eingetragen und befinden sich zum größten Teil schon seit längerer Zeit in der Klinik

Sieht man sich die Spalte zur Familienanamnese an, so ist für die „familiären Belastung“ entweder ein „+“ für vorhandene erbliche Belastung in der Familie oder ein „Ø“ für nicht erkennbare familiäre Belastung. Oder ein „?“ wenn keine Sicherheit bezüglich der Belastung vorliegt, eingetragen. Die Spalten, die über Menstruation, Präklimax oder Menopause Auskunft gegeben, sind vermutlich als Fruchtbarkeitsanamnese³¹⁰ zu verstehen, denn ist eine Frau zur Zeit der Erfassung im Buch der Sterilisierungen bereits in der Menopause, erübrigt sich die Sterilisation.

Die folgenden Spalten mit den Bezeichnungen „Anzeige“, „Antrag“ und „Sterilisation durchgeführt“ sind dazu vorgesehen, die Daten der Anzeige, des Antrags und der Sterilisation einzufügen. Es fällt auf, dass viele der erfassten Patientinnen trotz der Erfassung in der Liste dieses „Sterilisierungsbuches“ weder angezeigt werden, noch ein Antrag gestellt wird oder sie, sterilisiert werden. Ein Grund hierfür kann in einigen Fällen das Alter der jeweiligen Patientin sein. In anderen Fällen lässt sich diesem Buch direkt kein Hinweis entnehmen, warum ein bestimmter Fall eine Ausnahme darstellt.

Das Buch ist also als Übersicht über alle Menschen zu verstehen, die an einer der unter das GVeN fallenden Erkrankung leiden. Sie sind alle verzeichnet und listenmässig aufgeführt, wie vom Kommentar zum GVeN vorgesehen.³¹¹

Auffällig ist, dass in einzelnen Fällen die angegebenen Daten der Sterilisation bereits im Januar 1933 als auch im Oktober und Dezember 1933 sind. In diesen Fällen sind die zur Sterilisation führenden Diagnosen unter anderem „Multiple Sklerose“, und „postencephalische Störung“. Diese Erkrankungen lassen vermuten, dass in diesen Fällen (in denen es vor dem 1.3.1934 zur Sterilisation kam) juristisch eine „medizinische Indikation“ vorlag, die zur Sterilisation führte. Allerdings findet sich auch ein Fall mit der Diagnose „Schizophrenie“.

³¹⁰ siehe hierzu das Kapitel 6.3.3.5

³¹¹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S.210

Betrachten wir das Jahr 1936 beispielhaft, so lässt sich feststellen, dass von den 612 im Sterilisierungsbuch erfassten Patientinnen, 159 von der Universitäts- Nerven- klinik Tübingen angezeigt werden. Für 69 dieser 159 Frauen wird gleichzeitig ein Antrag auf Unfruchtbarmachung von Seiten der Klinik gestellt. Die anderen 90 Patientinnen werden „lediglich“ angezeigt, von der Klinik selbst findet keine Weiterverfolgung dieser Fälle statt. Betrachten wir die Fälle von Anzeige und Antrag genauer und vergleichen wir die Daten von Anzeige, Antrag und Sterilisation der einzelnen Individuen so ergeben sich mindestens 30 Fälle, bei denen während des stationären Aufenthaltes eine Anzeige samt eines Antrages gestellt wird und die Sterilisation durchgeführt wird. Erst nach diesen drei Maßnahmen werden diese Patientinnen entlassen. Hier wird der oben als „stationärer Weg“ beschriebene Vorgang der Nerven- klinik, PatientInnen während ihres Aufenthaltes in der Nerven- klinik ambulant in der Frauen- klinik sterilisieren zu lassen, bestätigt.

Es finden sich außerdem ungefähr 15 Fälle, die während ihres Aufenthaltes in der Universitäts- Nerven- klinik Tübingen im Jahr 1936 ambulant in der Frauen- klinik sterilisiert werden, bei denen aber die Anzeige und der Antrag nicht von der Nerven- klinik gestellt worden ist. In diesen Fällen erfolgte die Anzeige von außerhalb – oder in der Sprache des Sterilisierungsbuches „draußen“ –, sie werden dann vor dem Erbgesundheitsgericht (EGG) verhandelt und anschließend während eines Aufenthalts in der Nerven- klinik sterilisiert. Dies kann – wie in Kapitel 5.2 erläutert - wegen Unruhe der zu Sterilisierenden in der Frauen- klinik und daraus resultierender Verlegung in die Nerven- klinik sein, aber auch auf Grund eines erneuten Krankheitsschubes oder zufälligen Zusammenkommens von Psychiatrieaufenthalt und Sterilisation.

Die letzte Spalte der Liste ist mit dem Wort „Bemerkungen“ überschrieben. Hier werden unterschiedliche Dinge dokumentiert, z. B. dass eine Patientin Suizid begangen hat oder anstaltsbedürftig ist oder auch eine Anmerkung, dass „die Sterilisation nicht mehr nötig“ sei.

Außerdem wird hier vermerkt, wenn ein Gutachten für das Erbgesundheitsgericht, die L.V.A.³¹² oder die Berufsgenossenschaft erstellt werden soll. Für das Jahr 1936 sind insgesamt 70 Fälle angegeben, bei denen vermerkt ist, dass ein Gutachten an ein Erbgesundheitsgericht erstattet ist. 60 dieser Einträge kann ich anhand der Namen den

³¹² Landesversicherungsanstalt

von mir bearbeiteten Gutachten zuordnen. Ich habe jedoch über 83 EGG - Gutachten gefunden, die im Jahr 1936 erstellt sind. Diese Unterschiede in der Anzahl lassen sich durch unterschiedliche Faktoren erklären. Zum einen wird jede Person jeweils nur einmal erfasst. Das heißt, wenn Frau S. 1934 schon einmal im Sterilisationsbuch erfasst ist, und sie 1936 zur Begutachtung aufgrund eines Erbgesundheitsgerichtsbeschlusses kommt, wird diese Begutachtung im Jahr 1934 vermerkt und kein neuer Eintrag für das Jahr 1936 angefertigt. Eine andere Erklärung könnte sein dass das Sterilisationsbuch nicht ganz systematisch erstellt wurde, und nicht bei allen Fällen, die zur Begutachtung in die Klinik kamen, auch das Wort „Gutachten“ angefügt wurde.

Außerdem habe ich in meiner Auswertung der Akten all diejenigen Gutachten herausgefiltert, die im Jahr 1936 erstellt wurden, ohne Berücksichtigung des Jahres der Aufnahme. In den meisten Fällen ist dies das Jahr 1936, doch in manchen Fällen auch Dezember 1935 oder früher im Jahr 1935 oder selten auch noch früher. Eine Patientin war zuletzt 1932 in der Klinik gewesen.³¹³

Einige wenige Fälle fallen beim Vergleich der angegebenen Daten ins Auge, die bei ihrem ersten Aufenthalt nicht angezeigt, noch ein Antrag gestellt bekommen. So zum Beispiel bei Frau K.³¹⁴, deren Fall 1936 nur in das Buch aufgenommen, aber es weder Anzeige noch Antrag erstattet wird. Dann beim 2. Aufenthalt im Jahr 1937 werden Anzeige und Antrag erstattet, bei ihrem dritten Aufenthalt im Jahre 1938 wird sie schließlich sterilisiert.

Zusammenfassend ist über das Buch mit dem Titel Sterilisierungen zu sagen, dass die Nervenklinik bemüht ist, der Aufforderung des Regimes zu folgen, und die „Erbkranken listenmässig“ zu führen. Anzeigen und Anträge werden von der Nervenklinik gestellt und Sterilisationen werden veranlasst, das Ganze wird akribisch genau dokumentiert.

³¹³ UAT 669 / 6677

³¹⁴ Buch der Sterilisierungen

6. Die Begutachtung

6.1 Der formale Aufbau

Die Gutachten sind alle nach einem bestimmten Schema aufgebaut. Meine Darstellung richtet sich nach der Maximalform, die die GutachterInnen anwenden. Nicht jedes Gutachten ist so ausführlich und geht auf alle hier vorgestellten Aspekte ein.

Nach Nennung des **Adressaten des Gutachtens** (meist das EGG, in circa 10 % der Fälle auch das EOG), wird der **Name** der Begutachteten und deren Geburtsdatum angegeben. Es folgen Angaben über die **Informationsquellen**, auf die sich das Gutachten stützt. Beispielsweise handelt es sich dabei um die übersandten Akten des EGG, eventuelle Vorgutachten, die Untersuchung in der Klinik, Nachforschungen und ähnliches.³¹⁵ Daran anschließend wird die **Fragestellung** geklärt: Dabei wird entweder die Diagnose der Anzeige genannt oder allgemein festgehalten, dass geklärt werden soll, ob eine Erkrankung im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vorliegt. In vielen Gutachten wird dieser Punkt ausgelassen.

Es folgt der Einstieg in den individuellen Fall. Sehr häufig wird zunächst über die **Ergebnisse der Aktendurchsicht** und dann über die Fremdanamnese Angehöriger³¹⁶ berichtet,³¹⁷ danach werden die Angaben der Begutachteten selbst zur Eigenanamnese, wobei Angaben zur psychiatrischen Anamnese häufig wörtlich wiedergegeben werden, aufgeführt und es wird die meist eingehende Exploration der GutachterInnen wiedergegeben.³¹⁸

Im Anschluss an die Anamnese wird auf den **körperlichen Befund** eingegangen. Diese Ausführungen fallen je nach GutachterIn sehr unterschiedlich aus. Begnügen sich vor allem die Oberärzte gerne damit festzuhalten, dass, *„die körperliche Untersuchung [...] keinerlei Anhaltspunkte für einen organ. – pathologischen Prozess. [er-*

³¹⁵ Siehe hierzu Kapitel 6.5

³¹⁶ Anamnestische Angaben, die Angehörige der Erkrankten über die/ den ErkrankteN machen.

³¹⁷ Siehe hierzu auch den erhaltenen Brief in der Akte UAT 669/ 11902 *Sehr geehrte Frau B. [...]* Tübingen, den 27.8. 1936. *Sie werden in Ihrem eigenen Interesse gebeten, sich zu einer fachärztlichen Untersuchung an dem oben bezeichneten Ort am 12.8. um 4 Uhr einzufinden. Sie sollten sich von Angehörigen, die über die Kindheit, sowie Krankheiten in der Familie Auskunft geben können, begleiten lassen. Schul- und andere Zeugnisse sind mitzubringen. Es handelt sich um eine amtliche Vorladung, der sie Folge leisten müssen. Dr. R. (Stellvertretender Amtsarzt)“*

³¹⁸ Diese beinhalten frühere Erkrankungen, sowie die gynäkologische Anamnese mit Angaben über Menarche und Sexualanamnese.

gibt]“³¹⁹, sind andere Begutachtende sehr sorgfältig und machen sehr ausführliche Angaben zu den unterschiedlichen Organsystemen. Dies beginnt dann meist mit der Körpergröße und Angaben zum Ernährungs- und Kräftezustand. Es folgen Angaben über Haut, Kopf (Kopfkongfiguration, Klopfempfindlichkeit, Nervenaustrittsstellen; Mundhöhle, Gaumenform), Hals (Thyroidea), Lungen (Klopfschall, Atemfrequenz und -geräusch), Herz (Frequenz, Herzgeräusche, Blutdruck), Abdomen, Wirbelsäule, Nervensystem (Hirnnerven; Pupillenreaktionen; Extremitäten: grobe Kraft, Tonus, Taxis, Trophik, Diadochokinese, Finger- Nase, Barany; Reflexe: Armreflexe, Bauchhautreflexe, Knie und Achillessehnenreflexe, Knie- Hacke Versuch, Pyramidenbahnzeichen, Babinsky, Oppenheim, Mendel- Bechterew, Knipsreflex, Mayerscher Reflex und Sensibilität (Berührung, Schmerz und Temperatursensibilität, Oberflächensensibilität, Tiefensensibilität) Taxis, Stereognosie, Romberg, Gang mit geschlossenen Augen). Danach werden die Ergebnisse der **serologischen Untersuchungen und der Liquoruntersuchung**, wenn solche durchgeführt werden, aufgeführt. Je nach vermutetem Krankheitsbild handelt es sich dabei um folgende Untersuchungen: Blutreaktion nach Wassermann (Luestest), Kahn, Meinicke (Klärungsreaktion), Pallida-Reaktion, die Liquoruntersuchung (Druck in mmH₂O. Globulin, Albumin Gesamteiweiß, Eiweissquotient Zellzahl, Pandy, Nonne, Apelt, Esbach (z.B. 0,01) Wassermann (Lues), Kolloidkurve, Takata- Ara (beispielsweise Takata- Ara dreifach positiv, rot) Urinuntersuchung (Eiweiß, Zucker, Sediment), Senkungsmittelwert nach Westergreen, Goldsol- und Normomastixreaktion.³²⁰

Es folgt der **psychische Befund**. Dabei wird zunächst auf die Orientierung zu Ort, Zeit und Person eingegangen. Es werden Angaben zum Verhalten während der Anamnese und den Gedankenabläufen der Begutachteten während der Exploration gemacht. Außerdem wird über Stimmung, Affekt, Antrieb und Reizbarkeit berichtet. In vielen Fällen wird eine Aussage über die Intelligenz gemacht, wobei entweder die Ergebnisse der Intelligenzprüfung detailreich aufgeführt sind oder nur eine Angabe über „unauffälligen“ Intelligenzstatus gemacht wird. Im Anschluss hieran werden eventuelle

³¹⁹ UAT 669 / 9298

³²⁰ Hier stelle ich die Maximalvariante dar, zumeist werden nur einige der genannten Untersuchungen durchgeführt und erläutert, abhängig vom vermuteten Krankheitsbild. Die Wassermannsche Reaktion wird sehr häufig durchgeführt und dient der Luesdiagnostik.

weitere Untersuchungen wie Röntgenuntersuchungen des Schädels, Encephalographien oder Anfallsprovokationen aufgeführt.

Das Gutachten endet mit der **Beurteilung**, die gleichzeitig Abschluss und Herzstück des Gutachtens ist. Hier kommt es zur Zusammenfassung der pathologischen Befunde von Anamnese und Untersuchung; es wird auf Differentialdiagnosen und Zweifel an der Diagnose eingegangen, die Familienanamnese wird unter dem Licht der gestellten Diagnose miteinbezogen und die Entscheidung zwischen endogenem und exogenem Leiden getroffen. Die Begutachtenden kommen schließlich zur Entscheidung, ob eine Diagnose im Sinne des GVeN vorliegt oder nicht, was das Gutachten üblicherweise mit den Worten enden lässt: „*Die Bedingungen des § 1 des Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erscheinen uns erfüllt/ nicht erfüllt.*“

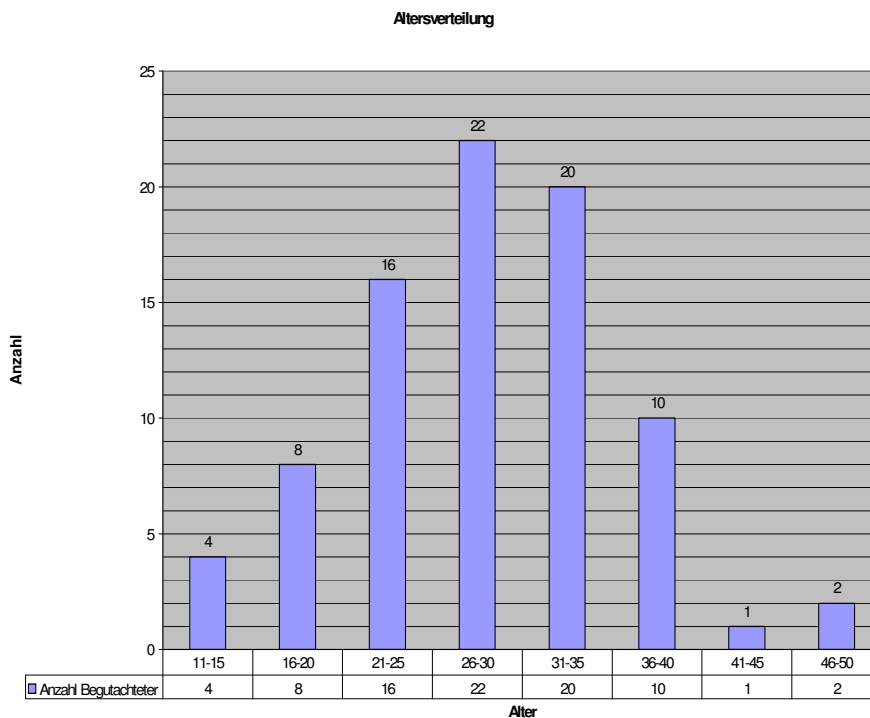
Das Gutachten wird abschließend mit dem Datum der Erstellung, mit der Unterschrift des begutachtenden Arztes/ der begutachtenden Ärztin versehen, sowie mit der Unterschrift des Klinikleiters oder dessen Vertreter.

6.2 Die Begutachteten- Ergebnisse der quantitativen Analyse

In den von mir bearbeiteten Krankenakten finden sich insgesamt 83 frei formulierte Gutachten über Frauen, die im Jahr 1936 an der Universitäts- Nervenlinik bezüglich des GVeN erstellt werden. Die Ergebnisse der quantitativ ermittelten Daten stelle ich im Folgenden dar und beziehe mich hierbei auf das Alter, den Beruf, den Familienstand und die Mutterschaft der Begutachteten um eine Aussage über die Gruppe der Begutachteten im Hinblick auf die Übereinstimmung mit der Zielgruppe des GVeN machen zu können.

6.2.1 Die Altersverteilung

Schaubild 3: Die Altersverteilung der 1936 begutachteten Frauen an der Nerven- klinik Tübingen



Wie in Schaubild 3 dargestellt, liegt das Alter der für das EGG begutachteten Frauen zum größten Teil zwischen 20 und 40 Jahren. Dies stimmt mit der Zielgruppe des GVeN (fertile Personen) überein. Allerdings lassen sich einzelne Abweichungen feststellen: Unter den Begutachteten befinden sich vier Mädchen unter 15 Jahren, von denen die Jüngste 12 Jahre alt ist. Drei der Frauen sind älter als 40 Jahre; die älteste Begutachtete ist 48 Jahre alt. Angesichts der vom GVeN intendierten Verhinderung der Reproduktion verwundern diese Fälle älterer Frauen,³²¹ sind aber im Bezug auf die Fertilität noch im Rahmen des Möglichen. Die vier jungen Begutachteten unter 15 Jahre sind Schülerinnen. Zwei davon werden wegen Verdacht auf Epilepsie untersucht, zwei bei Schwerhö-

³²¹ in diesen Fällen kommt der Fertilitätsdiagnostik in der Frauenklinik großes Gewicht zu, siehe hierzu Kapitel 5.2

rigkeit wegen Verdachts auf Schwachsinn. Trotz des jungen Alters werden sie wie die Erwachsenen begutachtet.³²²

6.2.2 Familienstand

Tabelle 4: Der Familienstand der Begutachteten

Familienstand	Anzahl
Ledig	60
Verheiratet	21
Verlobt	1
Geschieden	1
Verwitwet	0
Gesamt	83

Unter den 83 Begutachteten sind zum Zeitpunkt der Begutachtung 60 ledige Frauen.³²³ Rund ein Viertel ist verheiratet, eine Frau ist verlobt³²⁴, eine geschieden³²⁵, keine verwitwet. In zwei Gutachten verheirateter Frauen ist vermerkt, dass deren Ehemänner gleichzeitig einen Ehescheidungsprozess führen.³²⁶

Die Tatsache, dass das Gros der Begutachteten ledig ist, erklärt sich einerseits aus ihrem Alter, in einigen Fällen aber auch daraus, dass sie für eine Heirats-erlaubnis unter anderem ein Gesundheitszeugnis vorlegen müssen.³²⁷ Möglich ist jedoch auch, dass einige der Frauen wegen ihrer Erkrankung nicht verheiratet sind. Bei bereits verheirateten Frauen, die eventuell schon Kinder haben, müssen – vermutlich – die Hinweise auf eine entsprechende Krankheit wesentlich auffälliger sein, um von einer Anzeige betroffen zu werden.

³²² UAT 669 / 6711 und UAT 669 / 6815 zur Begutachtung von Schwerhörigkeit, UAT 669 / 7073 und UAT 669 / 7082 zur Frage der Epilepsie..

³²³ Diese Informationen entnehme ich dem Aktendeckel, auf dem unter dem Stichwort „Familienstand“ handschriftlich „ledig, verheiratet, “ etc. eingetragen sind. Nur bei der verlobten Frau entnehme ich diese Angaben dem Gutachten.

³²⁴ UAT 669/ 6837

³²⁵ UAT 669 / 6677

³²⁶ UAT 669 / 7155, UAT 669 / 6702,

³²⁷ Siehe beispielsweise Frau F. K. die wegen der Bitte um eine Heirats-erlaubnis in ein Erbgesundheitsverfahren gerät. UAT 669/ 6858, siehe hierzu Kapitel 7.5

6.2.3 Beruf

Tabelle 5: Der Beruf der Begutachteten

Beruf	Anzahl
Haustochter	36
Hausfrau	20
Fabrikarbeiterin	12
Verkäuferin	2
Landarbeiterin, Bauernmagd	2
Kinderkrankenschwester	1
Kindergärtnerin	1
Heimarbeiterin	2
Handarbeiterin	1
Kind	1
Schülerin	2
ohne Beruf	2
Pflegling	1
Gesamt	83

Unter den 83 Frauen tragen 36 Frauen die Berufsbezeichnung „**Haustochter**“ oder „Hausgehilfin“. Es handelt sich per Berufsbezeichnung um ledige Frauen, die entweder im Haushalt der Eltern oder auch in fremden Haushalten die anfallende Hausarbeit verrichten.³²⁸ Bei der qualitativen Untersuchung dieser Gutachten fällt auf, dass sich hinter dem Begriff der Haustochter sehr unterschiedliche Aufgabengebiete und vor allem Fähigkeiten verbergen. So kann es sich dabei sowohl um eine Frau handeln, die aufgrund ihrer Erkrankung oder Veranlagung nur sehr bedingt zu Arbeit und Sozialkontakten fähig ist,³²⁹ als auch um eine Frau, die im Prinzip den ganzen Hof und Haushalt der Eltern leitet³³⁰. Es kann aber auch eine akut erkrankte Frau sein, die überhaupt nicht zur Arbeit fähig ist. Zwei Frauen werden als Landarbeiterin/ Bauernmagd bezeichnet. Der Arbeitsbereich dieser Frauen ist ähnlich dem der Haustöchter, wenn auch hauptsächlich im landwirtschaftlichen Bereich. Außerdem werden diese für ihre Arbeit bezahlt. 20

³²⁸ Angaben von Zeitzeugin Elisabeth Kaasch im Gespräch am 7. Juni 2005.

³²⁹ UAT 669/ 6838, Beispiel von einer Frau, die sehr schwer an einer Schizophrenie erkrankt ist und praktisch keine Hilfe im Haushalt darstellt,

³³⁰ UAT 669/ 7147, Beispiel der einer Frau, die wegen der Frage des Schwachsinnns begutachtet wird und über die im Gutachten über ihrer Haushaltspflichten steht „*Sie verrichte dort alle Arbeiten und müsse viel auf dem Feld mithelfen.*“

Frauen tragen die Bezeichnung „**Hausfrauen**“. Bei ihnen handelt es sich um verheiratete Frauen,³³¹ die für den Haushalt der Familie sorgen und keiner Erwerbsarbeit nachgehen. Des weiteren finden sich zwei Heimarbeiterinnen³³² und eine Handarbeiterin unter den Begutachteten.

Zwölf der Frauen sind **Fabrikarbeiterinnen**, worunter Berufe wie Näherin, Spuhlerin und Lagerarbeiterin fallen, meist ist die Fabrikarbeit jedoch nicht genauer definiert. Zwei der Frauen sind Verkäuferinnen, eine ist Kinderkrankenschwester und eine Kindergärtnerin – solche Berufe, die mit einer Ausbildung verbunden sind, gehören zu den Ausnahmen.

Sechs der Begutachteten haben **keinen Beruf**, darunter drei Schülerinnen, und drei, die so schwer krank sind, dass sie Pflege benötigen und nicht arbeiten können (wobei, wie oben erörtert, in diese Gruppe auch einige der als Haustöchter bezeichneten Frauen gehören können).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Gros der Frauen (70 %) in der Hausarbeit beschäftigt ist. Ein kleinerer Teil geht Erwerbsarbeit nach, wobei es sich dabei in erster Linie um Fabrikarbeit handelt.³³³ Berufe, die einer längeren Ausbildung bedürfen, sind selten.

Tabelle 6: Kombination von Beruf und Familienstand

Beruf/Familienstand	Ledig	Verheiratet	Verlobt	geschieden
Haustochter	35		1	
Hausfrau	0	19		1
Fabrikarbeiterin	11	1		
Verkäuferin	2			
Heimarbeiterin	1	1		
ohne Beruf	6			
Sonstige	5			
Gesamt	83			

³³¹ Mit und ohne Kinder, (14 der 20 haben Kinder, eine davon außerdem zum Zeitpunkt der Begutachtung schwanger).

³³² Erwerbstätigkeit bei der von zuhause aus Fabrikarbeit getätigt wird.

³³³ 58 im Haushalt beschäftigte, 19 mit Erwerbsarbeit, 6 ohne Beruf. = 70 % im Haushalt als Haustochter oder Hausfrau oder Bauernmagd, 23 % in der Erwerbstätigkeit und 7 % ohne Beruf.

Von den 21 verheirateten Frauen sind zwei außerhalb des Haushaltes tätig, eine als Heimarbeiterin,³³⁴ die andere - erst seit einigen Wochen verheiratet - als Fabrikarbeiterin.³³⁵ Die übrigen 19 sind Hausfrauen. Die ledigen Frauen sind häufig Haustöchter, aber es gehören zu ihnen auch fast alle erwerbstätigen Frauen. Möchte man über die Leistungskraft der Frauen etwas sagen, ist dies anhand der Berufe nur schwerlich zu machen, da sich eben sowohl zwischen Haustöchtern als auch zwischen Hausfrauen sehr leistungsstarke als auch wirklich kranke, leistungsschwache Frauen finden. Abgrenzen muss man sicher alle, die einer Erwerbsarbeit nachgehen, sie müssen soweit gesund sein, dass sie bezahlter Arbeit nachgehen können.

Häufig wird in Arbeiten dieser Art versucht, über die Berufe Zugriff auf die soziale Zugehörigkeit in der Gesellschaft zu bekommen. Eine Einteilung meiner Population nach sozialen Schichten³³⁶ führe ich aus verschiedenen Gründen nicht durch. Zum einen ist dies bei Frauen - damals noch stärker als heute - allgemein schwierig, da sich ihr sozialer Status stark über den des Ehemannes oder Vaters definiert. Man denke an die „Frau Doktor“ also die Ehefrau des Arztes, die ein gewisses Ansehen erhält, ohne dass sie selbst eine entsprechende Ausbildung hat. Die Berufe der Ehemänner oder Herkunftsfamilien der Begutachteten sind aber in den Akten nur in wenigen Ausnahmefällen vermerkt. Außerdem ist offensichtlich, dass einige der begutachteten Frauen manifest erkrankt sind. Besteht beispielsweise eine Epilepsie bereits seit dem Kindesalter, hat diese Frau nicht die gleichen Chancen wie andere in ihrer sozialen Schicht einen Beruf zu ergreifen, im Gegenteil, es erfolgt ein sozialer Abstieg aufgrund der Erkrankung. Es wäre zwar interessant, die Herkunftsfamilien (zum Beispiel über den Beruf des Ernährers) zu untersuchen, und diese dann mit der soziologischen Gesellschaftsstruktur des Jahres 1936 zu vergleichen. Da meine Population nur sehr klein, außerdem für die Gesamtmenge der sterilisierten Frauen nicht repräsentativ³³⁷ und die soziale Lage der Herkunftsfamilie nur in wenigen Fällen aus dem vorhandenen Aktenmaterial ersichtlich ist, erscheint eine Auswertung jedoch nicht sinnvoll.

³³⁴ UAT 669/ 6667

³³⁵ UAT 669/ 6063, Gutachten über eine Frau, die zur Begutachtung wegen Epilepsie kommt und die erst seit einigen Monaten verheiratet ist. Es ist allerdings nicht klar erkenntlich, ob sie nach der Heirat weiter arbeitet. Anhang Fall I

³³⁶ Die Einteilung nach Kleinig und Moore verwenden sowohl Neugebauer (1994) als auch Kießling (2005).

³³⁷ siehe hierzu Kapitel 5.1.1 Gutachten wurden nur in den Fällen erstellt, wo das Erbgesundheitsgericht anhand der Angaben des Amtsarztes keinen Beschluss fassen kann und fachärztliche Begutachtung anfordert.

6.2.4 Die Mutterschaft und Kinder

Tabelle 7: Anzahl Begutachteter mit Kindern

Kinder	Anzahl
Ja	18
Nein	63
Schwanger	1
Schwanger u. Kinder	1
Gesamt	83

Tabelle 8: Kombination von Familienstand und das Vorhandensein von Kindern

Kinder/Familienstand	Ledig	Verheiratet	Verlobt
Kinder nein	55	7	1
Kinder ja	4	14	
Schwanger	1	1	
Gesamt	83		

In Tabelle 5 wird sichtbar, dass 18 der Frauen zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits Kinder haben. Zwei der Frauen sind schwanger, bei einer der beiden ist es das erste Kind. Diese Zahlen ergeben sich durch die Aufnahme aller Informationen, die in den Gutachten über Kinder gemacht werden. In dieser Untersuchung werden alle Frauen, in deren Gutachten keine Kinder erwähnt werden, als kinderlos klassifiziert – in der Annahme, dass das Vorhandensein von Kindern und deren Erbgesundheit speziell bei Frauen (auch im Rahmen der gynäkologischen Anamnese) immer aufgeführt ist. Ich gehe hierbei das Risiko ein, Frauen als kinderlos zu bezeichnen, die eigentlich Kinder haben, die aber weder in den Krankenakten noch in den Gutachten Erwähnung finden. In der Kombination mit dem Familienstand ergibt sich, dass 14 der 21 verheirateten Frauen Kinder haben, und sich vier ledige Mütter unter den Begutachten befinden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es sich bei den zur Begutachtung stationär aufgenommenen Frauen zum großen Teil um Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr handelt. Gut dreiviertel davon sind ledig. Beruflich ist der weit überwiegende Teil in der Hausarbeit beschäftigt. Knapp ein Viertel geht Erwerbsarbeit nach. Unter den

Begutachteten befinden sich 23 % Frauen, die bereits Kinder haben und zwei Schwangere.

Offensichtlich stimmt die Gruppe der in der Nervenklinik begutachteten Frauen mit der im GVeN angesprochene Personengruppe überein. Es handelt sich um fertile Frauen, die zum Großteil noch in/vor der „Reproduktion“ stehen und bei denen somit, ganz im Sinne des GVeN, die Weitergabe es Erbgutes noch verhindert werden könnte. Erschreckend ist die nach unten offene Altersgrenze, die jüngste Begutachtete ist 12 Jahre alt.

6.3 Die Diagnostik der Erkrankungen

Das Ziel der Auftragsgutachten ist die Fassung einer klaren Diagnose als Grundlage für die Bejahung oder Verneinung einer Krankheit im Sinne des GVeN. Bei der Auswertung der Gutachten zur Sterilisationsfrage lässt sich das Vorgehen in der Diagnostik in drei Schritte gliedern. Als erstes erstellen die GutachterInnen anhand der durchgeführten Untersuchungen und der Anamnese eine medizinische Diagnose. Diese wird dann in eine für das Gericht juristisch nachvollziehbare Aussage umgewandelt, die auf die Frage Antwort geben soll, ob die vorliegende Erkrankung der betreffenden Person unter das GVeN fällt oder nicht. Schließlich wird in vielen Fällen als dritter Punkt die Notwendigkeit einer Sterilisation diskutiert. Im folgenden werde ich versuchen diese drei Schritte genauer zu beleuchten.

Ich verwende für die Unterscheidung der ersten zwei Schritte die Begriffe „medizinische Diagnose“ und „juristische Diagnose“ und orientiere ich mich dabei an der in den Gutachten vollzogenen Struktur. Die beiden Begriffe sollen zur Vereinfachung des Sachverhaltes dienen und werden in den Gutachten nicht verwendet.

Mit dem Begriff „**medizinische Diagnose**“ meine ich das Ergebnis medizinischer Untersuchungen und diagnostischer Überlegungen. Die „**juristische Diagnose**“ ist eine für den/ die JuristIn formulierte „Diagnose“, deren Kriterien sich aus den relevanten Gesetzen und Verordnungen bestimmen. Da sich die medizinische und die juristische Diagnose in ihrem Inhalt, ihrer Formulierung und ihrer Aussage unterscheiden, bedarf es einer Überführung der einen in die andere, um eine juristische Entscheidung darüber fällen zu können, ob eine Diagnose im Sinne des Gesetzes vorliegt. Es ist für alle an

jeglichen Gerichtsprozessen Beteiligten wichtig sich bewusst zu machen, dass die juristische und die medizinische Diagnose nicht deckungsgleich sind. Im Fall des GVeN gibt es juristische Diagnosen, die enger als die medizinischen Diagnosen sind. Beispielsweise in der Diagnostik der Epilepsie will das EGG wissen, ob eine „erbliche Fallsucht“ vorliegt. Eine Epilepsie unklarer Ursache ist keine Sterilisationsindikation. Unter die juristischen Diagnosen „Schizophrenie“ und „manisch - depressives Irresein“ des GVeN fallen dagegen auch sämtliche Mischformen,³³⁸ deren Abgrenzung für die medizinische Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankung von hoher Bedeutung ist.

Es ist also wichtig zu berücksichtigen, dass einE MedizinerIn unter Umständen unter einer Diagnose etwas anderes versteht als einE JuristIn.

6.3.1 Die medizinische Diagnosefindung

Zur Erstellung der medizinischen Diagnose befinden sich alle 83 von mir untersuchten Fälle in der Klinik. Nur einige dieser Frauen sind ursprünglich zur Behandlung eines Leidens eingewiesen; der Großteil kommt ausschließlich zum Zweck der Diagnostik in die Klinik.³³⁹ Dies geschieht aufgrund einer Anzeige bezüglich der Vermutung einer unter das GVeN fallenden Erkrankung und der Auftragsgabe durch das Erbsundheitsgericht.³⁴⁰

Besteht eine Verdachtsdiagnose, müssen unterschiedliche **Differentialdiagnosen** in Erwägung gezogen und ausgeschlossen werden. Um diese voneinander trennen zu können, werden Untersuchungen durchgeführt; diese unterscheiden sich je nach Verdachtsdiagnose. Bei den von mir untersuchten Gutachten finden sich vier Verdachtsdiagnosen, wegen derer die Patientinnen begutachtet werden.³⁴¹ Die dazugehörigen Differentialdiagnosen, die die GutachterInnen bei ihren Überlegungen verfolgen, lassen sich zum einen anhand der von ihnen durchgeführten Untersuchungen, aber auch durch die gestellten Diagnosen erkennen. Es gibt dabei Unterpunkte in der Diagnostik, die als Basisdiagnostik bei allen Verdachtsdiagnosen durchgeführt werden und solche, die für die jeweilige Erkrankung spezifisch sind.

³³⁸ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 133, siehe Kapitel 4.2.3

³³⁹ Siehe hierzu Kapitel 7.1

³⁴⁰ Siehe hierzu Kapitel 5.1.1

³⁴¹ Schwachsinn, Epilepsie, Schizophrenie und manisch - depressives Irresein.

Begonnen³⁴² wird bei allen Begutachteten mit einer ausführlichen Anamnese: aktuelle Anamnese, Verlaufsanamnese, Fremdanamnese durch Angehörige oder BetreuerInnen und der Familienanamnese. Es werden alle Begutachteten neurologisch und internistisch untersucht. Dazu wird bei der Aufnahme von jedem/jeder PatientIn Größe, Gewicht und Blutdruck festgehalten³⁴³, der Urin wird untersucht. Die internistisch körperliche Untersuchung umfasst in der Regel alle Organsysteme, besonderen Wert wird auf die neurologische Untersuchung gelegt. Die Idee dieser **Basisdiagnostik** ist es, organisch- pathologische Prozesse auszuschließen und darum internistische Erkrankungen³⁴⁴ als Ursache für die psychischen Veränderungen ausschließen zu können. Es handelt sich um Routineuntersuchungen, die nicht teuer und einfach vorzunehmen sind.

Neben diesen allgemeinen Basisdiagnostika gibt es für jede unter das GVeN fallende Diagnose zusätzliche Untersuchungen die bei allen Patientinnen, die - je nach Verdachtsdiagnose - an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen nach demselben Schema durchgeführt werden. Bei der Epilepsie ist diese technisch am ausgefeiltesten und aufwendigsten, bei der Schwachsinn Diagnostik rückt die Intelligenzprüfung in den Mittelpunkt, bei der Schizophrenie und dem manisch - depressive Irresein wird verstärktes Augenmerk auf das psychopathologische Zustandsbild gelegt. Im Anschluss an die Erläuterungen der jeweiligen Untersuchungsmethoden gehe ich auf die Differentialdiagnosen ein.

6.3.1.1 Die Diagnostik der Epilepsie

Als erstes wird ermittelt, ob wirklich **Anfälle** bestehen. Ist dies gesichert, bieten sich folgende Alternativen: Zunächst muss herausgefunden werden, ob es sich um eine **organische** oder eine **nicht-organische Epilepsie** handelt. Letztere hat nach damaliger Auffassung ihre Ursache in der Psyche (z. B. hysterische Anfälle) und wird von vorneherein aus dem Erbgesundheitsverfahren ausgeklammert, da sich nur die genuine, organische Epilepsie vererbt, aber nicht die psychogenen Anfälle. Besteht der Verdacht auf

³⁴² Im nun folgenden Kapitel kommt es zu einigen Überschneidungen mit dem Kapitel 6.1 der formale Aufbau, der Vollständigkeit halber ist dies gewollt.

³⁴³ Es ist an den Aktendeckelzetteln zu verfolgen, dass bei allen PatientInnen am Tag der Aufnahme ein Zettel in die Krankenakte geklebt wird, auf dem der Blutdruck, die Größe das Gewicht, die Blut- und die Urinuntersuchung festgehalten wird.

³⁴⁴ So wird beispielsweise bei Frau E.S. durch diese Routinen ein jugendlicher Diabetes festgestellt; siehe UAT 669/7040, Anhang Fall VIII

eine organische Epilepsie, gilt es festzustellen, ob es sich bei dieser um eine **symptomatische** oder um eine **genuine Epilepsie** handelt.³⁴⁵

Eine **symptomatische Epilepsie** ist eine Erkrankung, die als Neben- oder Hauptsymptom epileptische Anfälle aufweist. Die Anfälle sind dabei Symptom einer anderen Erkrankung. Hierunter fallen beispielsweise Infektionskrankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Intoxikationen, Abstinenzen und Traumata. In die Gruppe der symptomatischen Epilepsien gehören somit Anfälle bei unter anderem Encephalitis, Meningitis, Hirnsyphilis, anderer Infektionskrankheiten aller Art, Urämie, Entzug, chronischer oder akuter Vergiftung.³⁴⁶

Wird kein Anhaltspunkt für eine symptomatische Epilepsie gefunden, geht man davon aus, dass es sich um eine **genuine Epilepsie**³⁴⁷, auch **erbliche Fallsucht** genannt, handelt. „Diese Form der Epilepsie, gleichgültig, ob sie als genuine, essentielle usw. Epilepsie bezeichnet werden mag, zeichnet sich dadurch aus, dass sie erblich ist. Sie soll durch das Gesetz erfasst werden.“³⁴⁸ Die genuine Epilepsie - und nur diese - fällt unter das GvEN und soll zur Sterilisation der an ihr leidenden Person führen.

6.3.1.1.1 Die durchgeführten Untersuchungen (Epilepsie)

Bei der Diagnostik der Epilepsie steht neben der körperlichen Untersuchung und der serologischen und bildgebende Diagnostik die **Anfallsbeobachtung** im Mittelpunkt. Um Anfälle beobachten zu können, werden den PatientInnen die Medikamente - sofern sie solche gegen die Anfälle einnehmen (meist Luminal³⁴⁹) – abgesetzt.³⁵⁰ Treten allein durch Medikamentenentzug keine Anfälle während der stationären Beobachtung auf, so versuchen die ÄrztInnen durch **Provokationen** einen Anfall auszulösen.

Ein Fallbeispiel ist Frau I. J. Bei ihr werden während des stationären Aufenthaltes viele Provokationsversuche durchgeführt.:

³⁴⁵ Diese Einteilung ergibt sich klar aus den Gutachten.

³⁴⁶ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 141 f; Exogene Ursachen: „ Als solche Ursachen haben zu gelten: 1. die durch Schädel- und Hirnverletzungen erworbenen Jacksonschen Epilepsien 2. Hirnsyphilis 3. akute und chronische Vergiftungen (Kohlenoxydgasvergiftungen), sofern sie nicht gleichzeitig mit schwerem Alkoholismus zusammen vorkommen und dadurch sterilisierungspflichtig werden. 4. Hirnabszess, Gehirnparasiten, Gehirngeschwülste, Epithelkörpererkrankungen, Enzephalitis (Hirnentzündung), Meningitis (Hirnhautentzündung) 5. Infektionskrankheiten aller Art 6. Urämie (Harnstoffvergiftung des Blutes).“

³⁴⁷ Heute idiopathische Epilepsie

³⁴⁸ Gütt Rüdin Ruttke (1936) S. 140

³⁴⁹ Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Berlin (1964): Luminal: Phenyläthylbarbitursäure (*Barbiturat*) bei Agrypnie (*Schlaflosigkeit*), Epilepsie, Eklampsie, Tetanus.

³⁵⁰ Barbituratentzug führt auch bei nicht an Epilepsie erkrankten häufig zu Anfällen.

„Da die Anfälle bei Fr. J. ausserordentlich selten auftreten, haben wir mit ihrem Einverständnis alle durchführbaren Auslösungsversuche angewandt. Weder bei Hyperventilation, noch nach Kochsalzgaben, weder bei dem Wasserversuch, noch bei Injektionen von Atropin, Adrenalin und Sympathol und auch nicht beim Chlor-Aethyl-Versuch konnten Anfälle unmittelbar oder überhaupt ausgelöst werden. Vom Alkoholversuch haben wir Abstand genommen, da dieser der Patientin nicht zugemutet werden konnte. Weiterhin haben wir auf Grund der Angaben, dass körperliche Anstrengung und Aufregung anfallsauslösend wirkten, Fr. J. eine Nacht wachen und den ganzen Tag über nach besten Kräften arbeiten lassen. Auch dies blieb ohne Erfolg.“³⁵¹

Werden im obigen Fall die Provokationsversuche mit beschriebener Einwilligung der Patientin durchgeführt, wissen wir darüber im Fall von Frau F. R. nichts :

„Zu diagnostischen Zwecken wurden Auslösungsversuche gemacht. 3 Stunden nach Verabfolgung von 1 ccm 0,001 Atropin traten 2 Anfälle auf. Nach Injektion von 0,0005 Adrenalin traten 3 Anfälle auf. Auf Sympatholverabreichung trat keine Häufung der selbst auch tagsüber auftretenden Anfälle auf. Auf 2 ccm Cardiazol³⁵² trat sofort während der Injektion ein sehr schwerer, ganz typisch verlaufender Anfall mit langem Dämmerzustand auf. Von da ab bekam die Kranke 3 mal täglich 0,1 Luminal. Bis zur Luminalverabfolgung waren in 7 Tagen 11 Anfälle festzustellen.“³⁵³

In den wenigsten Fällen werden so viele Auslösungsversuche wie in diesem Fall unternommen, zumeist sind es ein oder zwei, die in den Gutachten beschrieben werden. Ist ein Anfall unter Beobachtung gekommen, werden dann keine neuen Provokationen durchgeführt. Ein typisches Beispiel ist auch Frau R. B. bei der der Auslöseversuch allerdings zu einem Status Epilepticus führt:

„Beschreibung der bei uns auf Provokation mit 3 ccm Cardiazol aufgetretenen Anfälle: B. bekam gleich nach der Injektion um 5 Uhr abends einen absenceähnlichen Zustand. Sie verzog das Gesicht zu einem Lachen, war ein paar Minuten unansprechbar, doch reagierten die Pupillen die ganze Zeit. Babinsky war vorübergehend positiv. Nach etwa ¼ Stunde trat ein über 1 Stunde dauernder Status epilepticus auf mit ca. 20 Anfällen. Jeweils zuerst tonisches Stadium, dann klonische Zuckungen gleichmässig an beiden Armen und Beinen, klonische Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, Zungenbisse. [...] blutiger Schaum vor dem Mund. Kein Einnässen. Pupillen dauernd lichtstarr, maximal erweitert. Zeitweise starke Cyanose des Gesichts. Nach dem letzten Anfall (medikamentöse Unterbrechung) noch etwa ½ Stunde tiefe Bewusstlosigkeit. Nach ca. 2 Stunden um

³⁵¹ UAT 339- 6837 „Die Patientin wurde vor kurzem durch ihren Bräutigam in die Eheberatungsstunde gebracht, da der Bräutigam, der Jungbannführer ist, sich darüber vergewissern wollte, ob seine Braut erbgesund sei. [...] Der Verlobte hat sich schon viele Gedanken über diese Anfälle gemacht und will auch einige Anfälle schon genauer beobachtet haben. Er erklärt, dass seine Braut bei den Anfällen die Augen geschlossen halte, sie nicht verdrehe und dass die Pupillen bei der Prüfung reagierten. Das junge Mädchen habe während des Anfalls einen sehr ängstlichen Gesichtsausdruck gehabt [...] Es wird von den beiden jungen Leuten betont, dass sie selbst diese Anfälle auf Erregungen zurückführen.“

³⁵² Pschyrembel (1964) Cardiazol: Tentamethylentetrazol erregt d. Vasomotoren u. Atemzentrum, ist also e. zentral wirk. Kreislaufmittel. Keine direkte Herzwirkung.;

³⁵³ UAT 669- 7049

9 Uhr noch einmal typisch epileptischer Anfall. Nach diesem in der Nacht mehrfaches Einnässen; Somnolenz bis etwa 12 Uhr nachts. Am anderen Tag vollkommene Amnesie für die Anfälle, konnte lediglich angeben, dass es ihr plötzlich schlecht geworden sei; grosse Müdigkeit, Schläfrigkeit. Auch in den folgenden Tagen noch sehr schlapp, auffällige Merkfähigkeitsschwäche; vergaß mehrere ihr aufgetragene Dinge.“³⁵⁴

Durch diese Provokationen wird bei ungefähr 50 % der wegen des Verdachts auf Epilepsie Begutachteten während des stationären Aufenthaltes ein Anfall (oder mehrere Anfälle) provoziert und beobachtet. Es kommt aber auch bei mehreren Frauen zu spontanen (also nicht provozierten) Anfällen, die von ÄrztInnen beobachtet werden.³⁵⁵ Sie versuchen dabei mittels Lichtreaktion die Pupillenreflexe zu prüfen, testen Sehnenreflexe und Babinsky und achten auf das gesamte Zustandsbild - die Art der Zuckungen (tonisch, klonisch oder tonisch-klonisch), Einnässen, Schaum vor dem Mund, Bewusstlosigkeit und Zungenbiss. Anhand der Beobachtungen versuchen sie, die Anfälle zu klassifizieren³⁵⁶ und Anfälle des zentralen Nervensystems von den psychogenen oder hysterischen rein klinisch zu trennen. Dabei ist ein epileptischer Anfall von aufgehobenen Pupillenreflexen, positivem Babinsky und veränderten Sehnenreflexen begleitet.

Aus den drei oben zitierten Gutachten wird die Bandbreite dieser Untersuchungen und Beobachtungen deutlich. Bei Frau I. J. wird in deren Einverständnis eine Provokationsmethode nach der anderen erprobt, weil sie, so beschreibt das Gutachten, auch selbst wissen möchte, was der Hintergrund ihrer Anfälle ist, oder zumindest ihr Verlobter, der ihr zu Hause bereits bei Anfällen in die Augen geleuchtet hat, um die Pupillenreaktion zu testen, sie zur Eheberatungsstelle gebracht hat und als Jungbannführer der Hitlerjugend das Gesetz scheinbar gut kennt und vertritt.³⁵⁷ Im zweiten Fall (Frau F.R.) handelt es sich um ein Erbgesundheitsobergerichts-Gutachten, in dem beschrieben wird, dass die Familie auf die exogenen Schäden durch die Geburt hinweist und der Gutachter R. dies zu widerlegen versucht. Um die Artung der Anfälle genau beweisen zu können, beschreibt er die Reaktionen auf die verschiedenen Mittel der Stimulation genau, und versucht jeweils erneut Anfälle auszulösen. Er beschreibt die benötigte Menge der Sub-

³⁵⁴ UAT 699-6749

³⁵⁵ UAT 699-7073 Krankenblattaufzeichnung „Am 9.3.1936, nachdem eine Reihe von Auslöseversuchen ergebnislos unternommen wurden, bekam sie beim Spiel einen Anfall“

³⁵⁶ UAT 669 / 7082 „Es wurden während des klinischen Aufenthaltes eine große Anzahl charakteristischer Anfälle jeglichen Grades beobachtet, also sowohl Absenzen, d. h. kleine Bewusstseinsstörungen, mittelschwere und schwere epileptische Anfälle mit nachfolgenden Dämmerzuständen und schließlich auch ein kurzer Status epilepticus.“

³⁵⁷ UAT 669 / 6837

stanzen, bis ein Anfall auftritt und den genauen Verlauf dieser. Hier muten die vielen Provokationen und die daraus resultierenden Anfälle eher wie ein unfreiwilliges Experiment an der Patientin an als wie benötigte Schritte der Diagnostik.³⁵⁸ Die dritte, Frau R. B., zitiere ich, um die mögliche Stärke der Anfälle zu zeigen, die durch die Provokationen hervorgerufen werden können. Bis zum Status epilepticus geht der in ihrem Fall ausgelöste Anfall, der Maximalform der Epilepsie, „ein mit erheblicher Gefahr für das Leben verbundenes Vorkommnis“³⁵⁹.

Es stellt sich die Frage, was die PsychiaterInnen mit der Anfallsprovokation erreichen wollen. Aus den Erfahrungen mit der Cardiazol- Behandlung³⁶⁰ von Schizophrenen wissen sie, dass durch Cardiazol auch bei nicht Epilepsie-Kranken Krämpfe ausgelöst werden können. Dazu werden Mengen von 5 bis 10 ccm Cardiazol verwendet. Diese provozierten Anfälle in der Schizophrenie Behandlung³⁶¹ sind klinisch nicht zu unterscheiden von spontan epileptischen. Der Grund der Anfallsprovokation kann also nicht nur in der Anfallsbeobachtung liegen, denn durch Provokation mit den genannten Substanzen werden nur Anfälle ausgelöst, die vom epileptischen Anfall nicht zu unterscheiden sind. Auch eine Frau, die normalerweise hysterische Anfälle hat, wird unter Cardiazol, in entsprechender Dosierung, wenn sie krampft, einen Krampfanfall mit Einnässen und Zungenbiss bekommen und nicht einen hysterischen. Bei den Anfallsprovokationen in der Epilepsiediagnostik werden durchweg Mengen unter 4 ccm verwendet. Es geht scheinbar darum, die „Krampfbereitschaft“ zu testen. Ein Gehirn mit Neigung zu epileptischer Reaktion reagiert schon bei kleineren Dosen der krampfauslösenden Substanzen als das Gehirn eines nicht an Epilepsie erkrankten Menschen. Die PsychiaterInnen versuchen, eine Krampfschwelle zu definieren. In einem Gutachten wird zum Beispiel Folgendes zum Ausdruck gebracht: „Die Provokation eines Anfalles schon mit einer Cardiazol- Menge von 3 cm³ 10 %- igen Lösung spricht eindeutig für eine erhöhte Krampfbereitschaft bei Frau W. und lässt damit eine Deutung auch der früheren Anfälle als wahrscheinlich organischer Natur zu.“³⁶²

³⁵⁸ Siehe hierzu auch die Bearbeitung der Gutachten der Männer im Jahr 1936 von Kießling (2005 S.94), in denen derselbe Arzt bei einem männlichen Begutachteten eine Reihe von Auslöseversuchen in gleicher Art wie oben vornimmt.

³⁵⁹ Fuhrmann/ Korbsch (1937) S. 39

³⁶⁰ UAT 669 / 17326 In dieser Akte ist die Behandlung der Schizophrenie mit Cardiazol- Krämpfen beschrieben

³⁶¹ Ähnlich der heutigen Elektro- Krampf- Therapie (EKT) in der Depressionsbehandlung

³⁶² UAT 669/ 7130

Möglicherweise ist die Anfallsprovokation als Versuch der GutachterInnen zu sehen, die Trennung zwischen EpileptikerInnen und Nicht- EpileptikerInnen naturwissenschaftlich zu untermauern, da die Grenze zwischen Gesunden und Kranken heute wie damals den „Erbgesunden“ und „Erbkranken“ nicht immer klar zu ziehen ist, scheint die Anfallsprovokation dazu genutzt zu werden, das Konstrukt der Erbgesundheit zu belegen und dingfest zu machen.

Dass nicht nur in Tübingen versucht wird, Anfälle zu provozieren, legt ein Aufsatz von Creutzfeld (1936, Berlin) nahe, in dem er von einem Patienten berichtet, bei dem „bei der Hyperventilation nach längerer Zeit ein narkoleptischer Anfall beobachtet“³⁶³ wird. Allerdings wird dort von Medikamentengaben nichts erwähnt. Sowohl im Kommentar zum GVeN und in Fuhrmann/Korbsch (Psychiatriebuch der Zeit)³⁶⁴ ist über Anfallsprovokationen nichts beschrieben.

Im **psychischen Befund** wird in punkto Epilepsie gezielt nach der „epileptischen Persönlichkeit“ gesucht, die Exploration wird in fast der Hälfte der Fälle durch eine **Intelligenzprüfung** ergänzt, da eine lange bestehende genuine Epilepsie auch Schäden auf intellektuellem Gebiet verursache, und ev. auch gleichzeitig die Diagnose eines angeborenen Schwachsinn abgefragt werden soll.

Ein weiteres Mittel der Epilepsiediagnostik sind die **Serums- und Liquorbefunde**. Es sind neben der Wassermannsreaktion zur Lueserkennung eine Vielzahl von unterschiedlichen Laboruntersuchungen beschrieben.³⁶⁵ Anhand dieser sollen in Kombination mit der **bildgebenden Diagnostik** symptomatische von organischen Epilepsien unterschieden³⁶⁶, organische Prozesse innerhalb der Schädelkapsel ausgeschlossen werden. Die Untersuchung mittels Schädelröntgen findet in der Chirurgischen Klinik statt. In einigen wenigen Fällen wird zusätzlich eine Encephalographie durchgeführt. Die

³⁶³ Creutzfeld (1936) S. 98

³⁶⁴ Fuhrmann, Korbsch (1937) S. 38 ff

³⁶⁵ Blutreaktion nach Wassermann, Kahn, Meinicke (Klärungsreaktion), Pallida-Reaktion
Liquoruntersuchung (Druck in mmH₂O. Pandy neg. Nonne Apelt neg. Globulin, Albumin Gesamteiweiß, Eiweissquotient Zellzahl, Esbach (z.B. 0,01), Kolloidkurve, Takata- Ara) Urinuntersuchung (Eiweiß, Zucker, Sediment) Senkungsmittelwert nach Westergreen: ... mm (z. B. 11 mm). Goldsol- und Normo- mastixreaktion. (z. B. Kolloidkurven: Goldsol: 0000000000 Mastix: 111110000000. .

³⁶⁶ UAT 669-6749 „schließlich auch die Art der Liquorveränderung (normale Eiweissrelation, aber stark positive Takata Ara) lassen mit Sicherheit eine genuine Epilepsie, d. h. erbliche Fallsucht, annehmen.“

Diagnostik mittels Schädelröntgen, „Encephalographie“³⁶⁷ - Darstellung der Ventrikelräume durch Kontrastmittel - und Lumbalpunktionen sind invasiv und somit für die Betroffenen eine große Belastung. Dass dies auch den GutachterInnen bewusst ist, zeigt der Auszug aus dem Gutachten von Frau K. F:

*„Wir haben trotzdem der Pat. anheimgestellt, durch eine Enzephalographie (die Lumbalpunktion hatte keinen pathologischen Befund ergeben) die Diagnose vollends erhärten zu lassen, was sie jedoch ablehnte. Im Hinblick auf die gewisse Gefahr, die der Eingriff immerhin hat und auf die geringe Wahrscheinlichkeit, durch ihn zu einer Aenderung unserer Diagnose veranlasst zu werden, haben wir auf seiner Vornahme nicht sehr nachdrücklich bestanden.“*³⁶⁸

Auch im Sinne des Ausschlusses organischer Erkrankungen im Kranium ist vermutlich die Tatsache zu werten, dass die zur Epilepsiediagnostik stationären Patientinnen ein **Konsil sowohl in der Ohrenklinik als auch in der Augenklinik** bekommen.³⁶⁹ So beschreibt im Fall der oben zitierten I. J. der Gutachter: *„Die Augenklinik fand auch bei der spezialistischen Untersuchung der Augen keinen Anhalt für eine organische Erkrankung, insbesondere eine solche, die die Anfälle verursachen könnte.“*³⁷⁰ Vermutlich wird hierbei nach Hirndruckszeichen (Stauungspapillen) gesucht.

³⁶⁷ Encephalographien werden zur Zeit der Begutachtung in der chirurgischen Klinik durchgeführt, von denen etliche Befunde in den Krankenakten erhalten sind. Es handelt sich dabei um die Darstellung der Ventrikelräume durch Punktion der Liquorräume und röntgenologischer Kontrastdarstellung dieser, was vor allem zum Ausschluss von Expansivitäten genutzt wird.

³⁶⁸ UAT 669- 6649

³⁶⁹ Nachvollziehbar ist dies heute zum einen durch in den Gutachten erwähnte Konsile, zum anderen durch Briefe der Kliniken, die in den Akten abgelegt sind.

³⁷⁰ UAT 669/ 6837

6.3.1.1.2 Die Differentialdiagnosen der Epilepsiediagnostik

In den von mir untersuchten Fällen finden sich mehrere Frauen, bei denen Anfälle vorliegen, die die GutachterInnen als „nicht-organische Epilepsien“ einordnen. In zwei Fällen sind dies Ohnmachtsanfälle³⁷¹, einmal handelt es sich um „Bewusstseinsintrübungen“, die nicht als Epilepsie zu werten seien³⁷², in zwei Fällen wird von „psychopathischen Anfällen“ gesprochen.³⁷³

Die Anfälle der übrigen Frauen, die wegen des Verdachts auf Epilepsie untersucht werden, werden als organische Anfälle eingestuft. In ungefähr der Hälfte der Fälle wird dies durch Beobachtung der Anfälle entschieden, die restlichen werden anhand der typischen Anamnese für organisch befunden. Ausschnitt eines Gutachtens:

*„Da Anfälle in der Klinik nicht zur Beobachtung gelangten, kann aus eigener Anschauung kein Urteil über sie abgegeben werden. Die Beschreibung der Pat. und des Ehemannes ist jedoch so typisch, dass Zweifel an ihrer organischen Natur nicht berechtigt sind.“*³⁷⁴

Die meisten der oben erläuterten Untersuchungsmethoden³⁷⁵ dienen dem Ausschluss einer **symptomatischen Epilepsie**, die aufgrund von organischen Prozessen innerhalb der Schädelkapsel hervorgerufen wird. Anhaltspunkte für diese sind pathologische Befunde in oben durchgeführten Untersuchungen, die für einen organischen Prozess sprechen. In den von mir untersuchten Fällen findet sich beispielsweise eine positive Luesreaktion im Liquor als Anhalt für eine durchgemachte Lues,³⁷⁶ der Knochendefekt im Schädelröntgen³⁷⁷ ist Hinweis auf eine Erkrankung mit Tuberkulose.

In der Untersuchung der Gutachten fällt auf, dass die Unterscheidung zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie für die GutachterInnen sehr schwierig ist und in vielen Fällen medizinisch nicht eindeutig zu klären ist. In vier Fällen stellen die Begutachtenden die Argumente für und gegen eine genuine versus symptomatische Epilepsie nebeneinander und geben die Entscheidung an das EGG ab. Aus medizinischer Sicht kann in diesen Fällen nur ein Anfallsleiden unklarer Ursache ermittelt werden, doch

³⁷¹ UAT 669/ 6787, UAT 669/ 6837

³⁷² UAT 669/ 6059

³⁷³ UAT 669/ 6717 Psychopathie mit Parvor nocturnus, UAT 669/ 6667 Hysterie

³⁷⁴ UAT 669/ 6063 Anhang Fall I

³⁷⁵ Schädelröntgen, Encephalographie, Liquoruntersuchung

³⁷⁶ Siehe hierzu Fall UAT 669/ 6853: positive Luesreaktion und seitenlanger Ausföhrung über die Interpretation des Befundes. Der Gutachter entscheidet sich dennoch für das Vorliegen einer erblichen Fallsucht.

³⁷⁷ UAT 669/ 6714: zirkumskriptter Knochendefekt, Hinweis auf spezifischen Prozess Tbc oder Lues laut chirurgischer Klinik. Dies führt zur Beurteilung einer exogenen Verursachung der Epilepsie.

juristisch muss die Diagnose „erbliche Fallsucht“ bestätigt oder verneint werden. Diese Entscheidung diskutieren die GutachterInnen in einem weiteren Schritt, den ich im Kapitel 6.3.3 erläutere.

6.3.1.2 Die Diagnostik des Schwachsinn

Der Gesetzeskommentar von 1936 beschreibt die Diagnostik des Schwachsinn in drei Schritten³⁷⁸: Intelligenzprüfung, Lebensbewährung und Familienanamnese. Die zu beantwortenden Fragen sind damit: Liegt ein Intelligenzdefekt vor? Können die Beugachteten den Anforderungen des täglichen Lebens nicht gerecht werden? Sind in der Familie erbliche Erkrankungen bekannt? Werden diese Fragen positiv beantwortet, liegt angeborener Schwachsinn im Sinne des GVeN vor. Gegen einen angeborenen Schwachsinn sprechen Traumata und Infektionserkrankungen sowie andere Anhaltspunkte für exogene Schädigungen aufgrund der durchgeführten Untersuchungen; in diesen Fällen wird von „exogenem Schwachsinn“ gesprochen.

6.3.1.2.1 Die durchgeführten Untersuchungen (Schwachsinn)

Die nach der Basisdiagnostik durchzuführende spezielle Untersuchung ist bei der Diagnostik des Schwachsinn die **Intelligenzprüfung**. Diese wird, wie sich an den Gutachten ablesen lässt, sehr ausführlich betrieben.³⁷⁹ In den Akten sind die Intelligenzprüfungsbögen³⁸⁰ zum Großteil erhalten. Es handelt sich bei diesen um ein dreiseitiges Formblatt auf dem insgesamt 80 Fragen aufgedruckt sind. Diese sind in folgende sieben Bereiche gegliedert. 1. Orientierung (zu Ort, Zeit, Person), 2. Schulwissen (Rechnen, Geographie, Politik), 3. Allgemeines Lebenswissen („Wo geht die Sonne auf?“, Preise von Lebensmitteln, Unterscheidungen von Worten wie „Borgen“ und „Schenken“), 4. Spezielle Fragen aus dem Berufsleben (Satzbildung aus z. B. „Soldat, Krieg, Vaterland“), 5. Sprichworterklärungen und Geschichtenerzählung (z. B. „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“), 6. Fragen zu „sittlichen Allgemeinvorstellungen“ (z. B. „Wie denken Sie sich Ihre Zukunft?“), 7. Fragen zum Gedächtnis (das Aufgreifen zuvor besprochenen Geschichten, das Merken von Zahlen oder drei Worten). Abschließend halten die

³⁷⁸ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 123

³⁷⁹ Teilweise sind die Fragen des Intelligenzprüfungsbogens wortwörtlich mit den Antworten in den Gutachten wiedergegeben.

³⁸⁰ Im Anhang ist ein Intelligenzprüfungsbogen von Frau F. K. abgedruckt. UAT 669/ 6858

Untersuchenden ihren Eindruck zum Verhalten während der Intelligenzprüfung fest, sie beschreiben dabei unter anderem Haltung, Mimik, Stimme, Aussprache, Zugänglichkeit, Anteilnahme und ähnliches.

Teilweise ergänzen die GutachterInnen den vorgegebenen Intelligenzprüfungsbogen durch weitere Fragen, die entweder aus anderen Intelligenzprüfungsmethoden³⁸¹ stammen, oder von den Begutachtenden frei hinzugenommen werden. In vielen Gutachten sind die Intelligenzprüfungen wortwörtlich wiedergegeben. Beim Durchlesen dieser Intelligenzprüfungen gewinnt man den Eindruck, dass die GutachterInnen sich teilweise viel Mühe gemacht haben, um die Prüfungssituation für zu Testenden so entspannt wie möglich zu gestalten. Es ergeben sich in einigen Fällen bessere Ergebnisse als in vom Gesundheitsamt durchgeführten Intelligenzprüfungen.³⁸² *„Die bei uns vorgenommenen Intelligenzprüfung zeigte ein besseres Ergebnis als die erste, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass man ihr Zeit liess zum Ueberlegen und sie beruhigte, wenn sie aufgereggt wurde.“*³⁸³ Besonders auch in der Begutachtung von schwerhörigen und gehörlosen³⁸⁴ Frauen werden große Anstrengungen unternommen, eine sinnvolle Prüfung möglich zu machen.

Dass diese Intelligenzprüfung für die Begutachtenden trotzdem sehr belastend ist, kann man an verschiedenen in den Akten befindlichen Dokumenten ablesen: Frau M. M. schreibt beispielsweise in einem Brief an Angehörige: *„[...] Frl. Doktor, die fragt mich so viel das ich nicht weiß. Sei so gut und hole mich. [...]“*³⁸⁵ Über Frau L. S. steht im Krankenblatt: *„Affektiv ist sie sehr labil, beginnt bei der Intelligenzprüfung heftig zu weinen, weil sie die Fragen nicht beantworten kann.“*³⁸⁶ Oder über eine andere Patientin: *„Bei der Intelligenzprüfung ist sie ängstlich, da sie sich vor falschen Antworten fürchtet. Sie antwortet meist langsam [...]“*³⁸⁷

Zusammenfassend lässt sich über den Intelligenzprüfungsbogen sagen, dass es nicht allein um die Prüfung der Intelligenz geht. Es wird zum einen sehr lebensnahes

³⁸¹ UAT 669/ 6912: Ergänzung durch Fragen nach Binne- Simon

³⁸² In mehreren Gutachten wird dies erwähnt, was rückschließen lässt, dass der selbe Standardbogen dort verwendet wird.

³⁸³ UAT 669/ 7147, ähnlich auch in UAT 669/ 6923

³⁸⁴ Siehe hierzu Kapitel 6.3.1.2.3

³⁸⁵ UAT 669/ 6912

³⁸⁶ UAT 669/ 7061

³⁸⁷ UAT 669/ 6923

praktisches Wissen aus dem Alltag³⁸⁸ theoretisch abgefragt, zum anderen werden auch Wertennormen³⁸⁹ oder Fragen zur Zukunftsvorstellung³⁹⁰ untersucht. Viele der Fragen setzen eine solide Schulbildung voraus, die einige der Begutachteten aus ihrer Lebensgeschichte heraus nicht erlangen konnten. Dies wird in mehreren Fällen nicht reflektiert.³⁹¹

In einigen Fällen bitten die GutachterInnen die Begutachteten außerdem **kleine Aufsätze** zu schreiben, zumeist einen Lebenslauf.³⁹² Beurteilt werden hierbei Schriftbild, Sauberkeit und Rechtschreibung sowie Ausdrucksfähigkeit und „Kritikfähigkeit am eigenen Dasein“.

Die Untersuchung der **Lebensbewährung** erfolgt einerseits über die Anamnese und die Informationen, die fremdanamnestisch vorliegen,³⁹³ andererseits über die Beobachtung der Begutachteten während ihres stationären Aufenthaltes. Es wird dabei versucht festzustellen, ob die Begutachtete mit den „Aufgaben des Lebens“ zurechtkommt. So beispielsweise im Fall der Frau W. M.: *„Aus vorsichtigem Umfragen bei Nachbarn der W.M. war zu ersehen, dass W. M. einen durchaus anständigen, unauffälligen Lebenswandel führt und augenscheinlich die ihr zukommende Haus- und Feldarbeit ordnungsgemäß versieht.“* Was dann in der Beurteilung des Gutachtens zu der Bemerkung führt: *„Wir müssen allerdings zugeben, dass die Patientin bisher mit den an sie herangetretenen allerdings bescheiden Aufgaben des Lebens fertig geworden ist.“*³⁹⁴

Der zweite Aspekt in der Lebensbewährungsuntersuchung ist die Beobachtung während des stationären Aufenthaltes. Hier wird deutlich, dass Frauen, die sich sehr gut in den Stationsalltag einfügen und überall mit anpacken, tendenziell besser bewertet werden, als solche, die dies nicht tun. So wird beispielsweise Frau L. M. bescheinigt: *„Dabei besteht die Beschränktheit nicht nur auf rein theoretischem Gebiet, sondern auch in der praktischen Arbeit: Im Bezug auf allgemeine Lebenstüchtigkeit entspricht – wenn man von rein mechanischen Verrichtungen absieht – die M. längst nicht den Anforde-*

³⁸⁸ „Warum darf man das Feuer nicht abschließen, wenn es brennen soll“. „Preise von Lebensmitteln“,

³⁸⁹ „Was ist Treue, Frömmigkeit, Ehrerbietung, Bescheidenheit“, „Was würden sie tun, wenn sie das große Los gewinnen?“

³⁹⁰ „Wie denken sie sich ihre Zukunft?“ Antwort in UAT 669/ 6858: *„In dem Jahr will ich noch heiraten“*

³⁹¹ Siehe hierzu beispielsweise UAT 669 / 7040; Anhang Fall VIII

³⁹² Bei UAT 669/ 6858 auch Aufsätze über „Meine Fabrikarbeit“ oder „Meine Eheverbindung“

³⁹³ Siehe hierzu Kapitel 6.5

³⁹⁴ UAT 669/ 6917

runge, die man an eine gesunde Durchschnittsperson gleichen Alters stellen muss.“³⁹⁵ Über ihre Leistungen im Bezug auf den Stationsalltag schreibt die Gutachterin: „Arbeitet auf der Station langsam und unpraktisch. Sie ass gern und viel, lag mit Vorliebe im Bett.“³⁹⁶ Ein gegenteiliges Beispiel ist Frau P. N., die auf Station sehr beliebt zu sein scheint: „Sie ist freundlich, sehr arbeitswillig, und führt die ihr zugewiesenen Arbeiten wie Putzen, Nähen und Geschirr spülen sauber und ordentlich aus. Sie greift auch selbstständig zu und braucht nicht immer zur Arbeit angeleitet zu werden.“³⁹⁷ Da sie auch ihre Dienstherrinnen als „williges, fleißiges und praktisches Mädchen“ schildern, wird über ihre schlechten Leistungen im Intelligenztest hinweggesehen. Die Zusammenfassung ihrer Lebensbewährung liest sich im Gutachten wie folgt: „Es handelt sich nach vorliegendem Befund um eine in ihrem begrifflichen Denken wenig differenzierte Persönlichkeit, hingegen ist sie in ihren praktischen Fähigkeiten vollkommen ausreichend begabt. Sie weist keinerlei ethische Defekte auf, sie ist nicht asozial. Sie zeigt Interesse und ist lebhaft. Im bisherigen Leben hat sie sich gut bewährt. Auch macht sie auf ihre Umgebung in keiner Weise den Eindruck, dass sie etwa schwachsinnig sei.“³⁹⁸

Die Diagnose soll anhand von Lebensbewährung, Intelligenzprüfung und Familienanamnese gestellt werden - die Gewichtung dieser einzelnen Faktoren ist jedoch sehr unterschiedlich bei den verschiedenen GutachterInnen. Ist im obigen Fall der Frau P. N. deren „praktische Intelligenz“ (Lebensbewährung) für die Gutachterin T. derart ausschlaggebend, dass sie über die Ergebnisse der Intelligenzprüfung hinwegsehen kann und in diesem „Grenzfall“³⁹⁹ gegen die Sterilisation argumentiert, ist es im folgenden – auch im Anhang zur Illustration abgedruckten – Fall die Familienanamnese, die für die Gutachterin Ri., - die auch in anderen Gutachten durch ihren nationalsozialistischen Sprachduktus auffällt -, den Ausschlag für die Diagnose „angeborenen Schwachsinn“ gibt: E. S.⁴⁰⁰ ist 17 Jahre alt und kommt aus einer Familie, in der die zwei ältesten Mädchen bereits aufgrund von Inzucht Kinder ihres eigenen Vaters zur Welt gebracht haben. Die Intelligenzprüfung ist anhand der Akten nicht mehr nachvollziehbar, da sie weder im Gutachten wiedergegeben ist, noch ein Intelligenzprüfungsbogen in der Akte beiliegt.

³⁹⁵ UAT 669/ 6909

³⁹⁶ UAT 669/ 6909

³⁹⁷ UAT 669/ 6923

³⁹⁸ UAT 669/ 6923

³⁹⁹ UAT 669/ 6923

⁴⁰⁰ UAT 669 / 7040 Anhang Fall VIII

Das Gutachten nennt „geringes Schulwissen“ und „vollkommenes Versagen bei assoziativem Denken.“ Was die Gutachterin jedoch über die Lebensbewährung schreibt, ist folgendes: „Seit ihrem 14. Lebensjahr bestreite [...] E. ihren Lebensunterhalt vollkommen selbst als Näherin. Sie sei sehr sparsam, arbeitsam und religiös, wolle nichts von den Männern wissen. Seit der Entlassung aus der Schule sei sie im B.d.M.[...] sie selbst fühle sich gesund und kräftig, könne ihre Arbeit schaffen und sei bisher noch nicht krank gewesen. Ihr Beruf mache ihr Spass“.⁴⁰¹ In der Beurteilung des Falles kommt diese Fähigkeit der E. S., sich selbst zu versorgen und ihr Leben zu gestalten, gar nicht mehr vor. Auch gibt es keine Angaben der Gutachterin darüber, dass E. S. wegen der widrigen Umständen ihrer Kindheit nur ein geringes Schulwissen hat erwerben können. Anhand der Familienanamnese, der Intelligenzprüfung und aufgrund des bei ihr diagnostizierten jugendlichen Diabetes wird folgendermaßen zusammengefasst:

„Wie aus der Vorgeschichte hervorgeht, stammt die E. S. aus einer degenerativen Familie und einem sozial denkbar schlechten Milieu. Sie selbst ist schwachsinnig, das erweisen die Schulzeugnisse und die jetzt vorgenommene Intelligenzprüfung. Da sie bisher keinerlei Krankheiten durchmachte, ist anzunehmen, dass der Schwachsinn bei ihr angeboren ist und es sich um eine degenerative Persönlichkeit handelt; der jugendliche Diabetes spricht gleichsinnig dafür. Danach kommt Sterilisation in Frage.“⁴⁰²

Wie bereits in Kapitel 4.2.4 über das GVeN erwähnt wird ab Mitte der 30er Jahre das Kriterium der Lebensbewährung in der Diagnostik verstärkt beachtet, was die Gewichtung der Ergebnisse der Intelligenzprüfung reduziert. Riechert schreibt hierzu: „Sicherlich nicht ungelegen kam manchen Medizinalbeamten die in der zweiten Hälfte der 30er Jahre vor dem Hintergrund einer Diskussion über die Prüfung der ‚Lebensbewährung‘, des sozialen Eingliederungsvermögens der ‚Erbkrankverdächtigen‘ an sie ergangene Aufforderung, nunmehr die Intelligenzprüfung weniger starr am ‚Intelligenzprüfungsbogen‘ auszurichten“.⁴⁰³ Dadurch wird auch die Einführung der Kategorie des **„moralischen Schwachsinnns“** möglich.

Unter den hier untersuchten Gutachten des Jahres 1936 ist eine Frau mit dieser Diagnose.⁴⁰⁴ Zur Illustration der Argumentation ist ihr Gutachten im Anhang abgedruckt. Sie lebt quasi auf der Straße und ernährt sich von Mundraub, ist deswegen schon

⁴⁰¹ Ebenda

⁴⁰² Ebenda

⁴⁰³ Zitiert nach Riechert, (1995) S.36

⁴⁰⁴ UAT 669/ 6747 Anhang Fall IV

bestraft worden (Wurstklau) und im Gefängnis gewesen. Ihre Intelligenzprüfung ist völlig unauffällig, da aber dem Begutachtenden eine Fortpflanzung der Frau sehr unerwünscht erscheint und ihre Lebensführung nicht den allgemeinen Vorstellungen entspricht, kommt er zu der Diagnose des „moralischen Schwachsinn“, der unter den angeborenen Schwachsinn zu summieren sei. Die differentialdiagnostischen Überlegungen bei dieser Frau, sind in der Beurteilung des Gutachten wie folgt zu lesen:

„Mit Sicherheit jedoch handelt es sich bei der B. um eine schwere, asoziale Psychopathie[...]. Eine sichere Entscheidung lässt sich im Augenblick nicht fällen. Wir müssen die Frage, ob es sich um eine asoziale Psychopathie oder um eine Hebephrenie handelt, offen lassen. Jedoch, wie dem auch sei, wir teilen die Ansicht des den Sterilisationsantrag stellenden Arztes, dass die Fortpflanzung der B. durchaus unerwünscht ist denn es handelt sich bei ihr um einen Menschen, der auf der Basis schwerer Persönlichkeitsdefekte ausserstande ist, sich als soziales Glied der menschlichen Gesellschaft einzugliedern. Nimmt man eine Hebephrenie an, so fällt die B. ohne weiteres unter das Sterilisationsgesetz. Nimmt man eine schwere Psychopathie an mit in der Hauptsache asozialen Neigungen, so fällt sie unter den Begriff des moralischen Schwachsinn, der nach der 2. Auflage der Ausführungsbestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Seite 125, Abs 2, Anmerkung 2) ebenfalls sterilisierungspflichtig ist. Wir sind mithin der Ansicht, dass die Voraussetzungen zur Unfruchtbarmachung erfüllt sind.“⁴⁰⁵

Diese Diagnose des moralischen Schwachsinn findet sich in den Gutachten der Universitäts-Nervenklinik in den Jahren 1934-1935 nicht. Der eine Fall des Jahres 1936 steht vielen Fällen des Jahres 1938 gegenüber. Held berichtet über die Begutachtung in diesem Jahr, dass fast 40 % der Diagnose „Schwachsinn“ als moralischer Schwachsinn bezeichnet wird.⁴⁰⁶ Mitte der dreißiger Jahre findet somit ein schleichender Übergang statt, von wissenschaftlich definierten Erbkrankheiten zu moralisch-gesellschaftlich geprägten Überlegungen, wer von der Fortpflanzung auszuschließen sei. Hinter pseudo-wissenschaftlichen Diagnosen versteckt sich die nicht medizinische Suche nach der Bewertung der betroffenen Person, der mehr und mehr Gewichtung zukommt.

⁴⁰⁵ Ebenda

⁴⁰⁶ Held (1995) S.46 Frauen des Jahres 1938: 14 Fälle angeborenen Schwachsinn, 9 Fälle moralischen Schwachsinn. Männer des Jahres 1938: 18 Fälle angeborenen Schwachsinn, 10 Fälle moralischen Schwachsinn.

6.3.1.2.2 Die Differentialdiagnosen der „Schwachsinn Diagnostik“

Unter den wegen des Verdachts auf Schwachsinn Begutachteten befinden sich zwei Fälle mit **exogen bedingtem Schwachsinn**. Bei Frau M. M.⁴⁰⁷ wird sowohl vom Verhalten als auch vom Intellekt her eine „ausgeprägte Minderbegabung“ nicht in Frage gestellt. Im Alter von 4 Jahren soll sie eine schwere Scharlacherkrankung mit „Hirngrippe“ durchgemacht haben. Mit fast kriminologischer Genauigkeit stellt die Gutachterin Nachforschungen beim Nachfolger des damals behandelnden Arztes an, um herauszubekommen, wie schwer diese Erkrankung gewesen ist. In den alten Unterlagen seien jedoch nur Daten der Krankenbesuche und keine Diagnosen zu finden. Der Nachfolger argumentiert, dass die Erkrankung nicht allzu schwer gewesen sein kann, da der Arzt nur wenige Male Krankenbesuche durchgeführt habe. Dieses Argument lässt die Gutachterin nicht gelten, denn die „Pädiatrie vor 30 Jahren auf dem Lande“ habe ihre eigenen Regeln gehabt. Die deutlich pathologischen Befunde in der Liquoruntersuchung, die bei M.M - anders als bei anderen potentiell Schwachsinnigen - durchgeführt wird, und die Annahme, dass „bei der Mentalität eine Fortpflanzungsgefahr [...] fast ausgeschlossen“ sei,⁴⁰⁸ ergibt schließlich die Diagnose „*exogener Schwachsinn*“.

Eine exogene Ursache wird auch bei Frau M. O.⁴⁰⁹ ausführlich diskutiert. Diese ist bereits kurz nach ihrer Geburt durch epileptische Anfälle auffällig geworden, außerdem liegt zum Zeitpunkt der Begutachtung eine starke Intelligenzminderung und eine starke körperliche Behinderung mit spastischer Hemiplegie vor. „*Alle krankhaften Symptome [sind] als angeboren aufzufassen, das heisst schon bei der Geburt war ein anatomischer Defektzustand im Bereich des Gehirns und der Knochenanlage des Schädels vorhanden.*“⁴¹⁰ Der damalige Oberarzt E. steht als Gutachter vor dem Problem, dass auch eine angeborene Störung exogen oder endogen sein kann. Er zitiert Gütt, Rüdin, Ruttke:

„*Von der Unfruchtbarmachung soll dem Geiste des Gesetzes entsprechend also nur da abgesehen werden, wo der Schwachsinn sicher exogen, d.h. durch Schädigungen des Kindes innerhalb oder ausserhalb des Mutterleibes bedingt erwiesen ist. In allen Fällen,*

⁴⁰⁷ UAT 669/ 6912

⁴⁰⁸ Siehe hierzu auch Kapitel 6.3.3.5

⁴⁰⁹ UAT 669/ 6998

⁴¹⁰ UAT 669/ 6998

*wo dieser Nachweis nicht erbracht werden kann, ist die Unfruchtbarmachung für zulässig zu erklären.*⁴¹¹

Gutachter E. stützt sich in seiner Argumentation auf diese Erklärung und spricht sich für eine Sterilisation aus, denn im Fall des Schwachsinn sei, so der Kommentar, bei Unsicherheit in der Kausalität „die Unfruchtbarmachung zulässig.“ Er fährt in der Beurteilung des Gutachtens fort:

*„Was die Frage der Körperlichen Missbildungen anbelangt, so wird Seite 166 ausgeführt: „Merkmalsträger leichter oder schwerer endogener körperlicher Missbildungen sind ohne Nachweis der Erbllichkeit derselben unfruchtbar zu machen, wenn sie in Verbindung mit einer der unter Ziffer 1-7 des §1 des Gesetzes genannten Krankheiten auftreten. Nun ist, wie schon ausgeführt wurde, zwar nicht mit Sicherheit nachgewiesen, dass es sich um eine endogene Missbildung handelt, bei dem Fehlen des Nachweises einer exogenen Schädigung und bei der Art und dem Sitz der Missbildungen halten wir es aber für überwiegend wahrscheinlich, dass eine endogene Missbildung vorliegt.“*⁴¹²

Hier wird also die Unsicherheit in der Kausalität gemeinsam mit der bestehenden Hemiplegie unter dem Stichwort „körperliche Missbildung“ dazu genutzt, eine Endogenität zu begründen.

Dass der Gutachter in diesem Fall auch anders hätte argumentieren können, zeigt weiterhin der Fall der stark schwerhörigen He. F., in dem auch pathologische Befunde in der neurologischen Untersuchung vorliegen (paraplegische Spastik und auffällige Befunde der HNO- und Augenkonsile). Auch in ihrem Fall ist ein Trauma nicht zu eruieren, und Gutachter B. folgert daraus:

*„Da aber aus der Anamnese weder von einer durchgemachten Gehirnerkrankung, noch auch von einem Schädeltrauma etwas bekannt ist, müssen wir annehmen, dass das Kind bereits vor der Geburt im Mutterleib, eine Gehirnerkrankung durchgemacht, oder bei der langdauernden Geburt eine traumatische Hirnschädigung davongetragen hat, als deren Folge die jetzt vorhandenen körperlichen Defekte anzusehen sind. Bei dieser Sachlage und bei dem Fehlen jeglicher erblicher Belastung ist auch der bei dem Mädchen bestehende Schwachsinn wohl als exogen und durch die gleiche Schädigung bedingt aufzufassen. Es handelt sich also hier wohl nicht um einen Erbschaden, sondern mit grösster Wahrscheinlichkeit um einen Defektzustand nach Hirnschädigung. Welcher Art diese Schädigung war, lässt sich heute kaum noch mit Sicherheit sagen, ist aber auch für unsere Beurteilung von geringer Bedeutung.“*⁴¹³

⁴¹¹ UAT 669/ 6998

⁴¹² UAT 669/ 6998

⁴¹³ UAT 669/ 6605

In drei Fällen werden die Anträge des Gesundheitsamtes auf Sterilisation zurückgewiesen, weil die Intelligenzprüfung besser ausfällt als auf dem Gesundheitsamt oder beim Erbgesundheitsgericht. So im Fall der oben zitierten F.W., die durch Zeit zum Überlegen zu einem besseren Ergebnis kommt und bei der eine negative Familienanamnese vorliegt, so dass man laut Gutachter „noch nicht von Schwachsinn sprechen“ kann.⁴¹⁴ In diesem Fall wird die Diagnose „*physiologischer Schwachsinn*“⁴¹⁵ gestellt, wobei „*die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht gegeben*“⁴¹⁶ sind.

6.3.1.2.3 Die Schwerhörigen und Gehörlosen

Als Untergruppe der wegen des Verdachts auf Schwachsinn Begutachteten fällt eine Gruppe von vier Frauen auf, die ein sehr schlechtes bis kein Hörvermögen haben. Wie bereits in Kapitel 4.2.5 erläutert, wird die Frage der erblichen Taubheit in der Universitäts- Ohrenklinik entschieden. Im Anschluss findet die Begutachtung dieser Frauen zur Frage des Schwachsinn in der Nervenklinik Tübingen statt.

In allen vier Fällen lässt sich der Eindruck gewinnen, dass sich die GutachterInnen sehr viel Zeit nehmen und große Mühe geben, die zur Diagnostik des Schwachsinn obligate **Intelligenzprüfung** durchzuführen. Es wird versucht mittels schriftlicher Kommunikation oder über Gestik, die Fragen zu stellen und zu beantworten. Ein Gutachter schreibt: „*Es muss erwähnt werden, dass die darauf [auf dem Prüfungsbogen] vermerkten Antworten in mehrfachen mehrstündigen Sitzungen aus dem Kind herausgeholt worden sind.*“⁴¹⁷ Und im Fall A. S. beschreibt der Gutachter sein Vorgehen: „*Es kostete grosse Mühe und Zeit, sich mit der fast völlig Taubstummen zu verständigen. Es geschah dadurch, dass teils maschinenschriftliche, teils handschriftliche Fragen an sie gestellt wurden, die sie entweder durch Gesten, gelegentlich auch durch schlecht artikulierten Wörter, meist aber schriftlich beantwortete. Es zeigte sich, dass sie für die Hilflosigkeit ihrer ganzen Situation und ihre Abhängigkeit von anderen Menschen eine ausreichende Kritik besitzt.*“⁴¹⁸

⁴¹⁴ UAT 669/ 7147

⁴¹⁵ UAT 669/ 6924

⁴¹⁶ UAT 669/ 6923

⁴¹⁷ UAT 669/ 6815

⁴¹⁸ UAT 669/ 7071

Der **Beobachtung** der Patientinnen während des Aufenthaltes und ihrer Mithilfe im Haushalt kommt bei dieser Patientengruppe eine besonders starke Bedeutung zu. Zwei der Patientinnen bemühen sich sehr, den Pflichten in der Klinik nachzukommen, was ihnen die Sympathie der Begutachtenden einbringt.⁴¹⁹ Die Ausführungen in den Gutachten lassen auf eine gewisse Faszination der Begutachtenden für diese schwerhörigen oder gehörlosen Mädchen und Frauen und deren Verhalten und Intelligenz schließen, die den GutachterInnen erst durch diese intensive Auseinandersetzung bewusst zu werden scheint.

„Während der Prüfungen und im Verlauf der mehrwöchigen Beobachtungszeit drängt sich immer wieder die Überzeugung auf, dass das Mädchen eigentlich nur auf allen jenen Gebieten behindert ist, auf denen dem Gehör und der Sprache eine ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Man kann sich bei einer längeren Beobachtung des Kindes des Eindrucks nicht erwehren, als ob es sich hier um eine Beschränktheit handelt, die weitgehend durch die körperlichen Gebrechen (Sprach- und Gehörsschädigung) bedingt ist und durch eine grobe Vernachlässigung in der Erziehung und Schulung des Kindes solche Ausmasse annehmen konnte. Insbesondere fällt auch bei den Untersuchungen auf, dass das Mädchen durchaus aufnahmefähig ist, auf Zeichensprache oft ausgezeichnet reagiert und einen einmal verstandenen Auftrag recht prompt und geschickt ausführt.“⁴²⁰

Im Fall der T.S. schreibt der Gutachter: *„In ihren Bewegungen hat sie sogar eine völlig intakte weibliche Grazie.“⁴²¹*

In der abschließenden Beurteilung wägen die GutachterInnen die Befunde aus der Intelligenzprüfung, deren Maßstab sie vergleichsweise niedrig setzen, gegen ihren Eindruck von der Persönlichkeit und vor allem die Bildungsfähigkeit ab. Das Mädchen B. B. hat zwar ein sehr schlechtes Ergebnis in der Intelligenzprüfung, ist aber nie auf einer Gehörlosenschule gewesen. Deshalb empfiehlt der Gutachter ihr dies zu ermöglichen, und nur bei ausbleibendem Lernerfolg eine ev. Nachuntersuchung durchzuführen.⁴²² M. K., die seit Jahren in einer Taubstummenanstalt ist, hat ein wesentlich besseres Ergebnis in der Intelligenzprüfung (wenn auch nicht mit Nicht-Taubstummen zu vergleichen). In Kombination mit fehlender familiären Belastung wird die Frage der Sterilisation zunächst negativ beantwortet. Da ihre Lehrerin⁴²³ aber meint, ihre Begabung sei ungenügend, und diese ja den Vergleich mit anderen Taubstummen habe und es

⁴¹⁹ UAT 669/ 6711, UAT 669/ 7071; siehe hierzu auch weiter oben beim Stichwort „Lebensbewährung“

⁴²⁰ UAT 669/ 6711

⁴²¹ UAT 669/ 7071

⁴²² UAT 669/ 6711

⁴²³ siehe hierzu auch Kapitel 6.5

deswegen besser beurteilen könne, stellt die Gutachterin schließlich dennoch die Diagnose „angeborener Schwachsinn“. Als Begründung fügt sie an:

*„Es erscheint die Unfruchtbarmachung auch im Hinblick auf die schwächliche Konstitution der K. und auf die Tatsache, dass sie schon auf Grund der Schwerhörigkeit und ihrer Sprachstörung zum Erziehen von Kindern denkbar ungeeignet wäre, durchaus erwünscht.“*⁴²⁴

Bei den beiden anderen Fällen handelt es sich einmal um den Verdacht auf exogenen Schwachsinn bei pathologischen Befunden⁴²⁵, wobei wegen nicht eruierbarer Erkrankung als Ursache eine Schädigung im Mutterleib angenommen wird, und zum zweiten um Frau A. S., über deren oben zitierte weibliche Grazie der Gutachter schwärmt, und die wegen ihrer „völlig ausreichenden Kritik über ihre Existenz“ und „ihrem immer situationsgerechten Verhalten“ als nicht schwachsinnig eingestuft wird.⁴²⁶ Allerdings empfiehlt er ein Heiratsverbot.⁴²⁷

Zusammenfassend ist zu sagen, dass den taubstummen oder schwerhörigen Frauen eine Sonderstellung in der Begutachtung zufällt. Um ihnen in der Intelligenzprüfung gerecht zu werden, wird ein großer Aufwand betrieben, die Beobachtung ihrer Eingliederung in den Stationsalltag wird besonders viel Bedeutung beigemessen. Diese besondere Vorsichtigkeit der Begutachtung der Taubheit ist im Sinne Prof. Gaupps, der die Sterilisation nur dann befürwortet, wenn die PatientInnen gleichzeitig „geistig minderwertig“ seien.⁴²⁸

6.3.1.3 Die Diagnostik der Schizophrenie

Im Gegensatz zu den bisher dargestellten Erkrankungen gilt es in der Schizophreniediagnostik nur festzustellen, ob die Kriterien einer Schizophrenie erfüllt sind oder nicht. Denn mit dieser Diagnose ist nach dem Kommentar zum GVeN auch die Frage der Erblichkeit geklärt: „Bei der Schizophrenie ist im Gesetz § 1 Ziff. 2 absichtlich vom Wörtchen „erblich“ abgesehen worden. Man wollte damit zum Ausdruck bringen, dass - im Gegensatz zu einer früheren, unhaltbaren Auffassung, es sei nur ein kleiner Kern von

⁴²⁴ UAT 669/ 6815

⁴²⁵ UAT 669/ 6605

⁴²⁶ UAT 669/ 7071

⁴²⁷ Siehe hierzu Kapitel 6.4

⁴²⁸ Leins (1991) S. 213

schizophrenen Bildern erblich bedingt - jeder einwandfrei geklärte Fall von Schizophrenie als erblich angesehen werden muss.⁴²⁹ Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass durch die Abgrenzung zu organischen Psychosen ähnliche Schwierigkeiten der endogen/exogen Beurteilung entstehen wie in den vorherigen Fällen.

6.3.1.3.1 Die durchgeführten Untersuchungen bei der Schizophrenie

Im Gegensatz zur Diagnostik der Epilepsie und des Schwachsinn, in denen anhand von sichtbaren Anfällen oder einem klaren Diagnoseinstrument- der Intelligenzprüfung – eine Diagnose gestellt wird, ist die Diagnostik der endogenen Psychosen – der Schizophrenie und des manisch-depressives Irresein - auf die Anamneseerhebung und den psychischen Befund angewiesen. Hierzu finden Gespräche statt, in denen Angehörige und PatientInnen befragt werden, außerdem werden die PatientInnen während ihres gesamten Aufenthaltes vom Klinikpersonal sowie den behandelnden ÄrztInnen beobachtet. Besteht Verdacht auf eine exogene Verursachung der Psychose, werden im Rahmen der Diagnostik auch Lumbalpunktionen und Blutserologien abgenommen, um Prozesse innerhalb des ZNS oder Infektionserkrankungen auszuschließen. Dies geschieht im Gegensatz zur Epilepsie-Diagnostik aber nur bei verstärktem Verdacht und nicht routinemäßig.

Bei der Diagnostik der Schizophrenie geht es darum, den psychopathologischen Querschnitt zu erheben, den bisherigen Verlauf durch die Anamnese zu eruieren, die Familienanamnese wegen der möglichen Ererbtheit einzubeziehen und durch eine umfassende neurologisch- internistische Untersuchung die Möglichkeit eines organischen ZNS- Leidens auszuschließen.

Werden die PatientInnen inmitten einer **floriden Psychose** begutachtet, ist der **psychopathologische Querschnitt** das wichtigste Diagnostikum. Hierbei bedienen sich die begutachtenden ÄrztInnen häufig der Diagnosekriterien Bleulers oder Schneiders um die Diagnose „Schizophrenie“ zu stellen.⁴³⁰ Auch in Fällen, bei denen Restsymptome bestehen oder sog. „schizophrene Defektzustände“ orientieren sich die Begutachtenden an diesen Kriterien. Ein Beispiel ist das Gutachten über M. K., in dem sich die Gutachterin mit ihren Aussagen über die Affektivität und den Antrieb der Patientin an den Diagnosekriterien Bleulers orientiert:

⁴²⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 132

⁴³⁰ Siehe zur Theorie Kapitel 4.2.2

„Über den Beginn der Erkrankung bei Frl. K. ist nichts Genaueres zu erfahren. Nach dem heutigen Zustandsbild muss er schon länger zurückliegen, da die Erkrankung schon zu einer erheblichen Veränderung ihrer Gesamtpersönlichkeit geführt hat. Dies drückt sich in ihrem autistischen Verhalten aus, in dem sie vollkommen unfähig ist, irgendwie mit der Umgebung in Kontakt zu kommen. Ausserdem ist bei ihr eine Spaltung zwischen Affekt und Vorstellung weitgehend eingetreten, so dass sie für den Normalen völlig unverständlich und zerfahren erscheint. Diese aufgeführten Symptome sind typisch für die Schizophrenie.“⁴³¹

Ein Gutachten eines Oberarztes lehnt sich in seiner Beurteilung des psychopathologischen Querschnitts an Schneider an. In diesem wird beschrieben, dass *„einige für die Schizophrenie im Allgemeinen als charakteristisch bezeichnete Symptome fehlen oder jedenfalls nicht sicher nachzuweisen sind. Dazu gehört in erster Linie das Fehlen des sicheren Nachweises akustischer Halluzinationen und physikalischer Beeinträchtigungsgefühle,“*⁴³² welche nach Schneider Symptome ersten Ranges sind.

Bei den zur Begutachtung aufgenommenen PatientInnen handelt es sich aber zu meist um Personen, die sich in den unterschiedlichsten Stadien der **Voll- und Teilremission** befinden, also nicht akut produktiv erkrankt sind. Hier ist bei der Erhebung des psychopathologischen Zustandsbildes eine sehr genaue Differenzierung der unterschiedlichen Remissionszustände erforderlich, da sie sich teilweise sehr nahe an unauffälligen Geisteszuständen bewegen. In manchen Fällen sprechen die GutachterInnen von einer völligen Wiederherstellung der Betroffenen, wie im folgenden Beispiel: *„Von derartigen Zügen [Defektzuständen] ist bei der Pat. nichts festzustellen. Sie hat jene Psychose überwunden wie eine gewöhnliche organische Krankheit.“*⁴³³ Meistens jedoch sind die Remissionszustände von mehr oder weniger auffälligen Veränderungen der Persönlichkeit geprägt, die in den Gutachten häufig mit dem Begriff *„schizophrener Defektzustand“* bezeichnet werden. Die Diagnose eines solchen gilt als eindeutiger Hinweis auf das Vorliegen schizophrener Anlagen und somit als Sterilisationsindikation. Der Assistenzarzt S. führt im Gutachten der unten genannten L. H., sich an Kraepelin anlehnd, dazu aus:

„In Remissionsstadien von Schizophrenen findet man meist irgendwelche Defekte der Persönlichkeitsstruktur, die noch an die durchgemachte Psychose erinnern bei ihren Trägern. Zuweilen werden jene wahnhaften Erlebnisse abgekapselt und erscheinen in weniger expansiver Form noch irgendwie in der Persönlichkeit verankert, nach aussen

⁴³¹ UAT 669 / 6855

⁴³² UAT 669 / 9298

⁴³³ UAT 669 / 6668

*hin kenntlich in gewissen Verschrobenheiten der Lebensführung. Oder die krankhaften Erlebnisinhalte werden mit einer einsichtslosen Hartnäckigkeit verteidigt oder auch zuweilen bagatellisiert und als harmlos hingestellt. Oder schliesslich besteht jene Komplexüberempfindlichkeit, die sich zeigt, sobald man auch die Krankheit zu sprechen kommt.*⁴³⁴

Da die GutachterInnen die Betroffenen häufig weder vor ihrer Erkrankung noch im floriden Stadium der Psychose erleben, sind manche der als „schizophrenen Defekte“ bezeichneten Symptome schwer zu diagnostizieren, da sie sich von „normalen“ Charakterauffälligkeiten nicht klar unterscheiden lassen.

*„[Die] Patientin weist zweifellos Defekte auf, wie sie nach einer durchgemachten schweren Schizophrenie immer wieder beobachtet werden; eine gewisse Urteilsschwäche und Affektschädigung und das daraus resultierende läppisch- alberne, etwas kindische Benehmen. Dabei sind wir uns wohl bewusst, dass es sich nicht mit aller Sicherheit entscheiden lässt, inwieweit dieses auffällige Verhalten Charakter- und inwieweit krankheitsbedingt ist.*⁴³⁵

Andere „Defektzustände“ sind jedoch auch im Remissionszustand eindeutig zu diagnostizieren. In einem von Gaupp nach seiner Emeritierung im Oktober 1936 durchgeführten Kolleg, sagt er über eine Patientin, die sich laut Gutachten in einem „*unein- fühlbaren schizophrenen Defektzustand mit starken Spaltsymptomen und Abbruch aller Beziehungen zur Umwelt*“⁴³⁶ befindet: „*Eine endogene Erkrankung hat auf dem Boden der Entartung eine Persönlichkeit entstehen lassen, die mit der ehemaligen nur noch die Körperform gemein hat.*“⁴³⁷ Bei dieser Patientin wird in der Erbgesundheits- sache anhand des schizophrenen Defektzustandes mit „*vollständigem Autismus*“ und „*affektiver Verblödung*“ Schizophrenie im Sinne des GVeN diagnostiziert. Dabei ist neben der derzeitigen Symptomatik vor allem der Verlauf der Erkrankung für die Diagnose ausschlaggebend.

Dadurch dass häufig in Remissionsphasen eine Diagnose gestellt werden muss, erlangt die Beurteilung des **Krankheitsverlaufes** besonderen Stellenwert. Die Beschreibung der „allmählichen Verblödung“ (im obigen Fall) und die Beobachtung des Verlaufes erinnern an die Theorien Kraepelins, der in seinem Begriff der „Dementia praecox“ auf diese progressive, verfrühte Verblödung der Affektivität hinweist. Seine Diagnostik

⁴³⁴ UAT 669 / 6668

⁴³⁵ UAT 669/ 6647 Anhang Fall II

⁴³⁶ UAT 669 / 7045, Gutachten

⁴³⁷ UAT 669 / 7045, Krankenblatt

beruht auf der jahrelangen Beobachtung des Patienten und weniger auf dem derzeitigen Zustand. Im Fall von G. R.⁴³⁸ führt dieser Ansatz den Gutachter zu folgender Überlegung: „*Letzten Endes wird man auch heute annehmen dürfen, dass es sich bei der Erkrankung der Patientin um eine Schizophrenie handelte. Mit Sicherheit wird man diese Diagnose jedoch erst dann stellen können, wenn der weitere Verlauf, d.h. etwa ein zweiter Schub eine Schizophrenie nachträglich sicherstellen würde.*“⁴³⁹ Die Beurteilung eines langjährigen Verlaufs kann also zur Stärkung der Diagnose Schizophrenie führen, oder – wie im obigen Fall- zu der Entscheidung führen, den Krankheitsverlauf zunächst zu beobachten und die Empfehlung auszusprechen, mit einer Eheschließung abzuwarten.⁴⁴⁰

Um über die **Anamnese** retrospektiv Informationen über den Krankheitsverlauf und die schizophrenergieverdächtigen Erkrankungen zu erhalten, sind die GutachterInnen wesentlich auf die Mitarbeit der PatientInnen und deren Familien angewiesen. In manchen Fällen stehen auch Krankenblätter von früheren Krankenhausaufenthalten zur Verfügung. In einem solchen ist beispielsweise über K. Sch. zu lesen: „*[Es ist anzunehmen] dass ganz grobe psychotische Symptome wohl immer gefehlt haben, Halluzinationen wurden immer nur mit mehr oder minder grosser Sicherheit vermutet, niemals – es scheiterte an der Dissimulation der Sch. – wirklich objektiviert.*“⁴⁴¹ Erschwerend kommt für die GutachterInnen in der Abwägung der Anamnese hinzu, dass manche PatientInnen, sofern sie vom Grund ihres Aufenthaltes in der Klinik wissen und sich der möglichen Konsequenzen bewusst sind, versuchen, Informationen, die auf eine Schizophrenie hinweisen könnten, zurückzuhalten.⁴⁴²

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich die GutachterInnen in der Diagnostik der Schizophrenie an die Schulen Schneiders, Bleulers und Krepelins anlehnen. Dadurch dass viele Patientinnen zum Zeitpunkt der Begutachtung in Remissionsphasen stehen, bekommt die Anamnese großes Gewicht. Sind die PatientInnen der Klinik aus früheren Aufenthalten nicht bekannt, ist die Einschätzung nur anhand des derzeitigen Zustandsbildes teilweise schwierig und die Unsicherheit der Diagnose oftmals relativ groß.

⁴³⁸ UAT 669 / 7033, Anhang Fall VII

⁴³⁹ Ebenda.

⁴⁴⁰ Siehe hierzu Kapitel 6.4

⁴⁴¹ UAT 669 / 7109

⁴⁴² Weiteres darüber wurde bereits in Kapitel 5.3.3 erörtert.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist weiterhin, dass viele der Schizophrenen chronische Verläufe haben und häufige Behandlungsaufenthalte in der Nervenklinik haben. Sie fallen dadurch nicht unter die hier untersuchte Begutachtung sondern werden über den in Kapitel 5.1.2 beschriebenen stationären Weg sterilisiert.

6.3.1.3.2 Die Differentialdiagnosen der Schizophreniediagnostik

In den von mir bearbeiteten Gutachten finden sich acht Fälle, in denen bei Verdacht auf psychotische Symptomatik keine Schizophrenie diagnostiziert wird: Es handelt sich um drei organisch ausgelöste Psychosen, eine unklare organische Erkrankung und drei als Psychopathen bezeichnete Personen und einen Zustand nach Psychose katatonen Prägung.

Die Unterscheidung zwischen einer **symptomatischen Psychose**, also einer Psychose, die aufgrund einer organischen Erkrankung entsteht, und einer Schizophrenie kann klinisch schwierig sein. Im Fall der L. H., die 1935 für sechs Monate in der Heilanstalt Rottenmünster unter der Diagnose „reaktive Psychose“ aufgenommen gewesen ist und 1936 zur Begutachtung in Tübingen ist, führt die Abwesenheit von „Defekten der Persönlichkeitsstruktur“ als auch der neurologische Befund – „1935 rechts gesteigerter links fehlender PSR, Differenz der ASR“ - zur Annahme einer symptomatischen Psychose: „Und trotzdem würde die Polymorphie der Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises jenen Zustand der H. als zu dieser Krankheitsgruppe zugehörig betrachten können, wenn nicht bei der damaligen Untersuchung pathologisch- neurologische Symptome festgestellt worden wären.“⁴⁴³ Außerdem finden sich auch zur Zeit der Begutachtung, in dem die Patientin wieder völlig gesund und wiederhergestellt ist, pathologische Liquorbefunde. Ihr Zustand wird vom Gutachter zusammenfassend als „durch einen krankhaften Gehirnprozess bedingt (wahrscheinlich entzündlicher Natur : Meningo-Encephalitis)“⁴⁴⁴ erklärt.

Weitere Begutachtete mit der Diagnose eines organischen Leiden sind Frau M. D., deren psychischer Befund im Gutachten als „seelisch von einer ganz bestimmten Auffälligkeit“ mit Ängstlichkeit, Aufgeregtheit und einem „merkwürdig läppisch wirkenden Lachen“ aber keinen weiteren für eine Geisteskrankheit sprechenden Auffälligkeiten beschrieben wird. Der Gutachter kommt zum Schluß, dass diese Veränderungen

⁴⁴³ UAT 669 / 6668

⁴⁴⁴ ebenda.

Folge einer „frühkindlichen Infektionskrankheit“⁴⁴⁵ seien. Weiterhin Frau M. K. deren psychotische Reaktion zwar im Gutachten zunächst als hysterisch bezeichnet wird,⁴⁴⁶ in der Beurteilung aber als „eine innersekretorische, vorwiegend vom Ovarium ausgehende Störung, die psychotische Reaktionen nach sich zog“⁴⁴⁷ bezeichnet wird. Schließlich oben genannte Frau G. R., die im Jahr 1934 in der Nervenlinik wegen einer Psychose stationär ist und die bei der zweiten Aufnahme zwecks Begutachtung 1936 so gesund erscheint, dass die Psychose im Nachhinein als Intoxikationspsychose im Zusammenhang mit einer Infektionskrankheit gedeutet wird.⁴⁴⁸

Im Fall der A. D. will sich der Gutachter nicht festlegen. Im Alter von 16 Jahren habe es sich ziemlich sicher um eine „Psychose katatoner Prägung“ gehandelt, aber heute sei „eine Erbkrankheit nicht mit Sicherheit zu stellen.“⁴⁴⁹ Die Patientin hat sich in den Jahren 1923-24 zweimal in der Heilanstalt Weissenau befunden und damals klare psychotische Symptome aufgewiesen. Die Erklärung in der Beurteilung des Gutachtens liest sich 1936 wie folgt:

„Die Pat. war 16 Jahre alt und soeben geschlechtsreif geworden, als sie erstmalig nach Weissenau kam. Nun ist gerade der in der Entwicklung stehende Mensch wesentlich labiler und bietet mit seiner noch relativ formloseren seelischen Struktur für die Manifestation seelischer Störungen besseren Nährboden. Dass eine erbliche Belastung der Pat. vorliegt, ist nach der Familienkonstellation sicher. Dass aber die Durchschlagkraft der evt. schizophrener Anlagen nicht sehr erheblich ist, ist nach der kurzen Dauer der Schübe, dem Fehlen spezifischer Charakterveränderungen, sowie der Rezidivfreiheit der Pat. in einem Zeitraum von 13 Jahren mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Diese aufgezeichneten Einwände, einzeln herausgenommen, würden jeweils die Feststellung einer Schizophrenie nicht entkräften können, zusammengenommen erschüttern sie jedoch die einwandfreie Diagnose. Auch in der zweiten Ausführungsbestimmung zum Gesetz (Gütt- Rüdin- Ruttke, Seite 134) wird von einer allzu schematischen Anwendung des Gesetzes gewarnt. An obiger Stelle wird ebenfalls auf die Berechtigung einer verschiedenartigen Bewertung einer Diagnose vor und nach Inkrafttreten des Gesetzes hingewiesen.

Auf den vorliegenden Fall angewandt, lässt sich hieraus folgendes schliessen: Dem Erscheinungsbild nach handelte es sich bei den Erkrankungen der Frau D. mit Wahrscheinlichkeit um Psychosen katatoner Prägung. Damals wurde aber nicht das gesamte diagnostische Rüstzeug angewandt, das wir bei der heute viel einschneiderenden Fest-

⁴⁴⁵ UAT 669/ 6736

⁴⁴⁶ UAT 669/ 6835 „die rasche Besserung [ist] bemerkenswert, die bei einer Milieuveränderung auftrat, was für endogene Psychose nicht charakteristisch ist [...] Die endgültige Aufklärung über das nicht-Vorliegen einer Schwangerschaft und psychotherapeutische Massnahmen brachten die hysterischen Reaktionen zum Verschwinden.“

⁴⁴⁷ Ebenda

⁴⁴⁸ UAT 669/ 7033 Anhang Fall VII, die Patientin erkrankt im Zusammenhang mit einer Furunkolose sowie Pneumonie an einer Psychose.

⁴⁴⁹ UAT 669/ 6702

stellung einer Erbkrankheit heranziehen, um die Aetiologie dieses schizophrenieähnlichen Zustandes zu klären.

Zusammenfassend kommen wir deshalb ebenfalls wie Herr Ober- Med. Rat B.- Weissenau zu dem Schluss, dass mit Sicherheit die Diagnose einer Erbkrankheit in vorliegendem Falle nicht zu stellen ist, und dass ein Vorgehen im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses uns ungerechtfertigt erscheint.“⁴⁵⁰

Außerdem sind unter den acht Fällen noch drei als Psychopathinnen diagnostizierte Frauen. Diese werden als in ihrer Persönlichkeit sehr auffällig beschrieben, fallen aber wegen der fehlenden psychotischen Symptomatik nicht unter das GVeN. So zum Beispiel Frau J. J., bei der es sich um eine *„von Hause aus seelisch abnorm veranlagte Persönlichkeit mit übertriebenem Rechts- und Ehrgefühl handelt. [...] Geltungssucht, Egozentrizität, Gefühlslabilität und Neigung zur Hypochondrie“*. Der Gutachter kommt zur Annahme *„für die Diagnose der Schizophrenie scheinen uns z. Zt. wichtige hierzu zu fordernde Symptome zu fehlen. Eher wäre noch an Streitsucht bei einer chronisch-manisch Verstimmtten zu denken, in welche Richtung ihr äusserer Habitus (Pyknika) und die erbliche Belastung (eine Tante leidet an einer Manie) weisen würde. Mit Sicherheit können wir aber letztere Diagnose nicht stellen. Zuzugeben ist, dass die Möglichkeit einer sich entwickelnden Psychose besteht.“⁴⁵¹* Zusammenfassend kommt er zur Annahme, dass es sich um eine *„paranoid querulatorische Persönlichkeit“* handelt, was auch aus der historischen Distanz anhand einiger Aufzeichnungen nachvollzogen werden kann.

Bei der zur Zeit der Begutachtung schwangeren Frau H. S.⁴⁵², die von der eigenen Familie zur Beurteilung zwecks Sterilisation und Interruptio gedrängt wird, kann die Gutachterin *„keinerlei Anhaltspunkte für eine bestehende oder abgelaufene Geisteskrankheit“* ausmachen und bescheinigt ihr, dass sie sich durch *„unklugen Erziehung“* zu einem *„rücksichtslosen, zeitweise hemmungslosen und etwas gefühlkalten Menschen“* entwickelt habe und fasst das derzeitige Erscheinungsbild – trotz vorhandener Heredität, die sie in der Beurteilung nicht mehr erwähnt - als schizoide Psychopathie⁴⁵³ zusammen.

Frau B. B. ist bereits bei ihrer ersten Aufnahme in der Nervenklinik 1934 für die behandelnden ÄrztInnen schwer einzuschätzen: *„Obgleich keine eindeutig schizophre-*

⁴⁵⁰ UAT 669 / 6702

⁴⁵¹ UAT 669/ 6809

⁴⁵² UAT 669 / 6999, siehe den Fall auch im Anhang Fall VI; siehe hierzu auch Kapitel 6.7

⁴⁵³ UAT 669/ 6999 siehe Anhang Fall VI

nen Symptome nachweisbar waren, geht das Verhalten der Patientin doch wohl über den Rahmen einer degenerativen Psychopathie hinaus, so dass der Verdacht einer beginnenden schizophrenen Psychose nicht mit Sicherheit auszuschließen ist.“⁴⁵⁴ Anhand dieser Krankenakte wird die Patientin dennoch angezeigt und kommt ein weiteres mal zur Begutachtung in die Klinik. Im Nachhinein beschreibt die Patientin ihre Selbstmordgedanken jener Zeit als Reaktion auf die „schlechten häuslichen Verhältnisse“ mit einem Vater der Alkoholiker ist und 5 Geschwistern, mit denen sie sich nicht vertrage. Die Gutachterin –und laut Krankenaktenaufzeichnung auch Prof. Hoffmann – sieht bei der Begutachtung 1936 keine Zeichen für Schizophrenie und gibt apropos des Antrags an: „Auf Grund dieses Krankenblattes wurde am 7.8.1936 der Antrag auf Sterilisation gestellt wegen: Verdacht auf beginnende Schizophrenie, schizophrene Psychose. - Wir halten diese Antragsstellung für nicht gerechtfertigt.“ Sie beurteilt Frau B. B. als Frau mit „psychopathischen Zügen“⁴⁵⁵.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Differentialdiagnosen vor allem in Richtung symptomatische Psychose oder Psychopathie gehen. Findet sich eine Symptomatik, die einer Psychose gleicht, wird anhand von pathologischen Befunden oder dem gleichzeitigen Auftreten von anderen Erkrankungen eine symptomatische Psychose diagnostiziert. Liegen Charaktereigenschaften vor, die gegen die Normen verstoßen wie Rücksichtslosigkeit, querulatorische Eigenschaften oder Egozentrität, aber sind gleichzeitig keine psychotischen Symptome nach den im vorigen Kapitel erläuterten Kriterien vorhanden oder anamnestisch eruierbar, wird die Diagnose der Psychopathie gestellt.

⁴⁵⁴ UAT 669 / 6716

⁴⁵⁵ UAT 669 / 6716

6.3.1.4 Das Manisch - depressive Irresein

6.3.1.4.1 Die durchgeführten Untersuchungen beim manisch - depressiven Irresein

Ähnlich wie bei der Schizophrenie ist laut Kommentar von Gütt, Rüdin, Ruttke jede Form des diagnostizierten manisch - depressiven Irreseins als erblich zu betrachten. Analog zur Schizophrenie steht in der Diagnostik des manisch - depressiven Irreseins die Anamnese im Vordergrund. In der Basisdiagnostik wird anhand der körperlichen Untersuchung versucht, organische Ursachen auszuschließen, zusätzliche Untersuchungen⁴⁵⁶ werden in hier untersuchten sechs Fällen mit Verdacht auf manisch - depressives Irresein nicht durchgeführt.

Bei drei Patientinnen wird eine Erkrankung aus dem manisch - depressiven Formenkreis diagnostiziert. In keinem der drei Fälle wird das klassische Bild von sich abwechselnden Phasen von Manie und Depression beschrieben. Bei Frau S. M.⁴⁵⁷ ist dies am ehesten der Fall: *„Die teils gehobene teils gereizte Stimmungslage, die wohl aus dieser gehobenen Stimmung heraus sich entwickelnden Grössenideen, die Erregungszustände, die häufig bis zu einem amentielles Zustandsbild führten, weisen jedenfalls in diese Richtung[dass eine Manie vorliegt] zumal diesen Zuständen meist ein depressives Vorstadium mit hypochondrischen und Versündigungsgedanken vorausging.“*⁴⁵⁸

Zwei der Patientinnen haben eine endogene Depression, die laut GVeN unter das manisch - depressive Irresein fällt.⁴⁵⁹ Frau M. B. erkrankt nach der neunten Geburt 1934 laut Gutachten in einem depressiv psychotischen Bild und wird zu jener Zeit in der Universitätsnervenklinik behandelt. Selbst bei der Begutachtung zwei Jahre später beschreibt der Begutachtende, dass der *„Gedankenablauf gehemmt“* ist und eine *„starke psychomotorische Hemmung“* besteht. Des weiteren beschreibt er die Charakteristika der Erkrankung wie folgt: *„depressive Stimmungslage und der entsprechend tiefe Affekt, die Denk- und Willenshemmung, [..] fast periodisch verlaufende Gang der Erkrankung lässt an eine endogene Depression denken [...] Beginn der Erkrankung ganz akut, ohne erkennbare äussere Ursache [...] agitierten, ängstlichen Depression durchaus denkbar und einfühlbar“*. Obwohl der Ehemann in der Anamnese angibt, dass seine Frau bei der

⁴⁵⁶ wie Liquor- oder Serumsuntersuchungen, Schädelröntgen oder Konsile.

⁴⁵⁷ UAT 669 / 6919

⁴⁵⁸ UAT 669 / 6919

⁴⁵⁹ Gütt, Rüdin, Ruttke (1936) S. 137

letzten Geburt ein „Schlägle“ bekommen habe, und die Stimmungsschwankungen seitdem aufgetreten seien, kommt der Gutachter zum folgenden Schluss: *„Nach diesen zur Zeit vorliegenden Veränderungen erschien es uns sehr wahrscheinlich, dass es sich bei er Krankheit der [...] um eine Depression aus der Krankheitsgruppe des manisch - depressive Irreseins handelt“*.⁴⁶⁰

Auch bei Frau L. W. wird eine endogene Depression diagnostiziert. Sie ist während eines dreiviertel Jahres „verstimmt“ und während dieser Zeit auch in der Klinik zur Behandlung. Der Gutachter kommt zu folgendem Schluss: *„Es handelt sich bei Frau W. um eine etwas schwerlebigere Frau, die vor 2 Jahren einen Verstimmungszustand durchmachte und etwa 4 Wochen in unserer Klinik zur Behandlung war. Es handelte sich um eine relativ leicht verlaufende Form der endogenen Depression. Da die endogene Depression dem manisch - depressiven Irresein zuzuzählen ist, so wären an sich die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes gegeben.“*⁴⁶¹ Da die Fertilität der Frau W. aber in Frage gestellt wird, schlägt der Gutachter vor, von einer Sterilisation abzusehen.

6.3.1.4.2 Die Differentialdiagnosen des Manisch - depressiven Irreseins

Die häufigste differentialdiagnostische Abwägung zum manisch - depressiven Irresein ist die Schizophrenie. In allen Gutachten zu dieser Erkrankung wird diese Differentialdiagnose und Abgrenzung genauer untersucht. Dies drückt sich beispielsweise aus in Sätzen wie: *„Psychotische Erlebnisse, Wahnbildungen und Sinnestäuschungen fehlten damals...[...]keine Denkstörungen formaler und inhaltlicher Art“*⁴⁶² Im Fall der oben genannten Frau S. M.⁴⁶³ beispielsweise will sich der Gutachter nicht festlegen, ob eine Schizophrenie oder manisch - depressives Irresein vorliegt, da zwar einerseits die *„Periodizität der Erkrankung“* bei bisher vier Krankheitsschüben innerhalb mehrerer Jahrzehnte und die *„fehlende Persönlichkeitsveränderung“* zum manisch - depressiven Irresein passen, andererseits *„schizoide Eigentümlichkeiten“* vorlägen, wie *„katatone Symptome, Negativismus (Nahrungsverweigerung und Widerstreben den Angehörigen gegenüber), sowie die impulsiven Handlungen“*, die eher auf eine Schizophrenie hindeuteten. Ganz im Sinne des Kommentars zum GVeN schreibt der Gutachter: *„Für die Fra-*

⁴⁶⁰ UAT 669 / 6772

⁴⁶¹ UAT 669 / 7129

⁴⁶² UAT 669 / 6700

⁴⁶³ UAT 669 / 6919

ge, ob Erleiden oder nicht, ist jedoch diese Erörterung nicht ausschlaggebend, denn sowohl die hereditäre Belastung als auch die endogene Entstehung der Erkrankung kann mit größter Wahrscheinlichkeit als vorliegend angenommen werden.“⁴⁶⁴ Bezüglich des GVeN und der Frage der Sterilisierung macht es keinen Unterschied, ob Schizophrenie oder manisch - depressive Irresein vorliegt, allein die Frage der Erblichkeit ist von Bedeutung.⁴⁶⁵

In den drei Fällen, in denen das Vorliegen eines manisch - depressiven Irreseins verneint wird, nehmen die GutachterInnen an, dass die psychischen Auffälligkeiten „reaktiv“ seien. Frau P. N. ist Mutter von vier leiblichen und vier Stiefkindern und klagt „seit ungefähr 10 Jahren immer wieder, besonders im Winter, über Müdigkeit, gedrückte Stimmung, Schlaflosigkeit, Aengstlichkeit und Rückenschmerzen“. Hier ist die Gutachterin überzeugt, „dass es sich bei der[...] um eine leichte reaktive Verstimmung handelt, die aus dem Milieu zu verstehen ist.[...]Die kurze Entspannung in der Klinik und die rasche Besserung der Beschwerden beweisen, dass es sich bei ihr um ein reaktives Verhalten handelt. Eine Sterilisation kommt demnach nicht in Frage.“⁴⁶⁶ Frau A. W.⁴⁶⁷ entwickelt im Wochenbett eines nachts Wahnideen, die nur einen Tag andauern. Es wird ihr wegen „zahlloser sexueller Entgleisungen“ eine psychopathische Veranlagung bescheinigt. Auch das Gutachten der L. B. betont reaktive Momente und lässt an die Ideen der Tübinger Schule denken. Hier wird auf dem Hintergrund der Idee eines „Kontinuums zwischen krank und gesund“⁴⁶⁸ ausgeführt: „Wahrscheinlich handelt es sich um eine von Haus aus erregbare, zu Stimmungsschwankungen neigende Persönlichkeit, die auf exogene Anlässe stark reagiert.“⁴⁶⁹ Weiter wird die psychogene Verursachung von psychotisch anmutenden Erkrankungen mehrdimensional diskutiert, was dazu führt, dass die Patientin nicht unter das GVeN fällt:

„Eine ursächliche Rolle scheinen uns neben sehr vielen endogenen Momenten auch reaktive Momente gespielt zu haben, auch wenn die Motivierung des Selbstmordversuchs nicht ganz verständlich ist, sofern wir ihn nicht bei der zweifellos von Haus aus leicht erregbaren Persönlichkeit als Kurzschlusshandlung auffassen wollen. Als verdächtig für eine Psychose muss allerdings die lange Dauer der Erkrankung, der völlige Aktivitätsverlust und das Unvermögen zu arbeiten bei einer depressiven Stimmungslage

⁴⁶⁴ UAT 669/ 6919

⁴⁶⁵ Die Diagnostik nach Kraepelin wird dadurch als unwichtig angesehen. Siehe hierzu Kapitel 4.2.3

⁴⁶⁶ UAT 669/ 6922

⁴⁶⁷ UAT 669 / 7155

⁴⁶⁸ Siehe hierzu Kapitel 3.2.1

⁴⁶⁹ UAT 669/ 6700

angesehen werden. Die völlige Wiederherstellung der Pat. bei fehlender Wesensveränderung für den Fall, dass tatsächlich eine endogene Psychose vorgelegen hat, [würde] mehr für eine endogene Phase aus dem manisch depressiven Formenkreis sprechen. Psychotische Erlebnisse, Wahnbildungen und Sinnestäuschungen fehlten damals anscheinend.“⁴⁷⁰

Diese Sichtweise der psychogenen Verursachung der Erkrankung nach den Ideen der Tübinger Schule ist eine Ausnahme innerhalb der Begutachtung und exzeptionell für den Formenkreis der manisch-depressiven Erkrankungen. Die Gutachten zu den übrigen Erkrankungen geben dieser Krankheitsbetrachtung keinen Raum, auch wenn sich aus der Geschichte einiger Begutachteten Anhalte dafür finden.⁴⁷¹

Es bleibt festzuhalten, dass von den sechs Gutachten, die wegen des Verdachts des manisch-depressiven Irreseins verfasst werden, in drei Fällen diese Erkrankung wirklich diagnostiziert wird, in zwei Fällen aber wegen der geringen Reproduktionswahrscheinlichkeit gegen die Durchführung der Sterilisation argumentiert wird. De facto wird die Sterilisation somit nur in einem von sechs Fällen empfohlen, was zur allgemeinen Einstellung in der Klinik und beider Klinikdirektoren im Jahr 1936 passt, Vorsicht bei der Sterilisation Manisch-Depressiver walten zu lassen.⁴⁷² Des Weiteren ist diese Erkrankung die einzige, in der der psychosoziale Hintergrund der Begutachteten und die psychogene Krankheitsentstehung mehr in die diagnostischen Überlegungen miteinbezogen wird.

⁴⁷⁰ UAT 669/ 6700

⁴⁷¹ Siehe hierzu besonders die Gutachten zur Beurteilung des Schwachsinn, beispielsweise den oben zitierten Fall der Frau E. S. UAT 669/ 7040, die aus einer Inzuchtfamilie stammt und in deren Gutachten in keinem Wort erwähnt ist, dass die häusliche Situation schwierig ist. Anhang Fall VIII

⁴⁷² Siehe Kapitel 3.2.2 und 3.2.3, sowie Leonhardt (1996) S.84

6.3.2 Die Diagnosen statistisch erfasst

Tabelle 9: Die Diagnosen der Gutachten

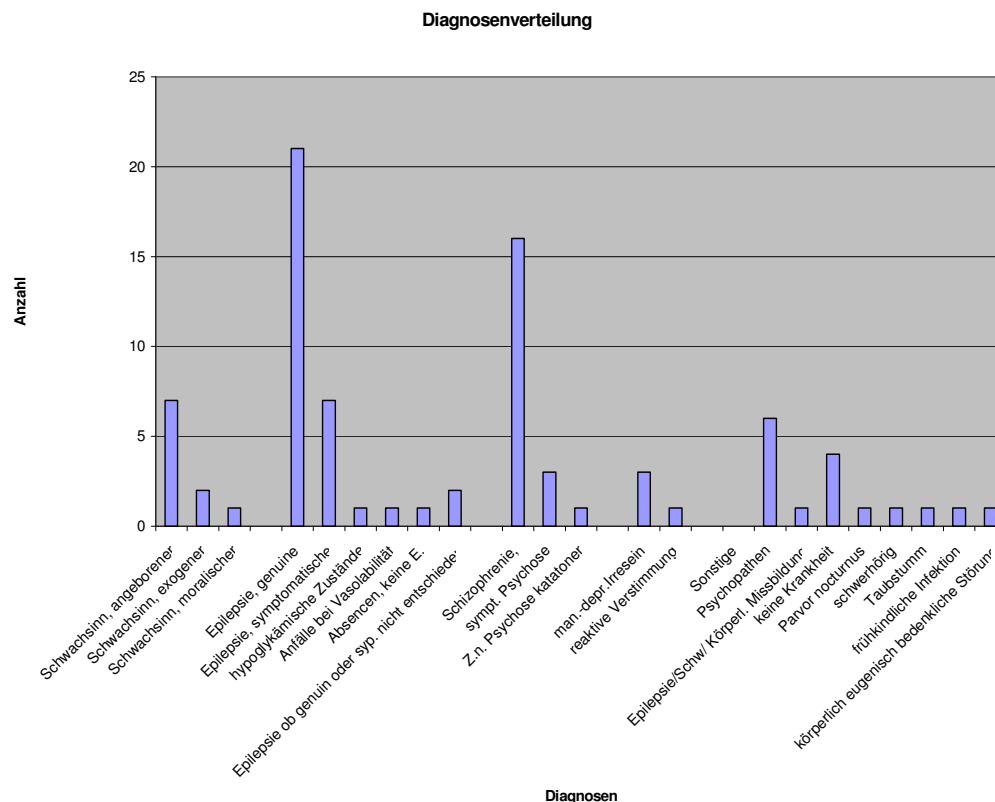
Diagnosen	
Schwachsinn, angeborener	7
Schwachsinn, moralischer	1
Schwachsinn, exogener	2
Kein Schwachsinn	4
Erbliche Fallsucht	19
Epilepsie Ursache unentschieden	4
Epilepsie, symptomatische	7
hypoglykämische Zustände	1
Anfälle bei Vasolabilität	1
Absencen, keine E.	1
Schizophrenie,	15
sympt. Psychose	4
Psychose Ursache unklar	2
zirkuläres Irresein	3
reaktive Verstimmung	1
Sonstige	
Epilepsie/Schwachsinn/Körp.Mißbildung	1
Psychopathen	7
Schwerhörig	1
Taubstumm	1
Körperlich eugenisch bedenkliche Störung	1
Gesamt	83

Während der statistischen Erhebung habe ich alle von den GutachterInnen erstellten Diagnosen der 83 Gutachten wortgetreu aus den Gutachten übernommen und erst bei der Auswertung in die in der Tabelle genannten Gruppen eingeteilt.⁴⁷³

⁴⁷³ Ähnlich der anderen Arbeiten der Dissertationsreihe hatte ich zunächst eine Rubrik „Ersuchensdiagnose/ Anzeigendiagnose“. Da sich diese in meinem Material aber nicht realisieren lässt, da in mehr als einem Viertel die Angaben hierzu in den Gutachten fehlen, und eine Anzeige in den „ambulanten Fällen“ nicht in den Akten zu finden ist, entscheide ich mich dazu, diese Rubrik aus meiner statistischen Erhebung zu streichen.

Neben den vier unter das GVeN fallenden Diagnosen (erbliche Fallsucht, angeborener Schwachsinn, zirkuläres Irresein und Schizophrenie), die in Tabelle 10 isoliert dargestellt sind, werden in den Gutachten auch eine Reihe weiterer Diagnosen gestellt.

Schaubild 4: Die Diagnosenverteilung

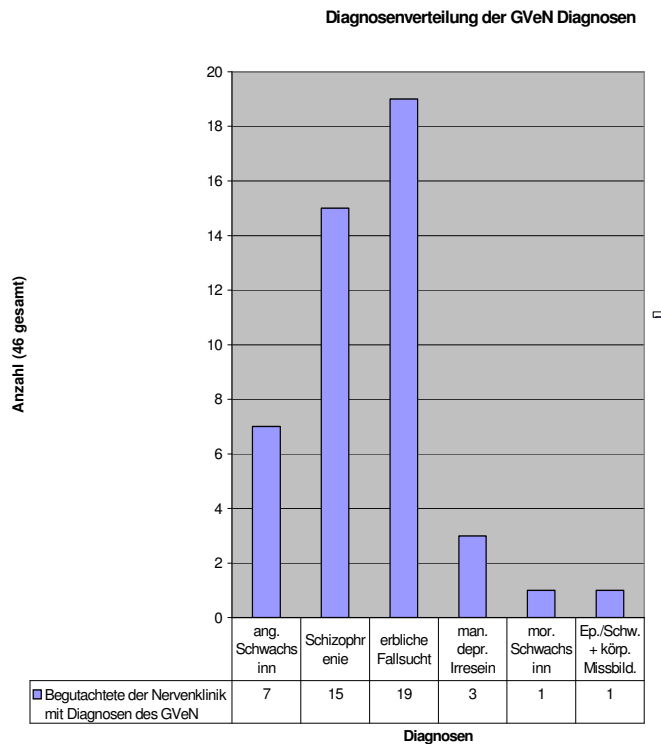


Die nicht unter das GVeN fallenden Diagnosen gliedern sich in: Sieben Fälle symptomatischer Epilepsie, drei weitere Anfallsleiden, die als „Vasolabilität“, „Hypoglykämie“ und „Absencen“⁴⁷⁴ gewertet werden, drei exogene Psychosen, zwei Psychosen unklarer Ursache und zwei Fälle von exogenem Schwachsinn. Bei der Diagnostik des Schwachsinn wird vier Frauen keine Diagnose im eigentlichen Sinne gestellt,

⁴⁷⁴ Laut Kommentar zum GVeN fallen die Absencen unter die genuine Epilepsie. Diese Gutachterin trennt sie jedoch ab und empfiehlt gesundheitliche Überwachung und Neueinleitung des Verfahrens, falls „wirkliche epileptische Anfälle“ beobachtet werden sollten UAT 669/ 6059

sondern es wird lediglich festgehalten, dass „kein Schwachsinn“⁴⁷⁵ vorliege. Weiterhin sind unter den Begutachteten eine Frau mit der Diagnose einer „Körperlich eugenisch bedenklichen Störung“⁴⁷⁶, eine Taubstumme, die keine erbliche Taubheit noch Schwachsinn hat, eine Schwerhörige ohne Zeichen für Schwachsinn. Bei den vermeintlich Schizophrenen und Manisch–Depressiven wird in sieben Fällen Psychopathie⁴⁷⁷ diagnostiziert.

Schaubild 5: Die Diagnosenverteilung der unter das GVeN fallenden Begutachteten



⁴⁷⁵ „es liegt kein Schwachsinn vor“, „wenig differenzierte und mässig begabte Persönlichkeit“, „im begrifflichen Denken wenig differenzierte Persönlichkeit“, „physiologische Dummheit“

⁴⁷⁶ Der Gutachter entscheidet sich bei dieser kleinwüchsigen Frau nach Rücksprache mit Prof. Gaupp wie er im Gutachten ausführt dazu, keine „schwere körperliche Missbildung“, die unter das GVeN fallen würde, zu diagnostizieren, da ihm hierzu die Symptomatik nicht schwer genug erscheint und er organische Ursachen (fragt nach ev. Kretinismus in der Jugend) nicht sicher ausschließen kann, weshalb sie nicht unter das GVeN fällt.

⁴⁷⁷ Hierunter fallen: „schizoide Psychopathie“, „Hysterie bei psychopath. Persönlichkeit“, „Psychopathin sexueller Triebhaftigkeit“, „erregte zu Stimmungsschwankungen geneigte Persönlichkeit“, „psychopathische Züge“, „paranoide querulatorische Persönlichkeit“, „Parvor nocturnus“

Die Verteilung der unter das Gesetz fallenden Begutachteten ist in Schaubild 5 zu ersehen. Die größte Gruppe ist die der Erbliehen Fallsucht mit 19 Personen, gefolgt von der Schizophrenie mit 15 Betroffenen. Außerdem finden sich sieben Fälle angeborenen Schwachsinn plus eines Falles „moralischen“ Schwachsinn sowie drei Fälle manisch -depressiven Irreseins sowie eine Begutachtete, die eine Mischdiagnose von Epilepsie, Schwachsinn und körperlicher Missbildung erhält. Insgesamt sind es 46 Frauen mit einer Diagnose, die unter das GVeN fällt. In fünf weiteren Fällen geben die jeweiligen GutachterInnen die letzte Entscheidung – trotz überwiegender Wahrscheinlichkeit einer GVeN Erkrankung - an das EGG zurück oder empfehlen Nachuntersuchungen.⁴⁷⁸ Dabei handelt es sich um vier Fälle von Epilepsie unklarer Natur und einem Fall von Schizophrenie. Somit ergeben sich insgesamt 51 Fälle von Personen mit unter das GVeN fallenden Erkrankungen, von denen 46 als „erbkrank im Sinne des Gesetzes“ betrachtet werden (siehe Tabelle 10).

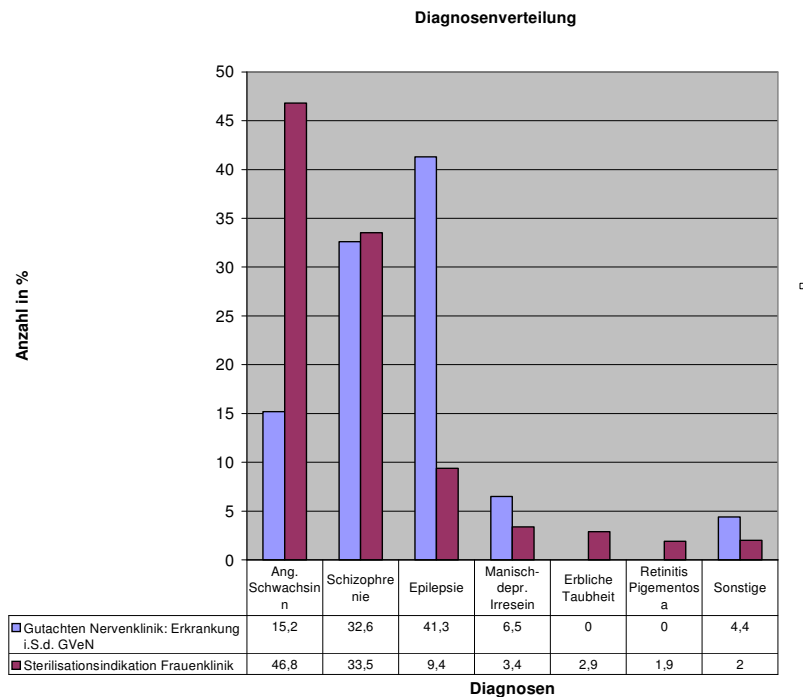
Tabelle 10: Erbkrankheiten im Sinne des GVeN

erbkrank im Sinne des GVeN	Anzahl
Ja	46
Nein	32
Unentschieden	3
Nachuntersuchungsempfehlung	2
Gesamt	83

In Tabelle 10 wird somit klar, dass in 46 der 83 Fälle eine Erkrankung im Gutachten diagnostiziert ist, die nach dem damaligen Gesetz zu einer Unfruchtbarmachung der Betroffenen führen muss, was knapp 60 % der Begutachteten entspricht.

⁴⁷⁸ Siehe hierzu Kapitel 6.4

Schaubild 6: Diagnosenverteilungsvergleich der Nervenlinik und der Frauenklinik Tübingen bezüglich der zur Sterilisation empfohlenen bzw. bezüglich der sterilisierten Frauen im Jahr 1936



Bei der Betrachtung der Diagnosenverteilung in Schaubild 6 fällt - bei aller Vorsicht, da es sich um selektierte Mengen handelt - auf, dass sich die Verteilung der Diagnosen der in der Nervenlinik Begutachteten von der in der Frauenklinik tatsächlich Sterilisierten unterscheidet. Einerseits sind die in den anderen Kliniken begutachteten Fälle von erblicher Taubheit oder Blindheit Teil der Sterilisierten, andererseits ergeben sich auch deutliche Unterschiede in den Diagnosegruppen, die an der Nervenlinik begutachtet werden. In absoluten Zahlen gesprochen ist die Menge der zur Sterilisation empfohlenen Frauen im Jahr 1936⁴⁷⁹ an der Nervenlinik 46, an der Frauenklinik werden im selben Jahr 203 Frauen⁴⁸⁰ wegen des GVeN sterilisiert. Betrachten wir die pro-

⁴⁷⁹ Dass die Begutachtung nur für Grenzfälle angefordert wird, ist in Kapitel 5.1.1 erläutert. Außerdem stimmen die Grundmengen nicht überein.

⁴⁸⁰ Siehe Kapitel 5.2

zentuale Verteilung so fallen besonders bei den Epileptikerinnen und den „Schwachsinnigen“ große Unterschiede in der Mengenverteilung auf. Ist der Anteil der Epileptikerinnen⁴⁸¹ in den untersuchten Gutachten knapp 40 %, sind es unter den 1936 in der Frauenklinik Sterilisierten nicht einmal 10 %. Die als „schwachsinnig“ diagnostizierten Personen machen unter den Sterilisationen fast die Hälfte aus, bei den Gutachten nicht einmal ein Fünftel. Auffallend ähnlich ist der Prozentanteil der als schizophren diagnostizierten Frauen. Da die Gutachten nur in schwierigen Fällen angefordert werden⁴⁸², lässt dies den Schluss zu, dass gerade die Epilepsie für den Amtsarzt schwieriger zu diagnostizieren und für das Erbgesundheitsgericht in der Frage endogen / exogen komplizierter zu entscheiden ist, als beispielsweise die Schizophrenie, bei der wahrscheinlich auch in den meisten Fällen Akten von vorigen Klinikaufhalten vorhanden sind. Eventuell werden auch von der Nervenklinik wegen der dort sehr ausgefeilten Diagnostik vermehrt Gutachten zu dieser Diagnosegruppe angefordert. Der auffallende große Unterschied im Anteil der Schwachsinnigen mag auf das Instrument des Intelligenzprüfungsbogens zurückzuführen sein, dem sich auch die Amtsärzte bedienen und anhand dessen sie die Diagnose des Schwachsinnigen scheinbar „objektiv“ selbstständig stellen, ohne fachpsychiatrische Hilfe zu benötigen.

6.3.3 Die Konversion der Diagnose

Zunächst wird anhand der oben erläuterten Kriterien eine **medizinische Diagnose** gestellt, nämlich Epilepsie', ‚Schwachsinn' ‚Psychose', ‚Psychopathie', ‚physiologischen Dummheit' oder ähnliches. Im Fall von Diagnosen, die nicht unter das GVeN fallen, wie beispielsweise die Psychopathie, ist es im Anschluss lediglich notwendig, dies im Gutachten festzuhalten, da sich hierdurch die Frage der Unfruchtbarmachung nicht mehr stellt: *„Da es sich bei H. S. um keine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes handelt, sondern um eine schizoide Psychopathie handelt, kommt Sterilisation für sie nicht in Frage.“*⁴⁸³

Liegt jedoch eine Erkrankung vor, die unter das GVeN fallen könnte, muss diese medizinische Diagnose in eine Diagnose übergeführt werden, die es dem/der GutachteneempfängerIn, also dem EGG oder EOG, möglich macht, eine juristische Entscheidung

⁴⁸¹ Siehe hierzu Kapitel 6.3.1

⁴⁸² Siehe hierzu Kapitel 5.2

⁴⁸³ UAT 669/ 6999

über den betreffenden Fall auf Grundlage des GVeN zu treffen. Dies bedeutet, dass im Falle der Sterilisationsgutachten festgestellt werden muss, ob es sich beispielsweise bei der Diagnose der Epilepsie um die im Gesetz bezeichnete Form der „erblichen Fallsucht“ handelt oder um eine im Sinne des Gesetzes irrelevante, nicht erbliche Form. Wie oben beschrieben, bezeichne ich diese zweite Diagnose, die nur im Bezug auf das Gesetz wichtig ist, und nicht mehr für die Medizin als „**juristische Diagnose**“ Die Überführung oder Konversion der medizinischen in die juristische Diagnose und die anschließende Beurteilung anhand des § 1 des GVeN nehmen die GutachterInnen den Gerichten zu meist ab. So enden die Gutachten häufig in Formulierungen wie: „*Wir sind mithin der Ueberzeugung, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine erbliche Fallsucht vorliegt [...]. Der § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist im vorliegenden Falle damit erfüllt.*“⁴⁸⁴ Oder gegenteilig: „*Frau [...] leidet nicht an einer Erbkrankheit; somit sind bei ihr die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht gegeben.*“⁴⁸⁵

Um den Schritt der **Konversion der Diagnose** nachvollziehbar zu machen und Empfehlungen zu begründen, werden in mehreren Schritten Untersuchungsergebnisse gegeneinander abgewogen.⁴⁸⁶ Denn alle unter das GVeN fallenden Diagnosen haben „Partnererkrankungen“, das heißt Differentialdiagnosen, die nicht unter das GVeN fallen, da sie als nicht vererblich gelten.⁴⁸⁷

Das erste Kriterium für das Vorliegen einer erblichen Erkrankung besteht in der **Abwesenheit exogener Ursachen**. Hierbei wird anamnestisch und in den Befunden nach körperlichen Ursachen der psychischen Erkrankung gesucht. Als zweites Kriterium wird häufig das Ergebnis der **Familienanamnese** hinzugenommen. – Dabei geht es um die Frage, ob in der näheren Blutsverwandtschaft Personen sind, die an der gleichen Erkrankung leiden, oder anderen Erkrankungen in der Familie vorkommen, die auf „Erbschäden“ hindeuten können.⁴⁸⁸ Drittens wird in vielen Fällen der **Charakter** in die Bewertung miteinbezogen, die Frage nach der Persönlichkeit der zu Begutachtenden.

⁴⁸⁴ UAT 669/ 6063I

⁴⁸⁵ UAT 669/ 7099

⁴⁸⁶ Dies gilt für den Großteil der Gutachten, in einigen wenigen ist die Beurteilung sehr kurz und differentialdiagnostische Erwägungen fehlen fast vollständig.

⁴⁸⁷ So zum angeborenen Schwachsinn den Schwachsinn aufgrund von Traumata oder Infektionskrankheiten, zu den Schizophrenien und dem manisch-depressivem Irresein die symptomatischen Psychosen, zur erblichen Fallsucht die exogene Epilepsie, siehe hierzu auch die differentialdiagnostischen Erläuterungen des vorangegangenen Kapitels.

⁴⁸⁸ siehe hierzu Kapitel 6.3.3.1

Dies geschieht zum einen im Hinblick auf die Anpassungsfähigkeit und Mitarbeit während des stationären Aufenthaltes und zum anderen im Sinne von Persönlichkeitsmustern, die in der Psychopathologie der Zeit als „typisch schwachsinnig“, „typisch schizophren“ oder „typisch epileptisch“ angesehen werden. Denn die Persönlichkeitsstruktur, so die damalige Auffassung, lasse beispielsweise einen genuinen von einem symptomatisch Erkrankten unterscheiden.⁴⁸⁹ Besonders in der Beurteilung des Schwachsinnigen aber auch bei einigen anderen Erkrankungen wird das **Kriterium der Lebensbewährung**⁴⁹⁰ hinzugenommen. Abschließend werden die unterschiedlichen Befunde und Ergebnisse in der **Beurteilung** des Gutachtens zusammengestellt und bewertet.⁴⁹¹ Die Kriterien werden auf ihre Stichhaltigkeit hin untersucht und in Bezug zu den übrigen Befunden gesetzt. Es geht dabei ausschließlich um die Frage, ob die vorher medizinisch erwogene Diagnose, als eine unter das GVeN fallende Krankheit einzuordnen ist oder nicht. Das Bild einer Waagschale, die sich je nach Gewichtung der einzelnen Faktoren zur einen oder anderen Seite neigt – Sterilisation oder nicht – passt gut auf die abschließende Abwägung der GutachterInnen.

Die Bewertung und Gewichtung der einzelnen Kriterien unterscheidet sich von Fall zu Fall, wobei sich verschiedene Konstellationen der Kriterien ergeben. Dies wird im Folgenden anhand eines Falls von Schizophrenie, eines von Schwachsinn sowie zweier Fälle von Epilepsie beispielhaft verdeutlicht.

Bei Frau G. R.⁴⁹², aus deren Gutachten Auszüge im Anhang nachzulesen sind, wird eine Psychose schizophrener Natur medizinisch bereits im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Universitäts-Nervenklinik im Jahre 1934 diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt hat die Patientin gleichzeitig eine Furunkulose und eine schwere psychische Erkrankung, die zu einem mehrwöchigen Aufenthalt in der Nervenklinik führt. Während dieses Aufenthaltes steht die Behandlung der psychischen und der physischen Erkrankung im Vordergrund. Ob die Ursache der Psychose in der infektiösen Erkrankung oder in vorhanden Erbanlagen zu suchen sei, wird zum damaligen Zeitpunkt zwar diskutiert, jedoch nicht genauer untersucht. 1936 wird die vollkommen remittierte Pati-

⁴⁸⁹ siehe hierzu Kapitel 4.2.1

⁴⁹⁰ siehe hierzu Kapitel 6.3.3.2

⁴⁹¹ Dies ist rein formal im letzten Abschnittes des Gutachtens unter dem Stichwort „Beurteilung“ zu finden.

⁴⁹² UAT 669/ 7033, siehe ausführliche Auszüge aus dem Gutachten im Anhang Fall VII

entin nach der Anzeige beim Amtsarzt durch die Nervenklinik zur Begutachtung erneut aufgenommen. Die Frage nach der „juristischen Diagnose“, also ob es sich um eine Psychose handelt, die auf eine Schizophrenie im Sinne des GVeN zurückzuführen ist und auf die Erbanlagen der Patientin zurückgehe, oder ob zum früheren Zeitpunkt eine symptomatische Psychose aufgrund der Infektionskrankheit vorgelegen habe, wird nun abgewogen. Zum Kriterium der exogenen Ursachen wird festgestellt, dass die Patientin ihre Erkrankung im Zusammenhang mit einer Infektionskrankheit gehabt habe, was gegen eine erbliche Disposition spricht. Bezüglich der Familienanamnese ergibt sich ein weiteres Argument gegen die genetische Grundlage, denn die Familie wird nach gründlicher Untersuchung von 400 Mitgliedern⁴⁹³ als „*erstaunlich erbggesund*“ eingestuft. Auch die Persönlichkeit der G. R. erscheint dem Gutachter unauffällig. Die juristische Diagnose einer Schizophrenie liegt für den Gutachter nicht nahe, denn sowohl das exogene Moment, als auch die leere Familienanamnese sprechen gegen eine genetisch prädisponierte Schizophrenie und auch im Hinblick auf die Persönlichkeit der G. R. zum Zeitpunkt der Begutachtung ergibt sich kein Anhaltspunkt für eine Schizophrenie. Es zeigt sich aber in diesem Fall die Angst des Gutachters vor einer Fehldiagnose mit der möglichen Folge erbkranken Nachkommen, denn er empfiehlt Heiratsverbot.⁴⁹⁴

Auch der Fall von Frau O.H.⁴⁹⁵, deren recht kurzes Gutachten im Anhang abgedruckt ist, wird an der oben aufgeführten Argumentationskette entlangdiskutiert. In ihrem Fall wird klar, wie sehr die Begutachtenden die Entscheidung treffen, was sie in die Beurteilung hineinnehmen und welche Punkte sie dort unerwähnt lassen. Frau O. H. ist zur Zeit der Begutachtung 21 Jahre alt und wird zur Frage des Schwachsinnns begutachtet. In der Akte findet sich ein Lebenslauf, in dem sie beschreibt, dass sie mit 10 Jahren ihre Mutter verliert und auch ihr Vater kurz darauf stirbt. Dies wird im Gutachten nicht erwähnt. Über ihre „Lebensbewährung“ sagt das Gutachten im Anamneseabsatz: „*In der Schule will sie angeblich gut mitgekommen sein. Sitzen geblieben sei sie nie. Nach der Schulzeit nahm sie Fabrikarbeit an, sie arbeite nun schon seit 6 Jahren in einer Uhrenfabrik, ihre Aufgabe bestehe darin, Uhrenbestandteile auszubalancieren.*“⁴⁹⁶. Dies wird in der abschließenden Bewertung nicht aufgenommen. Die Intelligenzprüfung ergibt

⁴⁹³ Siehe hierzu Kapitel 6.3.3.1

⁴⁹⁴ Siehe Kapitel 6.4

⁴⁹⁵ UAT 669 / 6674, siehe Anhang Fall III

⁴⁹⁶ Ebenda

„erhebliche Ausfälle“. Anhand dieser wird als medizinische Diagnose Schwachsinn festgestellt. Die Frage der exogenen Verursachung wird verneint, denn „weder aus der Vorgeschichte noch nach dem Befund ergibt sich ein Anhaltspunkt dafür, dass es sich um einen erworbenen Schwachsinn handelt.“⁴⁹⁷ Die Mutter der Begutachteten leidet unter epileptischen Anfällen, was die Vermutung der Erblichkeit der Erkrankung unterstützt. Des Weiteren ist festgehalten, dass „die Belastung mit krankhaften Erbmerkmalen [...] sich eben dann in der einer Minderwertigkeit der intellektuellen Fähigkeiten, in abnormen Charakteranlagen oder in beidem [äußert], wie dies im vorliegenden Falle zutrifft.“ Auch die Bewertung der Persönlichkeit der O. H. spricht für den Begutachtenden für das Vorliegen eines angeborenen Schwachsinn, denn ihr „intellektueller Defekt [ist] noch mit anderen Anomalien der Persönlichkeit verbunden, insbesondere mit einer abnormen Reizbarkeit.“ Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass es sich um angeborenen Schwachsinn handle. In die Abwägungen des genannten Falles fließen im Abschnitt der Beurteilung Fakten die unter der Anamnese genannt sind, jedoch gar nicht mehr ein. Sowohl die Schulleistungen, die soziale Situation als auch die Lebensbewährung an ihrer derzeitigen Arbeitsstelle werden nicht miterwähnt und gehen in die Gesamtbeurteilung nicht ein. So ist für das Gericht oder die heutigen LeserInnen schwer nachvollziehbar, wie sich der begutachtenden Oberarzt die außerordentlich schlechte Intelligenzprüfung oder die doch recht erstaunliche „Lebensbewährung“ und die Schulleistungen erklärt. Alle in der Beurteilung genannten Kriterien (Familienanamnese, Persönlichkeit, Intelligenzprüfung, Abwesenheit exogener Momente) weisen in dieselbe vom Gutachten schließlich diagnostisch festgestellte Richtung des angeborenen Schwachsinn.

Um den Ermessensspielraum, der den GutachterInnen in der Beurteilung der Fälle dennoch zur Verfügung steht, darstellen zu können, werden im Folgenden zwei Fälle aufgeführt, bei denen medizinisch epileptische organische Anfälle diagnostiziert werden, wobei beide während des Aufenthaltes in der Klinik keine Anfälle haben. In beiden Fällen geht es um die Frage, ob eine symptomatische oder eine erbliche Fallsucht vorliegt. Es ergeben sich in der neurologischen Untersuchung sowie in der Liquoruntersuchung Pathologien, was als Anhaltspunkt für eine exogene Ursache der Epilepsie gilt. Im ersten Fall entscheidet sich die Gutachterin gegen, im zweiten eine andere Gutachte-

⁴⁹⁷ Ebenda

rin für die Empfehlung der Unfruchtbarmachung. Um die Überlegungen für die heutigen LeserInnen illustrativer zu machen, sind die Gutachten im Anhang abgedruckt.⁴⁹⁸

Bei Frau P.S.⁴⁹⁹ kann das Vorgehen des Abwägens der verschiedenen Faktoren sehr deutlich anhand einer Visitenaufzeichnung im Krankenblatt der Patientin nachvollzogen werden. Sie wird am 26.2.36 Prof. Gaupp, dem damaligen Klinikdirektor vorgestellt, der „das vorgerückte Alter der Patientin bei Erstdiagnose und die neurologischen Auffälligkeiten gegen die Diagnose einer genuinen Fallsucht“ betont und empfiehlt: „Falls eine eingehende Nachforschung von Seiten der Gesundheitsbehörde keine erbliche Belastung in der Familie auffinden kann, ist in diesem Fall die Frage der erblichen Fallsucht zu verneinen.“ Es gibt Hinweise auf eine nicht erbliche Ursache der Fallsucht aufgrund von pathologischen neurologischen Befunden. Dies muss als Anlass genommen werden, die Diagnose einer genuinen Ursache in Frage zu stellen. Das Alter der Patientin bei der Erstdiagnose spricht ebenfalls dagegen. Im psychischen Befund wird Frau S. außerdem die Abwesenheit von „moralischen und ethischen Defekten“ bescheinigt. Gaupp legt das Kriterium der Familienanamnese als ausschlaggebendes Argument in die Waagschale, was zum Ergebnis des Vorliegens von symptomatischer Epilepsie führt. Gutachtentextlich wird diese Abwägung an folgenden Sätzen deutlich: „*Letztlich wird unsere Anschauung über diesen Fall noch erhärtet durch das Fehlen von erblicher Belastung in der Familie der Patientin. Zur Ausschliessung einer symptomatischen Epilepsie müsste in einem solch schwierigen Grenzfall, wie’s dieser zweifellos ist, das Vorkommen einer genuinen Epilepsie bzw. deren Aequivalente bei Vorfahren oder in Seitenlinien der Patientin nachgewiesen werden können.*“⁵⁰⁰

Im Fall der Frau A.B.⁵⁰¹, die seit ihrem 20. Lebensjahr an Anfällen leidet, interpretiert die Gutachterin die pathologischen Untersuchungsbefunde (pathologisches Reflexmuster) so, dass sie sich auch bei langjährig genuinen Epileptikern finden würden, außerdem ergebe „die **Liquoruntersuchung** [...] keine solchen Abweichungen von der Norm, dass danach die Annahme einer gröberen cerebralen Schädigung als pathologisch anatomisches Substrat einer symptomatischen Epilepsie gerechtfertigt wäre.“ Sie fordert stärkere neurologische Defekte als asymmetrische Reflexe (Gaupp reicht dieses

⁴⁹⁸ Anhang Fall IX und Fall I

⁴⁹⁹ UAT 669 / 7099 siehe Anhang Fall IX

⁵⁰⁰ ebenda

⁵⁰¹ UAT 669/ 6063 siehe Anhang Fall I

Kriterium zusammen mit dem Erkrankungsalter im obigen Fall der P.S. zur Infragestellung der erblichen Fallsucht) und kommt trotz des Fehlens von Erbkrankheiten in der Familie der B. sowie der unauffälligen Persönlichkeit zu dem Schluss, dass „*der §1 des GVeN im vorliegenden Fall erfüllt*“ sei.

An diesen Fallbeispielen möchte ich zeigen, dass es klar festgelegte Kriterien gibt, mit denen die GutachterInnen die Fälle untersuchen und bewerten. Sie formulieren anhand dieser die medizinische Diagnose in eine für den Juristen verständliche „juristische Diagnose“ um. Die Gewichtung und Einordnung der einzelnen Kriterien obliegt jedoch dem/der einzelnen GutachterIn. Für die endgültige Entscheidung ergeben sich somit viele Seitenwege, die - je nach Einstellung des/der GutachterIn - sowohl eine Sterilisation als auch deren Verhinderung unterstützen können. Die Dimension des Ermessungsspielraums ist in der Begutachtung und der Konversion besonders groß.

6.3.3.1 Das Kriterium der Familienanamnese

Um die Konversion der Diagnose nachvollziehbar zu machen, bedienen sich die GutachterInnen unter anderem der **Familienanamnese**. Sie erfolgt durch Exploration der Betroffenen und deren Angehörigen, aber es werden auch Erbgesundheitsgerichtsakten, Gesundheitsamtsinformationen oder Aussagen von Bürgermeister*innen oder Pfarrern zur Beurteilung herangezogen.⁵⁰²

Die Frage ist, ob und in welchem Ausmaß Auffälligkeiten in der Familienanamnese der Begutachteten in die Gutachten miteinbezogen sind. In meiner Fragebogenanalyse subsumiere ich unter der Rubrik „**psychische Auffälligkeit in der Familie**“ jegliche Art von Bemerkung über Blutsverwandte, von eher formlosen Äußerungen wie „*Großmutter kindisch*“⁵⁰³ bis zu Aussagen wie „*sowohl in der väterlichen wie auch in der mütterlichen Linie manifeste Schizophrenien*“⁵⁰⁴. Es geht mir darum, alle den GutachterInnen innerhalb des gesamten Gutachtens erwähnenswerten Besonderheiten zu erfassen, um zu einer Aussage darüber zu kommen, ob dieser Aspekt maßgeblich in die Beurteilung der „Erblichkeit“ eingeht.

⁵⁰² Siehe hierzu Kapitel 6.5

⁵⁰³ UAT 669 / 6378

⁵⁰⁴ UAT 669 / 10501

Tabelle 11: Psychische Auffälligkeiten in der Familie

psychische Auffälligkeiten in der Familie erwähnt?	Anzahl
Ja	47
Nein	36
Gesamt	83

Psychische Auffälligkeiten in der Familie sind in 47 von 83 Gutachten also in 57% der Fälle erwähnt. Unterteilt man diese zwei Gruppen nochmals in Fälle, die unter das GVeN fallen, also als „erbkrank“ gelten, und solche, für die das nicht zutrifft, kommt man zu folgenden Ergebnissen (Tabelle 12): Für die in der Familienanamnese komplett unauffälligen Fälle (36) ergibt sich, dass 19 eine unter das GVeN fallende Erkrankung haben, was 53 % entspricht. Für die Gruppe derjenigen, die Auffälligkeiten in der Familie aufweisen, kommt es in gut 57 % der Fälle (27 Fälle) zur „juristischen Diagnose“ einer Erbkrankheit.

Tabelle 12: Kombination psychischer Auffälligkeiten in der Familie und der Diagnose einer Erbkrankheit im Sinne des GVeN (Σ 83)

Psy. Auffälligkeiten in der Familie/ Erbkrankheit i. S. d. GVeN	„erbkrank“	„nicht erbkrank“	unentschieden/ k. A.
Keine Auffälligkeiten	19	16	1
Auffälligkeiten	27	17	3
Gesamt	83		

Rein statistisch ergibt sich demnach kein signifikanter Unterschied bezüglich der Ergebnisse in der Kombination von unter das GVeN fallender Erkrankung und familienanamnestischen Auffälligkeiten. Da es sich bei den psychischen Auffälligkeiten wie oben erwähnt jedoch um sehr unterschiedliche Grade handeln kann, lässt dies keine eindeutige Aussage zu.

Erscheint die „positive Familienanamnese“ im Gesamten nicht unbedingt zur Klärung der Frage der potentiellen Erblichkeit der Erkrankung der einzelnen Begutachteten beizutragen, erscheinen vor allem in der **Bewertung und Gewichtung** dieser durch die GutachterInnen gravierende Unterschiede zu sein. Betrachten wir die Fälle, in denen psychische Auffälligkeiten in der Familie beschrieben werden genauer, so fällt auf, dass sich die GutachterInnen sehr uneinig scheinen, was als Hinweis auf „Erbschäden“ zu werten ist. Sind unter das GVeN fallende Erkrankungen in der näheren Verwandtschaft vorhanden, wird einhellig von „erblicher Belastung“ der Begutachteten gesprochen. Ist die erkrankte Person jedoch aus der weiter entfernten Verwandtschaft kann dies in der abschließenden Beurteilung herausfallen,⁵⁰⁵ in manchen Fällen wird es als nicht sicher belastend dargestellt.⁵⁰⁶

Im Falle von Frau L. B., bei der anhand der Psychopathologie die Symptome für die Diagnose einer Schizophrenie nicht ausreichen bei der jedoch gemäß des Gutachtens noch *„leichte [schizophrene] Restsymptome auch heute bestehen“* und vor allem die Krankheitseinsicht fehle und affektive Störungen bestünden, folgert der begutachtende Oberarzt: *„Berücksichtigt man ferner, dass sowohl in der väterlichen wie auch in der mütterlichen Linie manifeste Schizophrenien bestehen, so kann mit hinreichender Sicherheit gesagt werden, dass es sich bei der Erkrankung der Frl. B um einen ersten schizophrenen Schub handelt.“*⁵⁰⁷ Hier wird die Unsicherheit der Befunde durch einen positiven familiären Hintergrund (eine Tante mütterlicherseits und eine Tante väterlicherseits leiden an Schizophrenie) abgesichert. Ist die Familienanamnese in den meisten Fällen sozusagen ein akzessorisches und kein obligates Kriterium, befindet der Gutachter bei der eben zitierten Patientin die familiäre Belastung doch als so groß, dass er die genaue Diagnose des Leidens der L. B. selbst als nicht ausschlaggebend bezeichnet: *„Vor allem aber muss mit hinreichender Sicherheit angenommen werden, dass im Hinblick auf die Belastung von beiden Elternteilen des Frl. B. Trägerin schizophrener Erbmassen ist und dass, gleichgültig wie sich der Krankheitsverlauf bei ihr selber gestalten wird, für ihre eventuellen Nachkommen eine große Wahrscheinlichkeit besteht, ebenfalls*

⁵⁰⁵ UAT 669/ 6857 ist der Fall, in dem der *„Urenkel des Bruders des Urgrossvaters an Schizophrenie leidet und sterilisiert ist.“* In der Beurteilung dieses Gutachtens wird über eine familiäre „Belastung“ gar nicht gesprochen.

⁵⁰⁶ UAT 669/ 6378 beispielsweise, *„Grossmutter kindisch“* wird in der Beurteilung als *„erblich nicht sicher belastet“* dargestellt,

⁵⁰⁷ UAT 669 / 10501

erbkrank zu werden.“⁵⁰⁸ Und er schließt das Gutachten mit den, die Unsicherheit in der Diagnose nicht mehr erwähnenden Worten: „*Wir sind daher unbedingt der Ansicht, dass Frl. B. von der Fortpflanzung auszuschalten ist und dass für sie die Bestimmungen des Erbgesundheitsgesetzes § 1 zutreffen.*“⁵⁰⁹

Unter den insgesamt 15 Personen, die die Diagnose Schizophrenie i.S. d. Gesetzes erhalten, befindet sich nur noch eine weitere Person, die in der näheren Familie Schizophrenie hat. Frau K. Sch., die gemeinsam mit ihrem Bruder zur Begutachtung kommt, der als sicher schizophran diagnostiziert ist: „*Zu dem allem kommt noch die familiäre Belastung, die zwar nicht allein als Beweis gelten darf, die aber im Hinblick auf dieses höchst verdächtige Zustandsbild ein Mehr an Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer durchgemachten schizophrenen Psychose bei der Sch. bedeutet.*“⁵¹⁰

Betrachtet man die 33 begutachteten Frauen, die wegen des Verdachts auf Epilepsie untersucht werden, fällt auf, dass nur in einem einzigen Fall,⁵¹¹ manifeste Epilepsien in den Familien der Betroffenen nachgewiesen werden können. In allen anderen Fällen ergibt sich die positive Familienanamnese aufgrund von „*Trunksucht des Bruder des Vaters*“⁵¹² oder ähnlichem. Ein begutachtender Oberarzt führt hierzu aus:

„*Es ist durchaus nicht immer möglich unter den Vorfahren wiederum eine Epilepsie nachzuweisen. Aber man findet doch sehr häufig verschiedenartige Erbschäden unter den näheren und weiteren Verwandten. Es mag auch darauf hingewiesen sein, dass sehr genaue genealogische und erbbiologische Nachforschungen schliesslich doch immer ergeben, dass unter den weiter zurückliegenden Vorfahren, deren Eigenart und deren Gesundheitszustand uns nicht bekannt ist, doch schon einmal Epileptische sich finden.*“⁵¹³

Im Gegensatz dazu wird über Frau B. B., die wegen Verdachts auf Schizophrenie begutachtet wird, festgestellt, dass der Alkoholismus des Vaters nicht stärker für die Diagnose der Schizophrenie als der Psychopathie spräche: „*die vorhandene erbliche Belastung ist in dieser Art bei einer Psychopathie mindestens eben so häufig wie bei*

⁵⁰⁸ UAT 669 / 10501

⁵⁰⁹ UAT 669 / 10501

⁵¹⁰ UAT 669 / 7109. Bereits in Kapitel 6.3.1.3. beschreibe ich die Unsicherheit in den diagnostischen Befunden, da die Patientin über den Verlauf ihrer Erkrankung und vor allem auch ihre darin erlebten Inhalte - nach der Meinung des Psychiaters – dissimulierte, wird durch die nachgewiesene erbliche Belastung beseitigt und der Gutachter kommt zu dem Ergebnis, dass der durchgemachte Zustand der Sch. „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Schizophrenie gewesen ist.“

⁵¹¹ UAT 669/ 7046, vier Cousins hätten Anfälle

⁵¹² UAT 669/ 6963

⁵¹³ UAT 669/ 7082

einer endogenen Psychose“⁵¹⁴. Ähnlich bei P.K.: Es gibt GutachterInnen, die – hier in der Begutachtung der Schizophrenie - dies differenzierter sehen. So beschreibt der Gutachter die Heredität der P. K., die aus einem Großvater der Alkoholiker und einer Mutter die laut Gutachten „nervös“ ist, besteht, wie folgt: „Es handelt sich bei der zu begutachtenden um ein 29jähriges lediges Mädchen, das in der Familie zwar eine gewisse psychopathische, aber keine psychotische Belastung aufweist.“⁵¹⁵

Dass die Erblichkeitsfrage und die Erhebung der familiären Verhältnisse mitunter sehr große Ausmaße annehmen und mit erheblichem zeitlichen Aufwand verbunden sein kann, zeigt der bereits mehrfach zitierte Fall der G. R., die sich nach einem psychotischen Schub in voller Remission befindet und bei der der Verdacht auf eine „Intoxikationspsychose“⁵¹⁶ besteht. Nach der Erhebung der familiären Krankheitsfälle, die „nicht weniger als 400 Personen der Verwandtschaft der Patientin umfasst“⁵¹⁷ wird bei ihr von einer Krankheit aus dem schizophrene Formenkreis abgesehen:

„Soweit das Ergebnis unserer Nachforschungen bis heute vorliegt, stammt die Patientin tatsächlich aus einer Familie, in der sich verhältnismäßig sehr wenige Erbkrankheiten zeigen. Die einzigste Kranke, die sich auffinden ließ, ist eine Cousine 2. Grades (also ein Mädchen, das von 8 Urgrosseltern nur ein Urgrosseltern teil mit der Patientin gemeinsam. Im übrigen aber anderes Erbgut hat); diese litt vor 9 Jahren merkwürdigerweise ebenfalls an einer ungeklärten Psychose, die als akute Angstpsychose diagnostiziert wurde. Die ganze weitläufige übrige Verwandtschaft wird von den zuständigen Behörden als nicht erbkrank beurkundet. [...] Das Ergebnis dieser Nachforschungen darf an sich nicht als ausschlaggebend verwertet werden, doch muss es unwillkürlich den Eindruck hervorrufen, das die Patientin nicht grade aus einer erblich belasteten Familie stammt.“⁵¹⁸

Diese differenzierte Betrachtung der Erblichkeitsverhältnisse, dass von einer vergleichsweise geringen erblichen Belastung gesprochen wird, und die Zahl der untersuchten Fälle im Gegensatz zu den Kranken gesetzt wird, ist in diesem Gutachten einzigartig.

Besonders in der Begutachtung der Fälle von Schwachsinn wird allgemein von „degenerativem Erbgut“ oder „degenerativen Familien“ gesprochen, so auch im bereits in Kapitel 6.3.1.3 besprochenen Fall von Frau E. S., bei der der Alkoholismus und das Verhalten des Vaters als auch der Eindruck des Gutachters von der Mutter sich negativ auf die Beurteilung der Tochter auswirkt:

⁵¹⁴ UAT 669 / 6716

⁵¹⁵ UAT 669 / 6838

⁵¹⁶ Heute Durchgangssyndrom oder akute exogene Psychose

⁵¹⁷ UAT 669/ 7033, weitere Auszüge im Anhang Fall VII

⁵¹⁸ UAT 669 / 7033 Anhang Fall VII

„Der Vater von E. S., der Maler gelernt hatte, sei vor dem Krieg ein ordentlicher Mann gewesen, als er aus dem Feld zurückgekommen sei, habe er zu Trinken angefangen und wiederholt Blutschande mit seinen Töchtern getrieben, dafür habe er wiederholt im Zuchthaus gesessen, [...] die Referentin habe nie etwas davon gemerkt, dass ihr Mann so veranlagt sei. Er sei sonst sehr gut zu ihr gewesen und habe sie nie geschlagen. Sie selbst macht einen sehr beschränkten Eindruck [...] Wie aus der Vorgeschichte hervorgeht, stammt die E.S. aus einer degenerativen Familie und einem sozial denkbar schlechten Milieu⁵¹⁹

Bei Frau L. S., deren Vater Alkoholiker ist, wird aus der Heredität per Automatismus die Genuinität ihrer Erkrankung geschlossen: „Dagegen findet man, dass die Familie – soweit bisher etwas bekannt ist – degenerativ belastet, der Vater Trinker ist. [...] Aus der degenerativ-erblichen Belastung kann man schliessen, dass es sich bei ihr um erbliche Fallsucht handelt.“⁵²⁰

Sind keine Auffälligkeiten in der Familie vorhanden, hat dies in klaren Fällen keine Auswirkung auf die Enddiagnose. Lediglich in Fällen von Unsicherheit, kann dies dazu führen, dass von einer Diagnose i.S.d. GVeN Abstand genommen wird, oder wie im vorliegenden Fall – in dem mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen wird, dass es sich um eine Schizophrenie und nicht um eine Infektionspsychose handelt - dass die Entscheidung an das EGG abgegeben wird: „Die Entscheidung, ob diese Wahrscheinlichkeit genügt, um die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu erfüllen, müssen wir, insbesondere angesichts der sonst negativen Familienanamnese, dem Urteil des Erbgesundheitsgericht überlassen.“⁵²¹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erhebung der familiären Belastung sehr unterschiedliche Ausmaße annimmt, und zu sehr unterschiedlichen Einflüssen auf das Endergebnis – Erkrankung, die unter das GVeN fällt, oder nicht – führt. Dieses Kriterium ist sehr untersucherabhängig.⁵²² So zeigt sich, dass manche GutachterInnen der Familienanamnese einen hohen Stellenwert einräumen und sie in jedem Fall in die Konversion der Diagnose miteinbeziehen, während andere sie nur in diagnostisch unsicheren Fällen in die endgültige Entscheidung einbringen. In welchem Maß sich eine

⁵¹⁹ UAT 669 / 7040 siehe Anhang Fall VIII

⁵²⁰ UAT 669 / 7061

⁵²¹ UAT 669 / 6647

⁵²² siehe hierzu auch das Kapitel 6.7

positive Familienanamnese auf die Enddiagnose auswirkt, ist jedoch andererseits auch stark vom einzelnen Fall abhängig. Ist sich der Begutachtende sicher, dass eine GVeN Erkrankung vorliegt, ist eine negative Familienanamnese nicht von Bedeutung. Ist sich der Gutachter hingegen unsicher und sind in der Familie keine Geisteserkrankungen bekannt, verstärkt eine nicht vorhandene familiäre Belastung die Zweifel an der Diagnose. Umgekehrt wird bei Unsicherheit in der medizinischen Diagnostik, aber sicher belegter positiver Familienanamnese, die Diagnose einer Erbkrankheit gehäuft gestellt. Der marginelle Unterschied im Hinblick auf die prozentualen Anteile der psychischen Auffälligkeiten in der Familie ist interessant im Hinblick darauf, dass die Verfasser des GVeN davon ausgehen, durch die Unfruchtbarmachungen zukünftigen Generationen Erbkrankheiten zu ersparen. In den Familien der Begutachteten zeigen sich nur in seltenen Fällen tatsächlich „Erbkrankheiten“. Wenn sich allerdings in der begutachteten Population nicht eindeutig ablesen lässt, dass dort Erbkrankheiten vermehrt auftreten, wo in der Familie Auffälligkeiten in der Hinsicht auf Erbkrankheiten gegeben sind, wird dieses Dogma in Frage gestellt. Es lässt uns ausserdem annehmen, dass die fehlende Heredität in vielen Fällen auch den damaligen GutachterInnen aufgefallen sein muss. Auf der anderen Seite zeigt uns dies einmal mehr, dass es in der Begutachtung nicht darum geht, herzuleiten, dass die Begutachteten die Krankheit ererbt haben, als vielmehr, dass sie unter einer Erkrankung leiden, die sie laut der damaligen Forschungsergebnisse weitervererben werden oder würden. Der Beweis hierfür liegt⁵²³ für alle unter das GVeN fallenden Erkrankungen damals wissenschaftlich vor, juristisch in das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gegossen, dogmatisch festgelegt.

6.3.3.2 Das Kriterium der Lebensbewährung

In der Konversion der Diagnose ist die Lebensbewährung besonders in der Beurteilung des Schwachsinnns ein ausschlaggebender Faktor. Jedoch wird auch bezüglich der anderen Diagnosen häufig ein Augenmerk auf die soziale Bewährung der Begutachteten gelegt. Dabei kann unterschieden werden zwischen den rein anamnestisch erhobenen Befunden der „Lebenstauglichkeit“ der Begutachteten und ihrer Lebensführung und dem beobachteten Verhalten während des stationären Aufenthaltes.

⁵²³ Siehe hierzu Kapitel 4.3

Ein Beispiel für die **Beobachtung während des stationären Aufenthaltes** ist das Gutachten über die taubstumme A.S., in dem eindrücklich geschildert wird, wie die Frauen auf der Station zur Hausarbeit herangezogen werden. In ihrem Fall ist eine Begeisterung über die Mitarbeit zu verspüren. Die Willigkeit und das Einfügen in die Arbeit, werden in der Beurteilung der A. S. im Bezug auf die Sterilisationsfrage zu ihrem Vorteil ausgelegt.

„Bei der hiesigen Beobachtung wurde der Hauptwert auf die Prüfung ihrer praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten im Haushalt gelegt, und sie hatte jeden Tag während ihres mehrtägigen Aufenthaltes in der Klinik Gelegenheit, diese zu beweisen. Sie wurde zu den verschiedensten, und nicht nur einfachen Verrichtungen veranlasst, die im Haushalt vorkommen. Man gab ihr durch einen kurzen Wink, eine Geste, zu verstehen, was sie zu tun hatte. Sie begriff sofort und führte die Anordnung selbstständig aus, ohne dass sich der Ausdruck einer Begriffsstutzigkeit auf ihrem Gesicht malte. Wir können darauf verzichten, die einzelnen Tätigkeiten anzuführen. Es genügt, darauf hinzuweisen, dass die Oberschwester der Frauenabteilung, die sie jeden Tag auf ihre hausfraulichen Fähigkeiten beobachtete, zu dem Ergebnis kam, dass man bei verständnisvoller Würdigung ihrer Taubheit, von den durch letztere bedingten Mängeln abgesehen, eine fast volle Hilfe im Haushalt an ihr haben könne. [...]“⁵²⁴

Ein Beispiel, in dem sich die zu Begutachtende sehr stark gegen die Exploration wehrt und sich keine Mühe gibt, sich in den Stationsalltag zu integrieren, ist Frau L.⁵²⁵ *„Die Erbkrankte selbst in den ersten Tagen ausserordentlich schwer zugänglich, war bockig wie ein kleines Kind, abweisend und trotzig“* Der Gutachter stellt die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ und befindet, dass ihre Familie „sozial minderwertig“ sei. Dass die Beobachtung nicht nur den vermeintlich Erbkranken gilt, sondern auch deren Angehörigen, wird deutlich wenn der Gutachter R. das Gutachten über sie wie folgt schließt: *„der Verlobte, Vater des jetzt noch lebenden Kindes der L. will diese offenbar heiraten. Da er hier einen wenig günstigen Eindruck macht und evtl. minderwertig oder gar debil ist, wäre es sehr angebracht, wenn diese Ehe zustande kommt, um auf diese Weise nach durchgeführter Sterilisation der L. den Mann von der Fortpflanzung fern zu halten und ihn doch als Ehemann für die Versorgung von Mutter und Kind heranzuziehen.“⁵²⁶*

Die Beurteilung der Lebensbewährung durch **anamnestisch** erhobenen Befunden und Aktenkunde, sowie durch Angaben über die Lebensführung sind bereits im

⁵²⁴ UAT 669/ 7071

⁵²⁵ UAT 669/ 6885

⁵²⁶ UAT 669/ 6885

Kapital über die Diagnostik des Schwachsinn⁵²⁷ ausführlich besprochen worden und sind für diese Diagnosegruppe herausragend.

Das Kriterium der Lebensbewährung wird als bewertendes Element in die Begutachtung miteinbezogen und ist Teil der Konversion der Diagnosen. Scheint eine Begutachtete zu einem geordneten, angepassten Lebensstil nicht fähig, oder verstößt sie unter Umständen gegen Normen und Gesetze,⁵²⁸ wird dies von den GutachterInnen in der Begutachtung zur Epilepsie und zum Schwachsinn in der abschließenden Beurteilung zum Teil als Hinweis auf genetische Disposition und eine „krankhafte Erbmasse“⁵²⁹ gesehen. Ist die Lebensführung der Begutachteten konform mit den Normen der Zeit und ist zusätzlich das Verhalten während des stationären Aufenthaltes freundlich, kann dies als Zeichen gegen das Vorliegen einer Erbkrankheit gewertet werden. In der Diagnose der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins findet dieses Kriterium kaum Beachtung.

⁵²⁷ Siehe hierzu Kapitel 6.3.1.2.1

⁵²⁸ Wie beispielsweise uneheliche Kinder

⁵²⁹ UAT 669/ 6647 Formulierungen dieser Art finden sich in vielen Gutachten. Es wird von „degenerierten Erbanlagen“, „minderwertiger Erbmasse“ usw. gesprochen.

6.3.3.3 Das Kriterium körperlichen Auffälligkeiten

Wie bereits im Kapitel 6 über den Aufbau der Gutachten unter dem Stichwort „körperliche Untersuchung“ erwähnt, werden die Begutachteten zum Grossteil sehr ausführlich untersucht. Dabei wird auch nach so genannten „Degenerationszeichen“ gesucht, dazu gehören z. B. „angewachsenen Ohrläppchen“⁵³⁰ oder „Henkelohren“⁵³¹. Es wird aber auch über körperliche Beeinträchtigungen berichtet, wie die Missbildung der Hand bei Frau L.S.⁵³² oder die spastische Hemiplegie der Frau M. O.⁵³³

Im Abschnitt der „Beurteilung“ der Gutachten werden solche Auffälligkeiten im körperlichen Befund nur in wenigen Fällen ausschlaggebend herangezogen. Lediglich im Fall der Hemiplegikerin Frau M. O. wird eine „schwere körperliche Missbildung“ diagnostiziert,⁵³⁴ die unter das GVeN fällt. Allerdings hat sie ebenfalls die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ und Epilepsie. In einem weiteren Fall wird die Diagnose einer schweren körperlichen Missbildung erwogen, allerdings entscheidet sich der Gutachter bei dieser kleinwüchsigen Frau nach Rücksprache mit Herrn Prof. Gaupp - wie er im Gutachten ausführt - dazu, keine „schwere körperliche Missbildung“, die unter das GVeN fallen würde, zu diagnostizieren, da ihm hierzu die Symptomatik nicht schwer genug erscheint und er organische Ursachen (fragt nach ev. Kretinismus in der Jugend) nicht sicher ausschließen kann.

In einzelnen Fällen wird die körperliche Andersartigkeit für die Argumentation innerhalb der Konversion der Diagnose benutzt. So heißt es beispielsweise im Fall der Frau L. S., bei der die Diagnose einer genuinen Epilepsie gestellt wird, es seien keine Auffälligkeiten in den erhobenen Befunden festzustellen, „*mit Ausnahme der Missbildung der linken Hand, die man vielleicht als Degenerationszeichen und somit als Erscheinung einer erblichen Minderwertigkeit deuten könnte.*“⁵³⁵ In der Beurteilung wird jedoch die Abwesenheit exogener Ursachen als vornehmliche Begründung der Genuinität dargestellt. Auch bei Frau F. R. wird die Diagnose einer erblichen Fallsucht gestellt. Hier machen die Angehörigen eine schwere Geburt als Ursache der Anfälle geltend und versuchen die körperlichen Auffälligkeiten eines asymmetrischen Kopfes als Beweis

⁵³⁰ UAT 669/ 6647, UAT 669/ 6837,

⁵³¹ UAT 669/ 7100

⁵³² UAT 669/ 13213

⁵³³ UAT 669/ 6889

⁵³⁴ siehe hierzu Kapitel 4.2.5

⁵³⁵ UAT 669/ 13213

dafür anzuführen. Der Gutachter R. führt hierzu jedoch aus: „Die vom ersten behandelnden Arzt festgestellte Ungleichheit in der Entwicklung des Gesichtes kommt in mehr oder weniger ausgeprägtem Masse sehr häufig vor und ist meist bedingt durch anlagemässige Unterschiede der rechten und linken Körperhälfte. Diese sind meistens als ein allg. Degenerationszeichen zu werten.“⁵³⁶ Auch dieser Gutachter verwendet die körperliche Auffälligkeit aber nicht als Hauptargument für die Endogenität, sondern die seiner Meinung nach abwesende Exogenität.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Vorliegen von körperlichen Auffälligkeiten als Hinweis der „Degeneration des Erbgutes“ gewertet wird, aber in keinem Fall als ausschlaggebendes Argument für das Vorliegen einer Erbkrankheit im Sinne des GVeN genutzt wird.

6.3.3.4 Das Kriterium der Mutterschaft

Nachdem ich bereits in Kapitel 6.2.4 auf die Anzahl derjenigen Frauen unter den Begutachteten, die bereits Kinder haben, eingegangen bin, geht es hier um die Frage, ob die Kriterien der Begutachtung bei diesen Frauen anders interpretiert werden als bei kinderlosen Frauen. Dabei konzentriere ich mich besonders auf den Aspekt, ob die GutachterInnen darauf Bezug nehmen, wenn bereits vorhandene Kinder „erblich“ gesund sind oder nicht, und ob dies in die Beurteilungsargumentation eingeht. Denn der Kern des GVeN besagt, dass diese Kinder aufgrund ihres Erbgutes eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, Erbkrankheiten zu entwickeln. Ich unterscheide hierbei zwischen der Gruppe der verheirateten Frauen und der der ledigen.

Quantitativ befinden sich unter den insgesamt 83 Begutachteten vier ledige und 14 verheiratete Frauen mit Kindern. Jeweils eine ledige⁵³⁷ und eine verheiratete⁵³⁸ Frau sind zum Zeitpunkt der Begutachtung schwanger. Die GutachterInnen erwähnen jeweils innerhalb der Anamnese die Existenz der Kinder⁵³⁹ und zumeist wird dabei in ein oder zwei Adjektiven auch auf den körperlichen und geistigen Zustand der Kinder eingegangen.⁵⁴⁰ Bei der Suche nach familiären Erbkrankheiten stehen aber in erster Linie Auffäl-

⁵³⁶ UAT 669/ 7049

⁵³⁷ UAT 669 / 6999 Anhang Fall VI

⁵³⁸ UAT 669 / 6669, schwanger, verheiratet und bereits mehrere Kinder

⁵³⁹ siehe hierzu Kapitel 6.2.4

⁵⁴⁰ UAT 669 / 7100 „4 prächtige Kindern“

ligkeiten bei den Vorfahren der Begutachteten im Zentrum der Untersuchung. Kinder werden unter diesem Abschnitt nur erwähnt, wenn es eindeutige Anzeichen einer bestimmten Erkrankung gibt.⁵⁴¹

Bezüglich der Gruppe der **verheirateten Frauen**, die zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits Kinder haben, lässt sich zusammenfassend sagen, dass allein die Tatsache der Mutterschaft keine Konsequenzen für die Beurteilung des Falles hat. Sind die Kinder nicht weiter auffällig, wird dies in keinem der Gutachten als Beweis für „Erbgesundheit“ ausgelegt. Bis auf zwei Ausnahmen werden die Kinder nicht in die abschließende Beurteilung der Fälle miteinbezogen.

Im Fall der A. W., die zur Zeit der Begutachtung bereits sechs Kinder hat, sind diese auffällig. Im Gutachten ist festgehalten, dass eines auf die Hilfsschule gehe und alle wenig begabt seien. Hier wird der Umkehrschluss gezogen: trotz „*mässiger Begabung*“ der Mutter - also eigentlich ausreichender Intelligenz - geben die Kinder mit ihren Schulschwierigkeiten der Ausschlag dafür, dass eine Sterilisation empfohlen wird. „*Die-se Tatsache [der, „minderwertigen Nachkommen“] ist in erster Linie durch die Erbmasse der Frau W. bedingt, und beweist, dass ihre Nachkommenschaft durch den bei ihr vor-liegenden Schwachsinn erheblich gefährdet ist.*“⁵⁴²

Im Gutachten der Frau K. S. heißt es bezüglich ihrer Kinder: „*Sie lebe in glück-licher Ehe, habe 4 prächtige Kinder geboren, keine Fehlgeburt gehabt. Ihre Kinder seien gesund, keines habe jemals Anfälle bekommen, alle seien geistig sehr reg-sam.[...]Ueber den Zweck der Begutachtung ist sie vollkommen orientiert; hält die Un-fruchtbarmachung jedoch für unnötig, weil sie ja so selten einen Anfall bekomme und ihre Kinder gesund seien.*“⁵⁴³ Im Gutachten wird die Diskrepanz zwischen gesunden Nachkommen und der Vermutung einer Erbkrankheit diskutiert. Der Gutachter gibt an, dass die gesunden Kinder nicht gegen das Vorliegen einer Erbkrankheit sprächen und erläutert außerdem, dass es Fälle von Erbkrankheiten gibt, die niemals in der Nachkommenschaft vorkommen werden:

„*Es besteht also u. E. bei der S. eine genuine Epilepsie, d. i. erbliche Fallsucht. Für diese Diagnose sprechen in gewissem Sinne auch die in der Verwandtschaft vorliegen-den Fälle von Trunksucht und geistiger Beschränktheit. Das angebliche Fehlen von*

⁵⁴¹ es steht also nicht da: „sowohl in Aszendenz als auch in Deszendenz keine psychische Auffälligkeiten“, als vielmehr „Mädchen, das aus gesunder Familie stammt“ UAT 669/ 6605

⁵⁴² UAT 669 / 7134 siehe zu diesem Fall auch Kapitel 6.5

⁵⁴³ UAT 669 / 7100

epileptischen Anfällen in der Aszendenz kann nicht gegen unsere Diagnose geltend gemacht werden. Wir wissen nämlich aus der Erfahrung, dass es eindeutige Fälle von genuiner Epi. gibt, ohne dass bei einem anderen Glied der Familie die Epi. jemals in Erscheinung tritt.⁵⁴⁴ In unserem Falle ist es sehr wohl denkbar, dass gerade die Blutsverwandtschaft der Eltern sich im Sinne einer unglücklichen Kombination krankhafter Erbfaktoren ausgewirkt hat. Wir kommen abschliessend zu dem Urteil, dass es sich bei der Frau S. mit grosser Wahrscheinlichkeit um erbliche Fallsucht handelt. Es ist daher mit Recht zu befürchten, dass ihre Nachkommen an schweren Erbschäden leiden werden. Die Voraussetzungen zur Anwendung des Ges. z. Verh. erbkr. Nachw. sind u. E. bei der Genannten erfüllt.⁵⁴⁵

An diesen Ausführungen wird deutlich, dass es dem Gutachter - und auch dem GVeN im Allgemeinen - nicht darum geht, im Einzelnen die familiäre Belastung detailliert und eindeutig am Einzelfall nachzuweisen, sondern diejenigen zu sterilisieren, die über „schlechte Erbmassen“ verfügen, unabhängig von der Höhe der Wahrscheinlichkeit, ob diese Anlagen jemals in Erscheinung treten werden oder nicht und unabhängig von der jeweiligen Schwere der Erkrankung. Es geht um die kommenden Generationen. Über die seltenen Anfälle der Frau K. S. kann auf ihre „Erbschäden“ geschlossen werden.

Betrachten wir die **ledigen Frauen** mit Kindern, werden deren Familienverhältnisse in den Gutachten genau angesehen und exakt beschrieben, wer die Väter dieser Kinder sind und wie es zu welcher Schwangerschaft kam. Im Hinblick auf die Beurteilung wird in zwei Fällen sehr negativ über diese Tatsache gesprochen, in zwei Fällen scheint es nicht in die diagnostische Diskussion einzufließen. Allgemein wird betont, dass dies „illegale Geburten“ sind, was negativ bewertet wird, besonders in den Fällen, in denen die Mütter mehrere Kinder von verschiedenen Männern haben.

Im Fall der L. L.⁵⁴⁶ führt die Geschichte ihrer Familie mit unehelichen Geburten sowohl der Mutter als auch der Schwestern und ihrer eigenen unehelichen Kinder⁵⁴⁷ sowie einer recht schlechten Intelligenzprüfung zu dem Schluss: „Die Tatsache, dass sie bereits zweimal entbunden hat weist auf eine Kritischschwäche erheblichen Grades hin, die vielleicht noch verstärkt wird durch eine erhebliche Triebhaftigkeit, die offenbar

⁵⁴⁴ Hervorhebung durch die Verfasserin

⁵⁴⁵ UAT 669 / 7100

⁵⁴⁶ UAT 669/ 6885

⁵⁴⁷ Bei der Geburt ist sie 16 und 22 Jahre alt

familiär gehäuft auftritt (uneheliche Geburten). Die L. stammt aus einer sozial minderwertigen Familie. Sie leidet an angeborenem Schwachsinn“

Im Fall der S. N.⁵⁴⁸, die sich sterilisieren lassen möchte, um den bereits sterilisierten Vater ihrer Kinder heiraten zu dürfen – Auszüge ihres Gutachtens sind im Anhang abgedruckt - reicht die Tatsache unehelicher Kinder bei sonst fehlender Pathologie nicht aus, eine Sterilisation zu befürworten, doch es wird formuliert:

„Es liesse sich allerdings der Einwand machen, dass die Vorgeschichte der N. (3 illegale Geburten von 2 verschiedenen Männern, Verlassen der Großmutter aus egozentrischen Motiven, und die Tatsache, dass sie sich an einen schwachsinnigen, sterilisierten und kriminellen Mann hängt) Beweis genug sei, für das Vorliegen grober charakterlicher Defekte.[...] Trotz allem sind jedoch die Voraussetzungen des §1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht erfüllt, weil eine derartige moralische Entartung immerhin kombiniert sein muss mit einem fassbaren Grad an angeborenem Schwachsinn oder einem sonstigen geistigen oder körperlichen Defekt.“⁵⁴⁹

Bei Frau B.H.⁵⁵⁰ wird die Tatsache der unehelichen Kinder nicht in die Beurteilung des Gutachtens aufgenommen und es werden auch keine negativen Äußerungen dazu gemacht. In ihrem Fall finden sich neurologische Pathologien, die zur Annahme einer symptomatischen Epilepsie führen und die Gutachterin will sich nicht entscheiden und empfiehlt Nachuntersuchung. Das Gutachten wirkt aus heutiger Sicht sprachlich sehr reflektiert und bezieht weder das Faktum der unehelichen Kinder, noch die Familienanamnese (Vater Alkoholiker) ein, noch dass Frau B. H. laut Anamnese früher selbst gerne getrunken hätte in die medizinische Beurteilung des Falles mit ein.

Frau L.S.⁵⁵¹ Epilepsie scheint der Gutachterin endogen zu sein - außerdem ist sie die Einzige der Begutachteten, die den Antrag selbst gestellt hat - dass ihre unehelichen Kinder in der abschließenden Beurteilung scheinbar nicht weiter besprochen werden zu brauchen.

Bei den beiden **schwangeren** Frauen drängt das Gericht auf Beschleunigung des Verfahrens,⁵⁵² da mit einer Diagnose des GVeN neben der Sterilisation auch ein Schwangerschaftsabbruch einhergehen soll. So wird in einem Brief der Frauenklinik

⁵⁴⁸ UAT 669 / 6925, Anhang Fall V

⁵⁴⁹ Diese Argumentation ist nicht übereinstimmend mit den Diagnosekriterien des moralischen Schwachsinn, der - analog im Fall der M.B. UAT 669 / 6747 Anhang Fall IV - keine Intelligenzdefekte fordert.

Siehe hierzu Kapitel 6.3.1.2 über den moralischen Schwachsinn.

⁵⁵⁰ UAT 669 / 6670

⁵⁵¹ UAT 669 / 7061

⁵⁵² siehe den in den Krankenakten bewahrten Schriftwechsel

gebeten, das Verfahren zu beschleunigen, denn die Frau sei im 2. Monat schwanger, „damit wir unter Umständen die Sterilisierung und Schwangerschaftsunterbrechung nicht in den späteren Schwangerschaftsmonaten vorzunehmen brauchen.“⁵⁵³ In beiden Gutachten über schwangere Frauen kommen die Begutachtenden schließlich zu einer Diagnose, die nicht unter das GVeN fällt: Frau G. H. habe eine „symptomatische Epilepsie. Frau H. S.⁵⁵⁴ ist dem im Anhang abgedruckten Gutachten zufolge eher wegen der unehelichen Schwangerschaft und nicht wegen dem Verdacht einer Geisteskrankheit angezeigt worden, denn ihre Angehörigen haben die Anzeige erreicht: „Sein Verhalten wird auch durch den Wunsch erklärt, dass seine Tochter kein uneheliches Kind bekomme und er sie deshalb gerne auf Grund von Geisteskrankheit sterilisieren lassen möchte“ In ihrem Fall scheint die Kombination aus wenig Psychopathologie mit der spezifischen Situation ihr die Gunst der Gutachterin einzubringen, denn die Diagnose lautet – trotz vorhandener Heredität⁵⁵⁵, die im der Beurteilungsabschnitt des Gutachtens nicht mehr erwähnt wird – „schizoide Psychopathie“.

Interessant anzumerken ist, dass bei mehreren Frauen von mehreren **Fehlgeburten** berichtet wird, und die damaligen ÄrztInnen dies scheinbar nicht als Zeichen für eine mögliche erbliche Erkrankung der Feten werten. Bei M. H.⁵⁵⁶ kommt es bei 7 Schwangerschaften nur zweimal zu einer Termingeburt, wobei eines der beiden Kinder sehr früh stirbt. Dies wird, wie auch in weiteren Fällen, in denen von Fehlgeburten berichtet wird, nicht im Bezug auf ihre „Erbmasse“ diskutiert.⁵⁵⁷

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Faktum der Mutterschaft in den Gutachten in Abhängigkeit des Familienstandes bewertet wird. Ist eine Frau verheiratet und die Kinder sind gesund, fließt dies im Allgemeinen überhaupt nicht in die Bewertung mit ein. Sind ihre Kinder auffällig, kann dies zu ihrem Nachteil ausgelegt werden. Ist die zu Begutachtende jedoch ledig und hat unehelich entbunden, wird dies in manchen Fällen als Zeichen einer charakterlichen Störung aufgefasst. Aus heutiger Sicht

⁵⁵³ UAT 669 / 8794, diese Schwangere ist zwar im Jahr 1936 in der Klinik gewesen, wurde aber nicht begutachtet und geht somit nicht in die statistische Untersuchung ein.

⁵⁵⁴ UAT 669 / 6999 Anhang Fall VI

⁵⁵⁵ die Mutter der Begutachteten soll laut Gutachten in der Anstalt in Schussenried gewesen sein und auch dort verstorben sein.

⁵⁵⁶ UAT 669/ 6667

⁵⁵⁷ dies spricht dafür, dass bei Unkenntnis von chromosomalen Störungen die Forschung auf diesem Gebiet 1936 noch kaum Kenntnisse über Humangenetik hatte.

liegt die Frage nahe, wie sich die GutachterInnen erklären, dass doch verhältnismäßig wenig auffällige Kinder unter den Nachfahren der Begutachteten zu finden sind. Es wird deutlich, dass auch für die GutachterInnen, die sich mit der Thematik nahe beschäftigen, die Erblichkeit letztlich ein Konstrukt sein muss, das wissenschaftlich erwiesen, aber nicht anhand der von ihnen beurteilten Fälle nachvollziehbar scheint.

6.3.3.5 Die „Fortpflanzungsgefahr“/ Reproduktionswahrscheinlichkeit

Nach Erläuterung der medizinischen und juristischen Diagnose wird in einigen Gutachten eine Stellungnahme zur **Wahrscheinlichkeit der Reproduktion** der Begutachteten abgegeben. Diese kann entweder positiv sein, was bedeutet, dass der/die GutachterIn die Chance für groß hält, dass die Begutachtete Kinder bekommen wird, aber auch negativ, dass also angenommen wird, die Chance einer Schwangerschaft sei gering bis unwahrscheinlich. Neben dem Alter der Begutachteten spielen in solchen Fällen häufig gynäkologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle.

In mehreren Fällen wird erläutert, dass **biologisch** die Möglichkeit der Konzeption ausgeschlossen wird. In der medizinischen Beurteilung der Fertilität arbeitet die Nervenklinik eng mit der Frauenklinik zusammen.⁵⁵⁸ So im Beispiel der Frau E. V., die zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits 48 Jahre alt ist und die seit Jahren nicht mehr menstruiert:

„An der bereits früher gestellten Diagnose: Schizophrenie kann kein Zweifel bestehen. Es liegt also eine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes vor. Eine künstliche Unfruchtbarmachung erscheint uns jedoch in diesem Falle nicht mehr notwendig. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen senil geschrumpften Genitalapparat. Bei diesem Befund und angesichts der Tatsache, dass die V. bereits seit Jahren in der Menopause ist, ist die Konzeptionsmöglichkeit nach unserem und der Fachgynäkologen Urteil praktisch wohl auszuschliessen. Die Gefahr der unerwünschten Nachkommenschaft besteht also bei der Genannten nicht mehr. Damit sind unseres Erachtens die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bei ihr nicht gegeben.“⁵⁵⁹

In anderen Fällen, in denen biologisch die Fertilität erhalten ist, schätzen die GutachterInnen die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis aus der **persönlichen Veranlagung** und den **Lebensumständen** der Begutachteten als sehr gering ein und bauen dies in ihre Argumentation ein. Hintergrund für eine solche Einschätzung kann eine bis zum

⁵⁵⁸ siehe hierzu das Kapitel 5.2

⁵⁵⁹ UAT 669/ 7124

Zeitpunkt der Begutachtung langjährig kinderlose Ehe sein⁵⁶⁰ oder auch das Verhalten gegenüber dem männlichen Geschlecht - so zum Beispiel bei Frau L. K., in deren Fall sich die Gutachterin nicht sicher ist, ob es sich um genuine oder symptomatische Epilepsie handelt. Sie verknüpft die Frage nach der juristischen Diagnose (genuin oder nicht) mit der Reproduktionswahrscheinlichkeit: *„In Anbetracht dessen, dass die Anfälle so selten auftreten und dass die Kranke keinerlei Beziehungen bisher zu Männern hatte und daher eine Fortpflanzung äusserst unwahrscheinlich ist, muss mit Rücksicht auf die unklare Genese der Anfälle von der Sterilisation zur Zeit wohl abgesehen werden.“*⁵⁶¹

Oder bei Frau A. N., über die im Gutachten im Bezug auf die frauenärztliche Untersuchung ausgeführt wird: *„Sexuell ist die Untersuchte mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht sehr erregbar; sie ist nach 4 jähriger Ehe noch unberührt.“* Dies führt in der abschließenden Beurteilung und Bewertung des Geisteszustandes der A. N. zu dem Urteil, dass zwar eine Minderbegabung vorliege, aber von „angeborener Schwachsinn“ als juristische Diagnose nicht gesprochen werden könne. *„Die Entscheidung in diesem Grenzfall wird uns erleichtert durch das Bewusstsein, dass bei der psychischen Konstellation der Untersuchten und bei ihrem Verhältnis zum Ehemann, die Aussicht auf Nachkommenschaft sehr gering ist.“*⁵⁶²

Auch die Reproduktionswahrscheinlichkeit im Blick, aber mit gegenteiligem Schlussatz, hat der Gutachter im Fall der oben erwähnten Frau L. L. Sie hat bereits zwei uneheliche Kinder, was ihn zu folgender Begründung veranlasst: *„Wie schon von dem Vorgutachter ausgeführt worden ist, handelt es sich zweifellos um angeborenen Schwachsinn.[...]. Die Tatsache, dass sie bereits zweimal entbunden hat weist auf eine Kritischschwäche erheblichen Grades hin, die vielleicht noch verstärkt wird durch eine erhebliche Triebhaftigkeit, die offenbar familiär gehäuft auftritt (uneheliche Geburten).“*⁵⁶³

Ähnlich auch im Fall von Frau A. Wi., in deren Fall der begutachtende Oberarzt Ed. über mehrere Absätze Details der sexuellen Ausschweifungen der Begutachteten berichtet und zu dem Schluss kommt, A. Wi. habe sich *„zweifellos [...] zahllose sexuelle*

⁵⁶⁰ UAT 669/ 7129 Frau L. W., die *„trotz des Wunsches nach einem zweiten Kind seit mehr als 10 Jahren nicht mehr konzipiert“* hat, ähnlich Frau K. Sch. die nach 9 Jahren Ehe nur ein einziges Kind geboren hat. UAT 669/ 7109

⁵⁶¹ UAT 669/ 6856,

⁵⁶² UAT 669 / 6924

⁵⁶³ UAT 669 / 6885

*Entgleisungen geleistet, so dass man von einer gewissen hemmungslosen Triebhaftigkeit sprechen kann. Aber auf Grund dieser psychopathischen Veranlagung lässt sich nach der derzeitigen Rechtslage in Erbgesundheitsachen ein Sterilisierungsantrag nicht begründen wenn auch eine Unfruchtbarmachung aus diesem Grund im vorliegenden Falle als wünschenswert bezeichnet werden kann.*⁵⁶⁴

Durch die Beurteilung der „konkreten Fortpflanzungsgefahr“⁵⁶⁵ wird den GutachterInnen eine letzte Möglichkeit eröffnet, für oder gegen die Sterilisation zu argumentieren. Diese Frage steht jedoch nicht explizit zur Beantwortung an, sondern kann von den GutachterInnen fakultativ hinzugenommen werden. Dabei zeigt sich in einigen Fällen unter Umständen eine gewisse Empathie den Begutachteten gegenüber, was in der Verhinderung einer Sterilisation mündet. In anderen eher die Identifizierung, die manche der GutachterInnen gegenüber dem GVeN und der Volksgemeinschaft verspüren. Denn sie versuchen - über ihre Aufgabe hinaus, eine Geisteskrankheit zu diagnostizieren oder zu verneinen - herauszufiltern, ob die Anwendung des GVeN dringlich, aufschiebbar oder unnötig sei.

6.4 Ausweichmöglichkeiten für die GutachterInnen

Bei Unsicherheiten in der Diagnostik entscheiden sich die GutachterInnen seltenst dazu anzugeben, dass mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit die Diagnose einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes nicht gestellt werden kann.⁵⁶⁶ Sie bedienen sich stattdessen anderer Möglichkeiten, mit zweifelhaften Diagnosen umzugehen.

In zwei Fällen wird eine **Nachuntersuchung** empfohlen. So bei B. H.:⁵⁶⁷ „Wir schlagen vor, das Verfahren vorläufig einzustellen und Frl. H. nach 1-2 Jahren wider untersuchen zu lassen. In der Zwischenzeit ist Heiratsverbot angezeigt.“ Eine ähnliche Intention – den Spontanverlauf abzuwarten – wird bei der in einigen Fällen empfohlenen „**gesundheitliche Überwachung**“ deutlich. So wird bei Frau G. H. Überwachung emp-

⁵⁶⁴ UAT 669 / 7155

⁵⁶⁵ Diesen Begriff nehme ich aus dem Gutachten von Frau S. M. UAT 6669/ 6919. Dort wird erläutert: die „konkrete Fortpflanzungsgefahr kann gleich null erachtet werden“.

⁵⁶⁶ Eines dieser wenigen Beispielen ist UAT 669 / 6714 „Nach den jetzigen Feststellungen können wir jedoch die Diagnose genuine Epilepsie mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit nicht stellen, sondern nur einen Verdacht äussern. Somit kommen wir zur Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung.“

⁵⁶⁷ UAT 669/ 6670

fohlen und falls „wirklich große epileptische Anfälle zur Beobachtung kommen sollten, [eine] Wiederaufnahme des Verfahrens.“⁵⁶⁸

In einem weiteren Fall wird dem Gericht die **Untersuchung von Angehörigen** der Begutachteten nahegelegt, um Hinweise auf eine erbliche Belastung zu finden⁵⁶⁹ und damit einer Entscheidung über die juristische Diagnose näher zu kommen.

Bei einem 12-jährigen gehörlosen Mädchen, das bei Verdacht auf „Schwachsinn“ begutachtet wird, wird die „*Unterbringung in einer Taubstummenanstalt*“ und später gegebenenfalls eine Nachuntersuchung empfohlen.

Des weiteren stellen einige GutachterInnen die wesentlichen Kriterien, die für eine symptomatische contra erbliche Erkrankung sprechen, einander gegenüber und überlassen dem **Erbgesundheitsgericht die letzte Entscheidung** über die juristische Diagnose.⁵⁷⁰ Ein Beispiel hierfür ist die bereits oben zitierte Frau H. F.⁵⁷¹, bei der sich die Nervenklinik in ihrem Gutachten 1936 nicht sicher festlegen will, ob eine symptomatische Psychose oder eine Schizophrenie vorliegt.⁵⁷²

In sieben der 83 hier untersuchten Fälle kommt es am Ende des Gutachtens zur Empfehlung der **Verweigerung der Heiratsurlaubnis**. Hintergrund dieser Empfehlung ist, dass „*vorerst die legale Fortpflanzung durch Verweigerung eines evtl. angeforderten Ehefähigkeitszeugnisses unterbunden werden*“ soll.⁵⁷³ Für die Betroffenen bedeutet dies, dass das nach § 2 des Gesetzes zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes zur Eheschließung nötige „Ehefähigkeitszeugnis“ des Gesundheitsamtes, dass kein Ehehindernis nach § 1⁵⁷⁴ vorliege, nicht ausgestellt wird. Dieses Vorgehen trägt dem Risiko der Unsicherheit bezüglich der Richtigkeit der Diagnose Rechnung. Die Ärztin/ der Arzt kann sich im Fall einer uneindeutigen Diagnose durch Empfehlung eines Heiratsverbotes von der Verantwortung entledigen, dass es zu „unerwünschten legalen“ Nachkommen als Folge eines Diagnosefehlers kommt. So kommt zum Beispiel

⁵⁶⁸ UAT 669/ 6669, ähnlicher Fall UAT 669/ 6787, UAT 669/ 6809: „*wir raten deshalb den Fall weiterhin im Auge zu behalten.*“

⁵⁶⁹ UAT 669/ 7073, „*eine weitere Klärung ist von hier aus nicht möglich, es dürfte sich empfehlen, die Schwester untersuchen zu lassen, bzw. festzustellen, welcher Art die behaupteten Anfälle sind*“

⁵⁷⁰ da dort wie in Kapitel beschrieben auch MedizinerInnen beschäftigt sind und nicht völlig Fachfremde, ist diese Möglichkeit durchaus verständlich.

⁵⁷¹ UAT 669 / 6647, Anhang Fall II

⁵⁷² Ebenda

⁵⁷³ UAT 669 / 9298]

⁵⁷⁴ siehe hierzu Kapitel 7.5

im Fall der bereits mehrfach zitierten G. R.⁵⁷⁵ der begutachtende Oberarzt zu dem Schluss, dass an der Diagnose der Schizophrenie nicht mit Sicherheit festzuhalten sei, eine Sterilisation also nicht in Frage komme; dass er sich aber nicht in der Lage sehe „nach dem gegenwärtigen Stand der erbwissenschaftlichen Kenntnisse und nach menschlichem Ermessen für eine gesunde Nachkommenschaft zu bürgen“⁵⁷⁶. Wir haben aus diesem Grunde den Eltern geraten, von einer baldigen Heirat der Tochter abzusehen, bzw. sie nur dann eine Ehe eingehen zu lassen, wenn Gewähr dafür geboten ist, dass eine evtl. Nachkommenschaft äußerst beschränkt wird bzw. überhaupt nicht in Frage kommt.“⁵⁷⁷

Im Fall der stark schwerhörigen A. S. führen „soziale“ Gründe zur Empfehlung eines Heiratsverbotes, die mit der primär medizinischen Diagnostik nichts mehr zu tun hat, sondern eine soziale Bewertung vornimmt: „*Kommen wir somit zu der Ablehnung der Frage nach dem Vorliegen eines angeborenen Schwachsinn, so halten wir angesichts der durch die Taubheit bedingten sozialen und geistigen Hilfsbedürftigkeit der S. eine Ehe keineswegs für wünschenswert und raten daher, ein Heiratsverbot auszusprechen.*“⁵⁷⁸

Es fällt auf, dass nur in einem⁵⁷⁹ der sieben Fälle das Erbgesundheitsgericht selbst darum bittet, der Begutachtende möge zu einer etwaigen Heiratserlaubnis Stellung nehmen. In den übrigen sechs Fällen wird unaufgefordert eine Stellungnahme dazu abgegeben

Zusammenfassend ist also zu sagen, dass die GutachterInnen in unklaren Fällen auf unterschiedliche Empfehlungen zurückgreifen: Nachuntersuchungsempfehlungen, genauere Untersuchung Angehöriger, Verweigerung der Heiratserlaubnis oder die Möglichkeit, die Entscheidung dem Gericht zu überlassen. Diese ausweichenden Empfehlungen der GutachterInnen, die aus der klinischen Praxis her verständlich sind, denn PatientInnen folgen nicht immer den erdachten Diagnosekriterien, lassen auf ihre Angst vor einer Fehldiagnose schließen. In Einzelfällen werden Unsicherheiten zum Anlass genommen, gegen eine Sterilisation zu argumentieren, andere GutachterInnen greifen

⁵⁷⁵ UAT 669/ 7033, siehe für ausführlichere Zitate Anhang Fall VII

⁵⁷⁶ Hervorhebung durch Verfasserin

⁵⁷⁷ UAT 669/ 7033, Anhang Fall VII

⁵⁷⁸ UAT 669 / 7071

⁵⁷⁹ UAT 669/ 6858

stattdessen auf die beschriebenen Ausweichmöglichkeiten zurück. Das obige Zitat der „Bürgerschaft“ für die Nachkommen der Begutachteten zeigt das Ausmaß des Verantwortungsgefühls, das der begutachtende Oberarzt offensichtlich gegenüber der „Volksgemeinschaft“ hat. Ähnlich wie bei der oben besprochenen freiwilligen Auseinandersetzung der GutachterInnen mit der Reproduktionswahrscheinlichkeit der Patientinnen, stärkt das Vorgehen, beispielsweise unangefordert über Heiraterlaubnis zu urteilen, die Rolle der Nervenklinik als „Gesundheitsüberwacherin“.⁵⁸⁰

6.5 Die Informationsquellen für die GutachterInnen

Zur Erstellung der Gutachten stützen sich die Begutachtenden neben eigenen Untersuchungsergebnissen auch auf eine Reihe weiterer Informationsquellen. Darunter fallen die Erbgesundheitsgerichtsakten, gegebenenfalls Strafakten, Krankenakten der eigenen Klinik und fremder Kliniken sowie eigene Nachforschungen mittels Befragungen von ArbeitgeberInnen und nicht medizinischen Amtspersonen.

Den größten Teil der Information erhalten die Untersuchenden aus den **Anamnesegesprächen** mit den Betroffenen selbst und - gegebenenfalls - deren Angehörigen im Rahmen des Aufnahmegesprächs. Das zeigt sich daran, dass die im Gutachten wiedergegebenen Befunde (körperliche wie psychische) häufig wortwörtlich mit dem in den Krankenblättern wiedergegebenen Aufnahmestatus und den Aufzeichnungen des Aufnahmegesprächs übereinstimmen.

Des weiteren wird auf Informationen aus **Akten des Erbgesundheitsgerichts** zurückgegriffen: auf darin enthaltene amtsärztliche Zeugnisse (Sterilisationsgutachten/-antrag des Amtsarztes), Schulzeugnisse, gegebenenfalls Strafregister und Fürsorgeakten.⁵⁸¹ In diesen finden sich auch häufig die Ergebnisse von Nachforschungen des EGG bei Institutionen wie Bürgermeisterämtern oder Pfarreien. Ein Fall, in dem die Aktenlage im Gutachten ausführlich beschrieben ist, ist der der Frau M. B.⁵⁸², der im Anhang exemplarisch abgedruckt ist. Ihr Gutachten enthält Auszüge aus den Erbgesundheitsakten und dem darin enthaltenen Strafregister, dem Schulzeugnis, dem Sterilisationsgutach-

⁵⁸⁰ siehe hierzu Kapitel 5.3, in dem Hoffmann (1937) zitiert ist, der von der Wichtigkeit spricht, dass ärztliches Handeln die Gesundheitsüberwachung miteinschließt.

⁵⁸¹ heute entspräche das Sozialamtsakten.

⁵⁸² UAT 669/ 6747, Anhang Fall IV

ten und einem Bericht des Bezirkskrankenhauses Tuttlingen. Außerdem stehen der Gutachterin die Straftaten der M. B. zur Verfügung.

In den Fällen, in denen die Begutachtenden nicht ausreichend Informationen aus den Akten erhalten können, wenden sie sich an KollegInnen, die mit den zu Begutachtenden zuvor betraut gewesen sind (wie den betreuenden Hausarzt, niedergelassene Nervenärzte) oder sie greifen auf **Akten früherer Klinikaufenthalte** in der Universitätsklinik oder fremder Kliniken⁵⁸³ zurück.

In einigen Fällen werden von der Klinik zusätzlich **nicht medizinische Amtspersonen (z.B. Pfarrer oder Bürgermeister)** um Auskunft über die Begutachteten befragt. So im Fall von H. W., in dem ein Oberarzt im Namen der Klinik schreibt:

„Tübingen, den 12. 8. 1936

Streng vertraulich! An das Bürgermeisteramt Wildberg.

Bei uns befindet sich das Dienstmädchen H. W. [...] wegen Anfällen. Wir bitten um freundliche Übersendung eines Familienauszuges und wenn möglich um Angaben, ob in der Familie Nerven- und Gemütsleiden bekannt geworden sind und in welchem Verwandtschaftsgrad sie zu der Kranken stehen.

Heil Hitler! Direktion i. V. Oberarzt Dr. „⁵⁸⁴“.

Tabelle 13: Fremdanamnestic Angaben einer nicht medizinischen Amtsperson

Fremdanamn. Ang. nicht med. Amtsperson	Anzahl
Ja, Amtsperson	11
Ja, Angaben über Fam. von Amtsperson	1
Ja, Arbeitgeber/Arbeitskollegin	5
Nein	66
Gesamt	83

Obige Tabelle zeigt, dass von den 83 Gutachten in zwölf Gutachten Amtspersonen zitiert werden, die Angaben über die Begutachteten und in einem Fall auch über deren Familienangehörige machen. In fünf Fällen geben ArbeitskollegInnen oder ArbeitgeberInnen Auskunft. In gut 20 % der Fälle wird also die Meinung von Nicht-

⁵⁸³ siehe beispielsweise obiger Fall von Frau M. B. im Anhang, UAT 669 / 6747

⁵⁸⁴ UAT 669 / 7141

Familienangehörigen und Nicht-MedizinerInnen zum psychischen Zustand der Betroffenen eingeholt.

Es erschreckt, dass auch **Pfarrämter**⁵⁸⁵ nicht zurückhaltend sind, Informationen über ihre Gemeindemitglieder zu geben.⁵⁸⁶ In einem Gutachten über eine an Epilepsie erkrankten Frau findet sich der Hinweis: „Das Pfarramt teilte mit, dass die Anfälle der Frau A. nach der Geburt des ersten Kindes auftraten und sie tagelang arbeitsunfähig machten.“⁵⁸⁷ Außerdem ist im Anhang ein Brief des Pfarramtes in Weilheim abgedruckt, der genauestens über den Zustand eines der Gemeindemitglieder berichtet⁵⁸⁸ Aus den Fürsorgeakten der Frau L. L. wird im Gutachten zitiert: „[es] findet sich eine Charakteristik durch den Pfarrer: L. sei sexuell minderwertig und soll sogar die Burschen verführt haben. Sie habe sich verstellt und sei triebhaft sexuell und der Verführung zugänglich.“⁵⁸⁹

Auch **Schulleiter** beteiligen sich daran, für das EGG- Verfahren Informationen zu beschaffen, im folgenden Brief beschreibt der Schulleiter aus K., dass er die Informationen aus dritter Hand bekomme. Nach Erläuterung einiger Sachverhalte wird dort berichtet: „Sie verließ den hiesigen Ort [...] Von hier ab konnte mir die Vertrauensperson keine weitere Auskunft geben.“⁵⁹⁰

Ein extremes und für die Menge der Begutachteten nicht repräsentatives Beispiel fremdanamnestischer Angaben nichtmedizinischer Amtspersonen stellt das Gutachten über Frau A. W.⁵⁹¹ dar. Diese Mutter von sechs Kindern und Frau eines Alkoholikers ist entsetzt darüber, dass sie sterilisiert werden soll:

„Vor ein paar Monaten sei ihr von dem Gesundheitsamt mitgeteilt worden, sie solle unfruchtbar gemacht werden, da sie nun schon so viele Kinder habe und eines evtl. einmal doch nicht ganz normal sein könnte. Es sei ihr dabei noch vorgehalten worden, dass eines ihrer Kinder schon in der Hilfsschule sei. [...] Sie habe furchtbar Angst vor einer Operation. Überdies wolle sie sehr gern noch ein Kind haben, sei ein großer Kinderfreund.“

⁵⁸⁵ siehe hierzu UAT 669 / 7045 im Anhang

⁵⁸⁶ siehe hierzu auch Schmuhl (1987) S. 305 ff, „die Haltung der Kirchen zur nationalsozialistischen Sterilisierungsgesetzgebung“.

⁵⁸⁷ UAT 669/ 6714

⁵⁸⁸ UAT 669 / 7045, siehe Anhang

⁵⁸⁹ UAT 669/ 6885

⁵⁹⁰ UAT 669/ 6925, siehe außerdem Anhang, Fall V

⁵⁹¹ UAT 669/ 7134

Da bei ihr „nur ein geringer Grad an Schwachsinn“ vorliege, führt die Nerven-
 klinik zur Entscheidungsfindung eine „*persönliche Rücksprache mit mehreren mit den
 Familienverhältnissen der Frau W. vertrauten Personen*“⁵⁹² durch. Diese sind – gemäß
 des Gutachtens – die Fürsorgerin⁵⁹³ der Familie, drei Lehrer der bereits schulpflichtigen
 Kinder und die Hausärztin. Außerdem sind aus den Akten die die Nervenklinik erhält,
 Aussagen zweier Pfarrer, bei denen A. W. in Stellung gewesen ist, und einer weiteren
 Fürsorgerin entnommen. Sie alle werden über die Fähigkeiten der Frau befragt, die Ar-
 beiten im Haushalt zu verrichten und über die Leistungen der Kinder im Unterricht. Alle
 befragten Personen – bis auf den einen Pfarrer - schätzen außerdem das Vorliegen einer
 unter das GVeN fallenden Krankheit ein und sprechen sich - mit Ausnahme eines Leh-
 rers - für die Sterilisation der Frau aus. Um den Charakter dieser Berichte zu verdeutli-
 chen, gebe ich im Folgenden einige Textstellen des Gutachtens im Wortlaut wieder:
 „*Angaben der Fürsorgerin: Sie sei früher viel zu Frau W. gekommen. Es habe immer
 außerordentlich schlampig in dem Haushalt ausgesehen, Sie könne wohl nicht entschei-
 den, ob Frau W. schwachsinnig sei. Doch sei sie ihrer Ansicht nach sicher im Ganzen
 erbbiologisch minderwertig. Der Mann sei charakterlich sicher noch minderwertiger,
 dagegen intellektuell reger als die Frau. Weitere Nachkommen seien ihrer Ansicht nach
 wirklich unerwünscht.*“ Angaben des Hilfsschullehrers „*Weitere Nachkommen seien
 zweifellos nicht wünschenswert.*“ Angaben der Volksschullehrerin über die Tochter der
 Begutachteten, die Schülerin in ihrer Klasse ist : „*Gekleidet sei es immer ordentlich nur
 habe es fast immer Kopfläuse. - Auch sie hält weitere Nachkommen für unerwünscht.*“
 Volksschullehrer M.: „*Der von ihm unterrichtet 7j. S. W. sei geistig unauffällig, ein
 mittlerer Schüler ueber die häuslichen Verhältnisse könne er nur sagen, dass sie sehr
 ärmlich sein müssten.*“ Angaben des Pfarrer D.: „*[...]Wir können sie nach diesem*⁵⁹⁴
*nicht für vollsinnig halten und aus ihrer intellektuellen Schwäche ist auch ihre ethische
 Schwäche zu erklären. Wir haben von jeher gesagt, solchen Leuten sollte das Heiraten
 verboten sein. Es ist doch eine degenerierte Familie aus der sie stammt.*“

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang auch der Brief der praktischen
 Ärztin, die die Furcht der Frau und deren ablehnende Haltung gegenüber der Sterilisati-

⁵⁹² Ebenda

⁵⁹³ Laut Frau Elisabeth Kaasch entspricht dies der heutigen Sozialarbeiterin, Gespräch 07. Juni 2005.

⁵⁹⁴ Der Pfarrer beschreibt im vorherigen über 11/2 Seiten des Gutachtens, wie sich A. W. verhalten hatte,
 als sie bei ihm arbeitete. „Schwachsinnig können wir sie nicht gerade heißen, aber nicht vollsinnig.“

on sieht, aber gleichzeitig die Sterilisation im Sinne der Volksgemeinschaft befürwortet, da sie die Kinder als „minderwertig“ einschätzt. Außerdem glaubt sie, Frau W. mit einer Unfruchtbarmachung aus gesundheitlicher Sicht einen Gefallen zu tun, da sie bereits so viele Kinder geboren hat und es ihr in den Schwangerschaften so schlecht ergangen ist. Allerdings schlägt sie statt der Unfruchtbarmachung der Frau A. W. die des Ehemannes vor (!):

J. H., prakt. homöopath. Ärztin⁵⁹⁵

„Sehr geehrter Herr Doktor E. seit Jahren kenne ich Frau A. W. von hier, [...], als eine brave, fleißige Frau, die immer wieder versucht, ihren Haushalt zusammen zu halten, obgleich die Trunksucht des Mannes immer wieder alles niederreißt, was sie aufgebaut hat. Nun ist die Frau ganz verzweifelt, dass sie sterilisiert werden soll. Es ist dringend zu wünschen, dass in der Familie keine Kinder mehr kommen, weil die Qualität mangelhaft ist, und weil die Frau durch die letzten Schwangerschaften außerordentlich elend geworden ist. Es wäre in diesem Fall zu begrüßen, wenn der Mann bis zur völligen Ausheilung in eine Trinkerheilstätte gebracht würde- die Familie müsste für die Zeit sicher gestellt werden- oder wenn e r sterilisiert werden könnte. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie in diesem Sinne etwas tun wollten und könnten.“

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass außer den Untersuchungen in der Nervenklinik noch eine Reihe weiterer Informationen in die Begutachtung einbezogen werden. Aus heutiger Sicht auffallend ist einerseits die scheinbar bedingungslos bereitwillige Mitarbeit von nicht in der Medizin tätigen Amtspersonen, über den Geisteszustand und die Beurteilung einer eventuellen Erbkrankheit ihnen Anvertrauter zu berichten. Andererseits verwundert die Haltung der Nervenklinik, sich auf diese „unqualifizierten Stellungnahmen“ bzw. Einschätzungen, die nicht anhand vorgegebener Kriterien erfolgen, sondern spontan und persönlich von den Befragten geäußert werden, zu berufen. Gleichzeitig können diese Nachforschungen auch als Hinweis darauf gesehen werden, dass die GutachterInnen viel Energie in diese Tätigkeit legen, um ein möglichst genaues und in ihren Augen gerechtes Bild über die Begutachteten in ihrem Lebensalltag zu bekommen. Der Inhalt dieser Aussagen findet besonders in der Beurteilung der Lebensbewahrung seinen Platz.

⁵⁹⁵ In der Akte UAT 669/ 7134 liegender Brief der Hausärztin an den Oberarzt, der auch im Gutachten in seiner Vollständigkeit zitiert ist. Das Gutachten endet mit einer Empfehlung der Sterilisation der A. W.

6.6 Erblichkeit, die Definierung in den Gutachten

Wie im Kapitel 4.3 erarbeitet, stellt der Kommentar zum GVeN einige der Erkrankungen dogmatisch als erblich dar – so die Schizophrenie und das manisch-depressives Irresein – und unterscheidet sich damit von den in der Praxis durchgeführten Gutachten insofern, als dass dort die Frage der Endogenität gegen die Exogenität sehr stark ins Zentrum rückt. Wird im Kommentar von statistischen Wahrscheinlichkeiten gesprochen, dass sich Erbkrankheiten an die Nachfahren weitervererben, gerät die Ererbtheit⁵⁹⁶ und auch die „Vererblichkeit“⁵⁹⁷ in der praktischen Gutachtenerstellung mangels geringer Anzahl an tatsächlich Erbkranken in den Familien der Begutachteten, in den Hintergrund. Somit wird die Erblichkeit von Erkrankungen in den Gutachten weniger über die „Ererbtheit“ oder „Vererblichkeit“ nachgewiesen als vielmehr über die **Abwesenheit exogener Ursachen**. Diese ist insbesondere in der Begutachtung der Epilepsie und des Schwachsinnns, jedoch auch bei unklaren Psychosen Beweis der Erblichkeit. Lassen sich sowohl in Fremd- als auch Eigenanamnese keine Traumata, Infektions- oder Tumorerkrankungen feststellen, spricht das gegen eine exogene Ursache der Erkrankung und somit für eine ererbte Disposition. Das Gleiche gilt, wenn in den Untersuchungsbeurteilungen keine Pathologien gefunden werden.⁵⁹⁸ Gutachtentextlich liest sich das in den zumeist wie folgt: *„Im vorliegenden Falle ist aber u. E. an der Diagnose „Epilepsie“ nicht zu zweifeln. [...] Die Erblichkeit der Epilepsie in der Familie G. ist zwar im vorliegenden Falle nicht sicher erwiesen, was aber in keiner Weise gegen das Bestehen einer genuinen Epilepsie spricht, da jegliche exogenen Momente fehlen.“*⁵⁹⁹

Bei der Diagnostik der unter das GVeN fallenden Erkrankungen sind alle durchgeführten Blut- und Liquoruntersuchungen sowie Schädelröntgen, Encephalographien und ähnliche als **Negativdiagnostik** im Bezug auf die Erblichkeit aufzufassen. Dies bedeutet, dass es zum damaligen Zeitpunkt keine Möglichkeit gibt, die Erblichkeit einer dieser Erkrankungen positiv zu beweisen, wie beispielsweise heutige DNA - Untersuchungen, in denen die genetische Grundlage einiger Erkrankungen direkt nach-

⁵⁹⁶ siehe hierzu Kapitel 6.3.3.1

⁵⁹⁷ Siehe hierzu Kapitel 6.2.4

⁵⁹⁸ Die Untersuchungen wurden im Bezug auf die Erblichkeit der Erkrankung ausschließlich als „Negativdiagnostik“ durchgeführt (sind Untersuchungsbefunde positiv, spricht das gegen eine erbliche Ursache)

⁵⁹⁹ UAT 669/ 6610

gewiesen wird und so die Erbkrankheit positiv dargestellt werden kann,⁶⁰⁰ sondern über den negativen Befund der durchgeführten Untersuchungen die Erblichkeit dargestellt wird.

Eine besondere Diskussion ergibt sich bei den bereits in Kapitel 6.3.1.2.2 besprochenen Frauen, bei denen bereits kurz nach der Geburt Pathologien auffallen um die Frage einer eventuellen exogenen Schädigung im Mutterleib. Es finden sich zwei Fälle, bei denen die GutachterInnen eine solche wegen frühem Beginn der Symptomatik und pathologisch –neurologischem Befund annehmen.

Frau M. O.⁶⁰¹ ist Hemiplegikerin und Epileptikerin: In ihrem Fall folgert der begutachtende Oberarzt wie folgt:

„Vom Standpunkt einer Erbgesundheitsbegutachtung ist nun die Frage entscheidend, ob die Defektbildung des Zentralnervensystems infolge einer während des intrauterinen Lebens erworbenen Schädigung, also exogen entstanden ist oder ob sie auf eine endogen bedingte Fehlanlage zurückzuführen ist. Auch über diese Frage der Genese besteht in der wissenschaftlichen Literatur keine einheitliche Anschauung. „Amnyogene Schädigung“ und „foetale Meningitiden“ werden von der einen Seite, eine endogene Anlagestörung von der anderen Seite als Ursache angeschuldigt. Im vorliegenden Falle sind größere Schädigungen der Mutter während der Schwangerschaft nicht bekannt geworden. Die Ansicht, dass die Arbeit im Steinbruch zu den Missbildung geführt habe, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Für Lues und Tuberkulose ist ebenfalls kein Anhaltspunkte vorhanden. Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass durch intrauterine Entzündungsvorgänge die Missbildung entstanden ist, liegen also nicht vor, sind aber auch andererseits natürlich mit Sicherheit nicht auszuschliessen. Ob bei der Geburt Anhaltspunkte dafür vorhanden waren, dass Amnionstränge bei der Entstehung der Missbildung eine Rolle spielten lässt sich ebenfalls heute nicht mehr feststellen. Den hierfür typischen Charakter hat die Missbildung sowohl ihrer Art wie auch ihrem Sitz nach nicht. Die Schwierigkeiten einer exakten Feststellung, ob ein exogenes Ereignis im intrauterinen Leben an derartigen Missbildungen, die mit Schwachsinn einhergehen, schuld ist oder nicht, erkennt auch der Kommentar von Gütt. Rüdin-Ruttke an. Als allgemein geltender Gesichtspunkt wird in den Erläuterungen um Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Kommentar, 2.Auflage. Seite 120)hingestellt: „Von der Unfruchtbarmachung soll dem Geiste des Gesetzes entsprechend also nur da abgesehen werden, wo der Schwachsinn sicher exogen, d.h. durch Schädigungen des Kindes innerhalb oder ausserhalb des Mutterleibes bedingt erwiesen ist. In allen Fällen, wo dieser Nachweis nicht erbracht werden kann, ist die Unfruchtbarmachung für zulässig zu erklären.“ Was die Frage der Körperlichen Missbildungen anbelangt, so wird Seite 166 ausgeführt: „

⁶⁰⁰ Zum Beispiel bei der auch unter des GVeN fallenden Chorea Huntington, diese Möglichkeit will sich die derzeit in Deutschland heftigst diskutierte Präimplantationsdiagnostik zu Nutzen machen. Auch die breit angewandte Amniozentese in der Pränataldiagnostik basiert auch auf diesem „Gencheck“.

⁶⁰¹ UAT 669 / 6998, siehe hierzu auch Kapitel 6.3.3.3

*Merkmalsträger leichter oder schwerer endogener körperlicher Missbildungen sind ohne Nachweis der Erbllichkeit derselben unfruchtbar zu machen, wenn sie in Verbindung mit einer der unter Ziffer 1-7 des §1 des Gesetzes genannten Krankheiten auftreten. Nun ist, wie schon ausgeführt wurde, zwar nicht mit Sicherheit nachgewiesen, dass es sich um eine endogene Missbildung handelt, bei dem Fehlen des Nachweises einer exogenen Schädigung und bei der Art und dem Sitz der Missbildungen halten wir es aber für überwiegend wahrscheinlich, dass eine **endogene Missbildung** vorliegt.“⁶⁰²*

Der begutachtende Oberarzt lehnt sich also an den Kommentar zum GVeN an, der festlegt, dass die Exogenität zu beweisen ist und in deren Abwesenheit die Sterilisation zulässig ist.

Der Gutachter der schwerhörigen Frau He. F. sieht dies scheinbar anders. In ihrem Fall ist die Diagnose des Schwachsinn anhand der Intelligenzprüfung und des sonstigen Verhaltens für den Gutachter klar.

„Unsere Untersuchung ergab, dass bei F. einerheblicher Grad von Schwachsinn vorliegt. Die Defekte auf intellektuellem Gebiet, die im psychischen Befund ausführlich dargelegt sind, reichen weit über das Gebiet der physiol. Dummheit hinaus. Daneben stellten wir eindeutige krankhafte Veränderungen auf neurologischem Gebiet fest, die als Folgezustand einer überstandenen Gehirnkrankung aufgefasst werden müssen. [...] Da aber aus der Anamnese weder von einer durchgemachten Gehirnkrankung, noch auch von einem Schädeltrauma etwas bekannt ist, müssen wir annehmen, dass das Kind bereits vor der Geburt im Mutterleib, eine Gehirnkrankung durchgemacht, oder bei der langdauernden Geburt eine traumatische Hirnschädigung davongetragen hat, als deren Folge die jetzt vorhandenen körperlichen Defekte anzusehen sind. Bei dieser Sachlage und bei dem Fehlen jeglicher erblicher Belastung ist auch der bei dem Mädchen bestehende Schwachsinn wohl als exogen und durch die gleiche Schädigung bedingt aufzufassen. Es handelt sich also hier wohl nicht um einen Erbschaden, sondern mit grösster Wahrscheinlichkeit um einen Defektzustand nach Hirnschädigung. Welcher Art diese Schädigung war, lässt sich heute kaum noch mit Sicherheit sagen, ist aber auch für unsere Beurteilung von geringer Bedeutung. [...] Die ganzen Umstände sprechen dafür, dass der bestehende Schwachsinn durch ein überstandenes Gehirnleiden bedingt, also exogener Natur ist. Die Voraussetzungen zur Anwendung des Ges. zur Verhü. erbkr. Nachwuchses sind in diesem Falle nicht erfüllt.“⁶⁰³

Bei der Frage um die Exogenität kommt er zum Schluss, dass es sich um eine Schädigung im Mutterleib handeln muss, da sich keine Erkrankung nach der Geburt der Patientin finden lässt. Dieser Fall ist in seiner Betrachtungsweise der Exogenität ungewöhnlich.

⁶⁰² UAT 669 / 6998

⁶⁰³ UAT 669 / 6605

Die GutachterInnen gehen also **zusammenfassend** dann von einer Erblichkeit der Erkrankung aus, wenn sie keinen Anhalt für eine exogen verursachte Form der Erkrankung haben. Die Erblichkeit der Erkrankungen wird somit über Negativdiagnostik bewiesen. Da sich aber viele Grenzfälle ergeben, ziehen sie häufig weitere Kriterien hinzu.⁶⁰⁴ Hoffmann schreibt 1944 in einem Aufsatz zu Rüdins Geburtstag hierzu rückblickend und dank neuer Erkenntnisse mittels weiterentwickelter Diagnostik, man solle bei diagnostischen Zweifeln die Betrachtung der ‚Sippen-Eigenart‘ heranzuziehen. ‚Es kann daher niemals eine Alternative ‚Endogen-Exogen‘ geben, sondern nur ein Zusammenwirken beider Momente, deren Gewichtigkeit gegeneinander abzuschätzen ist.‘⁶⁰⁵

6.7 Die GutachterInnen

Wie bereits ausgeführt ist die Dominanz der ÄrztInnen in der Ausführung des GVeN sehr deutlich. Auch die Begutachtung als Beurteilungsinstanz von Grenzfällen wird von ÄrztInnen durchgeführt. Es handelt sich in der Nervenlinik Tübingen dabei in 80 % der Fälle um AssistenzärztInnen, den Rest erstellen die Oberärzte Ernst und Ederle. Zwar sind die GutachterInnen von der Nervenlinik angestellt und beziehen ihr monatliches Gehalt von dieser, sie werden aber für jedes einzelne Gutachten je nach Umfang der geleisteten Arbeit zusätzlich bezahlt. Die Rechnung stellen, soweit aus einem Durchschlag erkennbar, die begutachtenden ÄrztInnen selbst.⁶⁰⁶ Die Kosten trägt nach dem § 13 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses der Staat.⁶⁰⁷

In der Menge der erstellten Gutachten unterscheiden sich die GutachterInnen stark, wie in Tabelle 14 ersichtlich. Manche von ihnen erstellen nur ein oder zwei Gutachten, andere bis zu elf innerhalb des Jahres 1936. Unter den 83 Gutachten werden 10

⁶⁰⁴ siehe hierzu Kapitel 6.3.3

⁶⁰⁵ Leonhardt (1996) zitiert Hoffmann (1944)

⁶⁰⁶ Siehe Akte 699- 6063 Durchschrift einer Rechnung von Ass. Arzt T.: *„Liquidation Für das fachärztliche Gutachten über [...] liquidiere ich nach Med. Taxe 1 A 7 Für Untersuchungen nach Med. Taxe 1 A 8 Für Aktendurchsicht nach Med. Taxe 1 A 9 Für Schreibgebühren nach Med. Taxe 1 A 10 [...] Dr. Th. Die Höhe der Liquidation rechtfertigt sich durch den bes. Aufwand an Zeit und Mühe, den die Begutachtung erforderte.“*

⁶⁰⁷ S. 280 des Kommentars zum GveN, 2. Aufl. von Gütt, Rüdin, Rutke (1936): *„Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse. Die Kosten des ärztlichen Eingriffs trägt bei den der Krankenversicherung angehörenden Personen die Krankenkasse, bei anderen Personen im Falle der Hilfsbedürftigkeit der Fürsorgeverband. In allen anderen Fällen trägt die Kosten bis zur Höhe der Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung und der durchschnittlichen Pflegesätze in den öffentlichen Krankenanstalten die Staatskasse, darüber hinaus der Unfruchtbar gemachte.“* siehe hierzu auch die im Anhang abgedruckte Kostenverpflichtungsurkunde UAT 669 / 6647 Anhang Fall II

von Oberärzten – also Fachärzten – verfasst. Es ist unter den Gutachten keines, welches eigenhändig von den Chefärzten Prof. Gaupp oder Prof. Hoffmann erstellt ist⁶⁰⁸. Betrachtet man die Menge der Gutachten pro GutachterIn und teilt sie nach Erkrankungen „im Sinne des Gesetzes“ ein und solche, die keine Sterilisation nach sich ziehen, wird deutlich, dass sich die Mengen der zur Sterilisation empfohlenen teilweise stark voneinander unterscheiden. Da es sich allerdings um individuelle Fälle handelt und nicht klar ist, wie die Zuteilung der zu Begutachtenden an die GutachterInnen Vorstatten ging, erscheint mir eine Verallgemeinerung nicht möglich.

Tabelle 14: Anzahl der Gutachten pro GutachterIn und deren Ergebnisse im Bezug auf das Vorliegen einer GVeN Erkrankung

Gutachter	Anzahl	GVeN-Erkr.	nicht GVeN	übrige
OA E.	1	0	1	0
T.	1	0	1	0
OA unklar	2	1	1	0
Si.	3	0	2	1
F.	4	1	3	0
Sr.	5	5	0	0
unbekannt	6	5	1	0
OA Ed.	7	5	1	1
Sm.	7	4	3	0
Ri.	8	4	4	0
R.	8	4	3	1
St.	9	4	4	1
B.	11	6	4	1
Tr.	11	7	4	0
gesamt	83	83		

⁶⁰⁸ In sechs Fällen sind die GutachterInnen nicht bekannt, ev. könnten unter diesen auch von Gaupp und Hoffmann erstellte Gutachten sein.

Tabelle 15: Die Zweitunterzeichner

Die Zweitunterzeichner	
Oberarzt bis März	5
Oberarzt ab April	13
Prof. Dr. bis März	15
Prof. Dr. ab April	33
Hoffmann	13
Gaupp	1
keine Angabe	3
Gesamt	83

Im Bezug auf die Weiterbildung ergeben sich deutliche Unterschiede.⁶⁰⁹ So sind neben den AssistenzärztInnen auch Oberärzte an der Gutachtenerstellung beteiligt. Das Gros der Gutachten wird von AssistenzärztInnen in der Weiterbildung erstellt, es befindet sich jedoch beispielsweise auch eine Medizinalassistentin unter den Begutachtenden.⁶¹⁰

Da jedes Gutachten rein rechtlich von den Direktoren der Nervenklinik hätte erstellt werden müssen und nicht von deren AssistentInnen, werden sie vom Direktor der Nervenklinik **mit unterzeichnet** und vereinzelt korrigiert.⁶¹¹ Dies bedeutet für die Gutachten des Jahres 1936, dass entweder Prof. Gaupp - bis Mitte März 1936 - oder - ab April 1936 - Prof. Hoffmann als Zweitunterzeichner immer mit auf dem Gutachten stehen. In Vertretung der Direktoren unterzeichnen auch die Oberärzte Ernst und Ederle die Gutachten. Die Unterzeichnung ist entweder nur mit dem Wort „*Einverstanden*“ überschrieben, oder aber auch mit: „*Einverstanden, auf Grund eigener Untersuchung und persönlicher Urteilsbildung.*“⁶¹² Insgesamt wird das Gros der Gutachten von den Klinikdirektoren unterzeichnet und nur circa ein Viertel von deren Vertreter. Hier zeigt sich kein Unterschied zwischen den Klinikdirektoren Gaupp und Hoffmann für das Jahr

⁶⁰⁹ Hier sei auf die Arbeit von Kießling (2005) verwiesen, die genaue Angaben über die Länge der Anstellungen und die Weiterbildung der GutachterInnen macht.

⁶¹⁰ Erste Anstellung nach dem Medizinstudium, Abschluss mit der Approbation. UAT 308/ 3197

⁶¹¹ heute nachvollziehbar an den Bleistiftverbesserungen im Durchschlag der Gutachten. Beispielsweise UAT 669/ 6700, UAT 669/ 6714

⁶¹² UAT 669 / 6610

1936.⁶¹³ Inwieweit die Zweitunterzeichner die Richtigkeit der Gutachten prüfen, ist heute nicht mehr nachzuvollziehen, auf alle Fälle unterzeichnen sie inhaltlich und qualitativ sehr unterschiedliche Gutachten. Da Prof. Gaupp im März 1936 von Prof. Hoffmann abgelöst wird, untersuche ich ebenfalls die Anzahl der Gutachten pro Monat. Eine erwartete Häufigkeit nach dem Amtsantritt von Hoffmann als bekannter Befürworter des GVeN⁶¹⁴ lässt sich in Tabelle 16 aber nicht nachweisen.⁶¹⁵

Tabelle 16: Anzahl der erstellten Gutachten pro Quartal

Erstellungsdatum des Gutachtens	Anzahl
erstes Quartal	23
zweites Quartal	18
drittes Quartal	12
viertes Quartal	28
k.A.	2
gesamt	83

Die Unterschiede zwischen den einzelnen GutachterInnen liegen in verschiedenen Bereichen. In **fachlichen Fragen** divergieren sie in einigen Punkten. So ist beispielsweise der eine Gutachter überzeugt, dass das Auftreten von epileptischen Anfällen um die Periode herum ein Zeichen für⁶¹⁶ eine „erbliche Fallsucht“ sei, ein anderer meint, genau dies spreche dagegen.⁶¹⁷ Auch die Bewertung familiärer erblicher Belastungen fällt sehr unterschiedlich aus.⁶¹⁸ Besonders deutlich wird dies bei der Konversion zur juristischen Diagnose, wo ein Ermessensspielraum vorhanden zu sein scheint, der im individuellen Fall von einzelnen Begutachtenden unterschiedlich ausgenutzt wird.⁶¹⁹ Im Bezug auf die Anfallsprovokationen in der Epilepsiediagnostik ist zu bemerken, dass der

⁶¹³ Nach Leonhardt (1996) S. 81 überlässt Hoffmann viel der Klinikarbeit und Begutachtung seinen Oberärzten. Dies lässt sich an dem jedoch kurzen Vergleichsabschnittes des Jahres 1936 nicht bestätigen.

⁶¹⁴ siehe hierzu Kapitel 3.2.3

⁶¹⁵ siehe hierzu ebenfalls Kießling (2005) S. 206 die für die Anzeigenerstellung zum selben Ergebnis kommt.

⁶¹⁶ UAT 669/ 7141

⁶¹⁷ UAT 669/ 6787

⁶¹⁸ siehe hierzu Kapitel 6.3.3.1

⁶¹⁹ siehe hierzu Kapitel 6.3.3

Gutachter R. diese in einem der Fälle versuchsartig anwendet,⁶²⁰ und trotz bereits provo-
zierter Anfälle noch weiter mit verschiedenen Medikamenten und Konzentrationen ex-
perimentiert. Unter den von Kießling untersuchten männlichen Betroffenen des Jahres
1936 findet sich ein ähnlich gelagerter Fall desselben Gutachters.⁶²¹ Auch in der Be-
trachtung der Erbllichkeit finden sich individuelle Bewertungen.⁶²²

Der **Stil** der GutachterInnen ist sehr unterschiedlich. Einige der GutachterInnen
schreiben sehr differenziert und vielschichtig, erläutern ihre Gedankengänge über viele
Seiten und auch die Differentialdiagnosen werden sehr genau diskutiert. Andere sind
sehr kurz und bündig und lassen uns durch das fehlende Erläutern differentialdiagnosti-
scher Überlegungen nicht an ihren Gedankengängen teilhaben, was eine Bewertung aus
heutiger Perspektive erschwert.

Bezüglich der **Sprache** sind die meisten in einer sehr neutralen Gutachtenspra-
che verfasst, die sich vom heutigen Sprachgebrauch nicht allzu sehr unterscheidet. Man-
che Gutachten sind jedoch in ihrer Sprache stark mit der nationalsozialistischen Idee des
„Minderwertigen“ und des „Höherwertigen“ eingefärbt. Dies lässt eventuell Rückschlüs-
se auf deren Menschenbild zu. Interessant ist allerdings, dass dies noch nicht heißt, dass
in diesen Gutachten häufiger Erbkrankheiten diagnostiziert werden oder weniger genaue
Untersuchungen durchgeführt werden. Besonders auffällig ist dies in den Gutachten über
Frauen, die wegen der Frage des „Schwachsinn“ begutachtet werden. Hier finden sich
häufig abwertende Aussagen über deren Familien oder ihre Lebensumstände,⁶²³ sowie
über deren eigene Wertigkeit. Im Fall des oben genannten Gutachters R., der später
Amtsarzt wird und eine sehr stark nationalsozialistisch eingefärbten Sprachgebrauch
hat, sind in einem Gutachten Korrekturen vom Klinikchef Hoffmann angebracht. Da
wird dann beispielsweise der Satz „*L. stammt aus einer asozialen minderwertigen Fa-
milie*“ zu „*L. stammt aus einer sozial minderwertigen Familie*“⁶²⁴ Auch die Gutachte-
rin Ri. fällt durch derartige Kommentare auf, beispielsweise schreibt sie über die oben
zitierte E. S., deren Vater die Schwestern der Begutachteten missbraucht hat: „*Wie aus
der Vorgeschichte hervorgeht, stammt die E. S. aus einer degenerativen Familie und*

⁶²⁰ siehe hierzu das Kapitel 6.3.1.1.1

⁶²¹ Kießling (2005) S.94

⁶²² Siehe hierzu Kapitel 6.6

⁶²³ UAT 669/ 6885, beispielsweise über den Verlobten von Frau L. L. der „*hier einen wenig günstigen
Eindruck macht und evtl. minderwertig oder gar debil ist*“.

⁶²⁴ UAT 669/ 6885

einem sozial denkbar schlechten Milieu.[...Es] ist anzunehmen, dass der Schwachsinn bei ihr angeboren ist und es sich um eine degenerative Persönlichkeit handelt“⁶²⁵

Über die **weltpolitischen Ansichten** der GutachterInnen aus dem vorhandenen Material Aussagen zu machen, erscheint mir nicht möglich. Ansätze dazu finden sich vielleicht im nationalsozialistischen Sprachgebrauch oder in der weiter unten besprochenen, aus einzelnen Gutachten herauszulesende Führergläubigkeit. Da es sich bei den bearbeiteten Quellen um Dokumente eines totalitären Staates handelt, die dazu tendieren, Widerstand auszuklammern, können mit dem vorhandenen Material keine weiteren Aussagen hierzu gemacht werden.

Ansichten über das GVeN werden dagegen innerhalb der Gutachten immer wieder geäußert. So beispielsweise im Fall der A. W., in dem der Gutachter zu dem Schluss kommt, dass eine unter das GVeN fallende Erkrankung nicht vorliege. Er schließt daran an: *„Zweifellos hat die [...] sich zahllose sexuelle Entgleisungen geleistet, so dass man von einer gewissen hemmungslosen Triebhaftigkeit sprechen kann. Aber auf Grund dieser psychopathischen Veranlagung lässt sich nach der derzeitigen Rechtslage in Erbgesundheitsachen ein Sterilisierungsantrag nicht begründen wenn auch eine Unfruchtbarmachung aus diesem Grund im vorliegenden Falle als wünschenswert bezeichnet werden kann.“*⁶²⁶ Hier zeigt sich die Einstellung des Gutachters zur Sterilisation „Minderwertiger“, gleichzeitig unterscheidet er zwischen seiner eigenen Meinung und der medizinischen Begründbarkeit. In zwei Fällen scheint es, als ob sich die Gutachter so intensiv mit den betroffenen Personen auseinandergesetzt haben, und gleichzeitig so sehr mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verbunden sind, dass sie zu dem Schluss kommen, dass zwar rechtlich keine Möglichkeit besteht, dem *„Sinne des Gesetzes möglichst gerecht zu werden“*, aber durch ein Gesuch beim Führer dies eventuell möglich werden könne. Hierzu das Beispiel von Frau L. L.: *„Über unsere Aufgabe hinaus möchten wir , um dem Sinne des Gesetzes möglichst gerecht zu werden, noch folgendes bemerken: der Verlobte, Vater des jetzt noch lebenden Kindes der L. will diese offenbar heiraten. Da er hier einen wenig günstigen Eindruck macht und evtl. minderwertig oder gar debil ist, wäre es sehr angebracht, wenn diese Ehe zustande kommt, um auf dies Weise nach durchgeführter Sterilisation der L. den*

⁶²⁵ UAT 669 / 7040 auch Anhang Fall VIII. Ähnlich auch im Gutachten der L. L.: UAT 669 / 6885. Da *„die L. aus einer sozial und intellektuell minderwertigen Familie stammt“*⁶²⁵

⁶²⁶ UAT 669/ 7155

*Mann von der Fortpflanzung fern zu halten und ihn doch als Ehemann für die Versorgung von Mutter und Kind heranzuziehen. Vielleicht besteht auf dem Wege über ein Gesuch an die oberste Reichsbehörde. bzw. dem Führer, die Möglichkeit, eine Heirats-erlaubnis in diesem Falle zu erwirken.*⁶²⁷

Dass auch dem folgenden Gutachter die Grundsätze der Eugenik sehr nahen liegen, zeigt dieser Ausschnitt aus einem Gutachten, in der die Differentialdiagnose zwischen physiologischer Dummheit und angeborenem Schwachsinn sehr schwierig ist: „Außer-
dem darf die Tatsache, dass der Ehemann der Frau M.[...] ebenfalls als minderwertig zu bezeichnen ist, wie aus den Schilderungen seiner Frau, die von mehreren Gefängnis-
strafen des Mannes wegen Diebstahls spricht, hervorgeht, nicht unberücksichtigt gelas-
sen werden, da zwei minderwertige Erbmassen wohl mit grösster Wahrscheinlichkeit
nur krankhaftes Erbgut erzeugen würden. Insofern erscheint uns auch aus ethischen
Gründen eine Fortpflanzung der Beiden nicht für wünschenswert.“⁶²⁸

Im Gegensatz dazu warnt beispielsweise der Gutachter St. in seinem Gutachten über Frau A. D. vor allzu schematischer Anwendung des GVeN und seine Beurteilung des Falles liest sich wie eine Argumentation gegen eine Sterilisation und weniger wie eine diagnostische Überlegung.⁶²⁹

Zur Empathie oder **Einstellung gegenüber den Begutachteten** etwas zu sagen, ist nicht leicht, da sich große intraindividuelle Unterschiede in den Gutachten zeigen. Bei mehreren GutachterInnen scheint in einzelnen Fällen Sympathie oder Solidarität zu den Begutachteten entstanden zu sein, was aber nicht bedeutet, dass der/die selbe GutachterIn in anderen Fällen nicht sehr eng nach den Vorgaben des GVeN urteilt. Dieselbe Gutachterin Ri., die in einem Fall sehr solidarisch mit einer Patientin ist und alle Argumente – trotz mehrerer Tatsachen, die für eine „Erbkrankheit“ sprechen - so darstellt, dass sich das EGG nur gegen eine Sterilisation entscheiden kann,⁶³⁰ schreibt im oben zitierten Fall der E. S. eine klare Befürwortung der Sterilisation.⁶³¹

Dass **Gegenübertragungsmomente** in der Interaktion mit PatientInnen und so auch in der Begutachtung immer eine Rolle spielen, ist bekannt. In den von mir bearbeiteten Gutachten finden sich immer wieder Hinweise darauf, dass GutachterInnen für

⁶²⁷ UAT 669/ 6885 ein paralleler Fall ist bereits zitierte Frau S. N. UAT 669/ 6925, Anhang, Fall V

⁶²⁸ UAT 669/ 6917

⁶²⁹ UAT 669 / 6702

⁶³⁰ Beispielsweise im Fall der schwangeren H. S. UAT 669 / 6999, Anhang Fall VI,

⁶³¹ UAT 669 / 7040 Anhang Fall VIII

bestimmte Patientinnen Sympathie empfinden. Ob dies auf die medizinische Diagnostik Einfluss nimmt, lässt sich ohne Kenntnis der Begutachteten nicht sagen. So heißt es beispielsweise in Gutachten: „*In ihren Bewegungen hat sie sogar eine völlig intakte weibliche Grazie*“⁶³² oder in einem weiteren Fall, „*im ganzen macht die Patientin aber einen recht ansprechenden Eindruck, besonders durch ihre auffallend hübschen blauen Augen.*“⁶³³ Beim erstgenannten Fall handelt es sich um eine taubstumme Frau, deren Sonderstellung in der Begutachtung bereits in Kapitel 6.3.1.2.3. erläutert ist und denen die Sympathie der GutachterInnen im Besonderen zugute kommt.

Der katholische Gutachter B.⁶³⁴ überlässt im - im Anhang abgedruckten - Fall der H. F.⁶³⁵ dem Gericht die Entscheidung zwischen Schizophrenie und nicht unter das GVeN fallender Erkrankung. Im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen, wäre anhand der Symptomatik die Diagnose einer Schizophrenie relativ leicht zu stellen.⁶³⁶ Der Gutachter B. beschreibt neben den Krankheitssymptomen in seinem Gutachten, dass H. F. betet und dass sie angibt, dass ihr die für die Sterilisation Verantwortlichen leid täten. Er gibt diese Aussagen ausführlich jedoch kommentarlos im psychischen Befund wieder, um danach in der Beurteilung die letzte Entscheidung zur juristischen Diagnose dem EGG zu überlassen, wobei seine Beurteilung ein wenig mehr in die Richtung der Schizophrenie zu tendieren scheint als zur symptomatischen Psychose. Das Erbgesundheitsgericht lehnt sich scheinbar an seine Beurteilung an und beschließt 1936 die Unfruchtbarmachung der H. F.. Durch deren Klage wird der Fall allerdings 1938 am EOG verhandelt, wofür eine Nachuntersuchung an der Nervenklinik durchgeführt wird, die letztendlich im Jahr 1938 zur Ablehnung der Sterilisation führt. Ob die Formulierungen des Gutachters oder die wörtlichen Wiedergabe der Angaben der Patientin hierbei einen Einfluss gehabt haben, ist heute nicht nachvollziehbar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die zwölf begutachtenden ÄrztInnen in unterschiedlichem Ausmaß in die Gutachtenerstellung einbezogen sind und sie sich in Weiterbildungsstand, fachlichen Ansichten, Sprache, Stil und Ansichten zum Gesetz

⁶³² UAT 669/ 7071

⁶³³ UAT 669/ 6747 Anhang Fall IV

⁶³⁴ siehe UAT 155/ 93 und UAT 308/ 3170

⁶³⁵ UAT 669 / 6647 Anhang Fall II

⁶³⁶ das Gutachten beschreibt den Geisteszustand der H. F.: „*Erscheinung getretenen Zustandsbild mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Stupor, Negativismus, Erregungs- und Verwirrheitszuständen mit Affektschädigung und Denkstörung*“

unterscheiden. Es sind jedoch auch starke intraindividuelle Unterschiede bemerkbar, was eine Beurteilung der einzelnen GutachterInnen anhand des bearbeiteten Materials sehr erschwert.

7 Auswirkungen des Erbgesundheitsverfahrens und der Sterilisation auf das Individuum

7.1 Die Begutachtung als Teil des Erbgesundheitsverfahrens

Die Phase der Gutachtenerstellung ist für die Betroffenen ein belastendes Ereignis. Die Ursache hierfür liegt in verschiedenen Bereiche: Zum einen ist das EGG -Verfahren an sich durch seine **Langwierigkeit** und das Gefühl der Unklarheit im Bezug auf die Sterilisation für die Begutachteten eine Belastung. Formulierungen wie „[durch] das zur Zeit noch schwebende Erbgesundheitsverfahren [ist sie] ,mit den Nerven ziemlich heruntergekommen.‘“⁶³⁷ Oder „oh wenn ihr wüsstet, wie sehr ich unter dieser Ungewissheit leide“⁶³⁸ in einem Brief einer Begutachteten an ihren Vater, finden sich in mehreren Krankenakten.

Tabelle 17: Art der Aufnahme in die Nervenklinik 1936

Art der Aufnahme	Anzahl
Freiwillig	3
durch Angehörige veranlasst	3
EGG / EOG Beschluss	58
mehrere Aufenthalte, einmal mindestens EGG	18
von Frkl V.a. Erbkr eingewiesen	1
Gesamt	83
EGG Begutachtung gesamt	76

Dazu kommt die **Aufnahme in die Psychiatrische Klinik**. Wie in Tabelle 17 ersichtlich sind 18 der Betroffenen mehrmals in der Nervenklinik aufgenommen und haben somit bereits Erfahrung mit der sie dort erwartenden Wirklichkeit. Die meisten – 58 der 83 Begutachteten - kommen nur ein Mal zwecks der Begutachtung in die Klinik. Diese ist ihnen völlig fremd, und sie kommen im Zuge der Begutachtung eventuell zum ersten Mal in Kontakt mit einer solchen Institution, wenn sie nicht bereits in anderen

⁶³⁷ UAT 669/ 6702

⁶³⁸ UAT 669/ 6884

Kliniken gewesen sind. Dass die beim Betreten der Nervenlinik auf sie einstürmenden Eindrücke unter dem schwebenden Erbgesundheitsverfahren eine stark belastende Situation darstellt, lässt sich leicht nachvollziehen. Die Tatsache, dass sie auf die geschlossene Station aufgenommen werden,⁶³⁹ verstärkt dies, nimmt ihnen die Bewegungsfreiheit und vermittelt das Gefühl des Eingesperrtseins. Viele der in den Akten gefundenen Briefe der PatientInnen an ihre Angehörigen, erzählen von tiefem Heimweh und Sehnsucht nach den Angehörigen,⁶⁴⁰ der Kontakt zu diesen ist während der Zeit des Klinikaufenthaltes teilweise schwierig.

Angesichts dieser Voraussetzungen erfasse ich in meiner quantitativen Analyse die Tage zwischen Aufnahme und Entlassung jedes Einzelnen. Die Dauer des Aufenthaltes liegt für die nur zur Begutachtung aufgenommenen Frauen zwischen zwei und 34 Tagen. Innerhalb dieser Zeit können die Berufstätigen nicht arbeiten, die Hausfrauen und Haustöchter benötigen jemanden, der die Hausarbeit übernehmen kann. Frau M. O. schreibt beispielsweise vor ihrer Aufnahme in der Klinik in einem Brief an die Nervenlinik, sie könne nicht zur Begutachtung in die Nervenlinik kommen, da sie ihre kranke Mutter pflegen müsse, wenn die Nervenlinik etwas von ihr wolle, sollen sie doch *„einen Herrn schicken“*⁶⁴¹. In anderen Fällen wenden sich die Frauen an die Nervenlinik, um erst nach der Erntezeit zur Begutachtung kommen zu können. Dies wird in der Regel bewilligt.⁶⁴² In Tabelle 17 ist zu sehen, dass sich große Unterschiede bezüglich der Länge des Aufenthaltes in den einzelnen Fällen feststellen lassen. Ich beziehe hier die 58 Fälle ein, die sich durch Beschluss des EGG in der Nervenlinik befinden.

⁶³⁹ UAT 669/ 6677 Hinweise auf Aufnahme auf geschlossener Abteilung. In anderen Gutachten steht hierüber nichts, deshalb kann ich nicht sagen, ob dies für alle Begutachteten gilt.

⁶⁴⁰ Es befinden sich in den Akten viele solcher Briefe, die einem das Heimweh der stationär Aufgenommenen sehr nahe bringen. Da die Begutachteten teilweise recht weite Anfahrtswege haben, und aus bäuerlichen Verhältnissen kommen, haben sie außer über die Briefe, die ja, da sie bis heute noch in den Akten liegen, recht häufig nicht durch die von der Klinik gemachten Postsperre kommen, keine Kontaktmöglichkeit mit ihren Angehörigen. Beispiele für solche Briefe finden sich u.a. in UAT 669 / 6884 und UAT 669 / 9298, siehe auch den im Anhang abgedruckten Brief der B. R., Anhang Fall XI.

⁶⁴¹ UAT 669/ 6998, die Klinik schreibt an das zuständige Bürgermeisteramt, dass dies natürlich nicht möglich sei, und sich die M. O. einzufinden habe. Für die Mutter sei eine Pflege zu finden, ev. aus dem weiblichen Arbeitsdienst.

⁶⁴² UAT 669 / 7130

Tabelle 18: Dauer des Aufenthaltes in der Nervenlinik in Tagen

Dauer des Aufenthaltes (Tage)	Anzahl
kleiner 5	6
5-10	16
11-20	26
21-30	6
31-42	2
mehr als 42	2
Mittelwert (Tage)	19.9 Tage
Mittelwert (ohne 90, 47 d)	14.8 Tage

Im Durchschnitt befinden die Frauen sich also gute zwei Wochen in der Klinik. Es wird deutlich, dass die vom Gesetz geforderte sechs Wochen nur in zwei der 58 Fälle überschritten wird (in einem Fall sind es 90, in einem anderen 47 Tage). Der Grund liegt in beiden Fällen in der Notwendigkeit therapeutischer Behandlung. So steht z.B. im Krankenblatt von M. O., *wird auf Wunsch der Angehörigen auch nach Abschluss der Begutachtung auf deren Kosten in der Klinik behalten.*⁶⁴³ Die Klinik hält sich also strikt an den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Zeitraum, der zur Begutachtung mehr als ausreichend zu sein scheint.⁶⁴⁴

Die zur Erstellung der medizinischen Diagnose durchgeführten Untersuchungen stellen für viele der Begutachteten eine nicht unerhebliche Belastung dar. Zum einen sind hierunter **psychische Belastungen** zu verstehen, wie die Prüfung der Intelligenz, wo sich die Betroffenen teilweise stark für falsche Antworten schämen und die Prüfungssituation als sehr unangenehm empfinden.⁶⁴⁵ Für Begutachtete deren Erkrankungsphase schon einige Zeit zurückliegt, stellt die Anamnese mit dem „Wiederaufrollen“ der Krankengeschichte⁶⁴⁶ in manchen Fällen eine starke Belastung dar. Eine kör-

⁶⁴³ UAT 669/ 7018

⁶⁴⁴ nur zwei der Begutachteten sind überhaupt mehr als 30 Tage in der Klinik, das Gros der Frauen ist zwischen 5 und 20 Tagen stationär.

⁶⁴⁵ Siehe Kapitel 6.3.1.2.1

⁶⁴⁶ Zum Beispiel: UAT 669/ 7129 *„ist sie unverkennbar dadurch etwas bedrückt, dass ihre damalige Erkrankung, die sie selber am liebsten vergessen möchte, heute wieder aufgerollt und im Zusammenhang damit die Frage der Sterilisation geprüft wird. Diese affektive Beeinträchtigung hält sich aber durchaus im Rahmen des verständlichen.“*

perliche Beeinträchtigung erfolgt aus den **invasiven Untersuchungsmethoden**⁶⁴⁷ wie der Lumbalpunktion⁶⁴⁸ und der Encephalographie, die als sehr belastend beschrieben wird.⁶⁴⁹ Eine Patientin, M. B. meldet sich Monate nach ihrem Klinikaufenthalt wegen anhaltender körperlicher Beschwerden, die subjektiv nach der Lumbalpunktion begannen.⁶⁵⁰ Auch die nicht invasiven aber durch ihre radioaktiven Strahlen belastenden Untersuchungen wie das Schädelröntgen oder die Untersuchung bei EpileptikerInnen mittels Anfallsprovokation erfordern eine Rechtfertigung. Denn, wie die oben zitierte Frau M. B. in ihrem Brief bemerkt, sind die vorgenommenen Untersuchungen nicht aus Gründen von Erkrankungen der Betroffenen sondern rein zur Erstellung einer vor Gericht standhaften Diagnose durchgeführt worden: „*ich bin deshalb gezwungen ihnen das mitzuteilen, denn ich kam gesund nach Tübingen. Ich [...] leide oft an Übelkeit, was ich früher nicht hatte und seit der ganzen Zeit hat sich mein Befinden zur Besserung nichts geändert und ich habe den Eindruck auch meine Eltern, dass eine Punktierung nicht notwendig gewesen wäre, da ich ganz gesund war.*“⁶⁵¹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das EGG – Verfahren im Ganzen sehr beeinträchtigend für die Betroffenen ist. Der Aufenthalt in der Nervenklinik zur Gutachterstellung ist durch die ständige Beobachtung, das Umfeld, die Dauer des Aufenthaltes, die Trennung von den Familien und auch durch die Untersuchungen (besonders die invasiven) eine große Belastung.

Bei der Diagnostik mittels Schädelröntgen, Encephalographie und Lumbalpunktionen stellt sich die Frage, wie invasiv und risikoreich eine Diagnosemethode sein darf, wenn es sich um eine vom Betroffenen nicht erwünschte Diagnostik handelt, deren Ergebnisse für seine eigene Gesundheit keine Konsequenzen hat.⁶⁵² Bei den **Anfallsprovokationen** wird dies besonders auffällig. Ist es vertretbar Anfälle auszulösen,⁶⁵³ um eine Diagnose zu finden, die für die Einzelnen keine Bedeutung hat? Denn sie stellen

⁶⁴⁷ siehe hierzu Kapitel 6.3.1, die medizinische Diagnostik

⁶⁴⁸ bei Verdacht auf Epilepsie als Routineuntersuchung durchgeführt.

⁶⁴⁹ Kießling (2005) S. 91

⁶⁵⁰ siehe UAT 669/ 6747 auch im Anhang Fall IV

⁶⁵¹ UAT 669/ 6747

⁶⁵² es findet sich nur in einem einzigen Gutachten ein Hinweis darauf, dass wegen der aufgefundenen Pathologien eine Behandlung in der Neurochirurgie in Betracht gezogen wird. UAT 669/ 7091

⁶⁵³ bei einem Anfall geht Hirngewebe zugrunde, die Entwicklung der epileptischen Persönlichkeit schreitet mit jedem Anfall fort. Außerdem besteht bei jedem Anfall das, wenn auch geringe Risiko, zu sterben: Fuhrmann/ Korbach (1937): „*Auch beim einzelnen Anfall kann der Tod eintreten.*“

ihre Anfälle selten in Frage, da sie sie kennen und es für sie keine Rolle spielt, ob deren Ursache in einer frühkindlichen Hirnerkrankung, deren Reste in der Deformität im Schädelröntgen oder bei der Encephalographie aufgedeckt werden könnte, liegt, oder ob sie angeboren sind. Die Betroffenen selbst müssen häufig seit Jahren mit der Erkrankung leben und nur sehr wenige wollen selbst wissen, was die Ursache der Erkrankung ist,⁶⁵⁴ da sich zum damaligen Zeitpunkt daraus keine therapeutischen Optionen ergeben.

Die Anfallsprovokationen sind gemeinsam mit den invasiven und strahlenbelastenden Untersuchungen Teil der Diagnostik, die für die GutachterInnen für die Unterscheidung der „erbgesunden“ von den „erbkranken“ Menschen nötig ist. Da es mittels des GVeN Konsensus ist, dass „erbkranken“ Menschen sterilisiert werden müssen, müssen sich die Einzelnen – durch die diagnostischen „Leitlinien“ der Nervenlinik bedingt - Untersuchungen unterziehen, an denen sie persönlich kein Interesse haben. Es wird in der Durchführung der Zwangssterilisationen aber eben - wie ich hier zeigen möchte – bereits in der Diagnostik, das vermeintliche Interesse der Allgemeinheit über das des Einzelnen gestellt.

7.2 Äußerungen zur Frage der Sterilisation

In den von mir bearbeitenden Quellen finden sich unterschiedliche Formen von Stellungnahmen zur Sterilisation der individuellen Begutachteten, die in den Krankenblättern, den Gutachten oder in persönlichen Briefen der Begutachteten erhalten sein. Darunter sind neben den Stellungnahmen der Frauen selbst auch Aussagen von Angehörigen zu diesem Thema. Der Inhalt dieser Aussagen ist zumeist negativ, teilweise neutral, sehr selten aber auch positiv.

In den meisten Fällen, in denen Aussagen zur Sterilisation gemacht werden, äußern sich die Begutachteten **negativ** und versuchen, sich gegen eine erzwungene Sterilisation zu verteidigen. Im Gutachten der bereits im Kapitel 6.7 zitierten H. F.⁶⁵⁵ zeigt sich das gleich an mehreren Stellen. Sie möchte eine Sterilisation um jeden Preis verhindern. „*Sie wolle ins Ausland gehen, weil man in Deutl. sterilisiert würde*“⁶⁵⁶. Außerdem

⁶⁵⁴ Siehe hierzu die in Kapitel 6.3.1.1.1 zitierte Frau I. J. UAT 669/ 6837

⁶⁵⁵ UAT 669/ 6647 Anhang Fall II

⁶⁵⁶ Auch im Gutachten von Frau J. J. wird die Flucht ins Ausland als Gedankengang angegeben: „*Ueberhaupt sei es eine Schande, dass man sie hierher geschleppt habe, um sie zu sterilisieren, sie sei nicht*

macht sie sich über die Ausführenden der Sterilisationsmaschinerie Gedanken, so steht im Krankenblatt: „20.3.36 Gibt heute an, sie habe einige Male Angst gehabt, dass sie doch sterilisiert würde, ich denke immer, dass meine Mitmenschen mir da leid täten, die das Urteil fällen, weil sie es verantworten müssen.’ Bietet sonst nichts neues, fängt immer wieder von der Sterilisation an. Sie liesse das nicht mit sich machen“⁶⁵⁷ Der Gutachter zitiert diese im Krankenblatt festgehaltenen Worte der H. F. wörtlich in seinem Gutachten. Auch andere Aussagen von ihr, dass sie beispielsweise täglich bete, dass sie nicht sterilisiert würde, nimmt er im genauem Wortlaut ohne wertenden Kommentar in seinem Gutachten auf. Im psychische Befund erläutert er: „Patientin macht im ganzen etwas infantilen, oft kindisch- albernen Eindruck. Bei den Explorationen sitzt sie mit lächelndem Gesicht dem Untersucher gegenüber, ist meist euphorisch gestimmt. Nur bei Erwähnung der Sterilisationsangelegenheit wird sie leicht depressiv, zeigt aber auch dann starke Ausschläge nach der hypomanischen Seite, lacht und weint fast gleichzeitig.“⁶⁵⁸ Die Patientin erscheint aus heutiger Sicht manifest erkrankt gewesen zu sein.⁶⁵⁹ Dennoch ist ihr Affekt im Bezug auf das Sterilisationsverfahren deutlich und klar.⁶⁶⁰ Ihre Gedankengänge im Bezug auf eine Nachkommenschaft sind auch im Gutachten festgehalten: „Auch darin zeigt sich eine gewisse Urteilsschwäche, daß Fr. F. die den Tatsachen ganz widersprechende Meinungen hat, der Vater habe wohl gegen die Sterilisation nichts einzuwenden; aber sie sei doch grossjährig, sie lasse sich nicht sterilisieren. Sie habe ein gutes Zeichentalent, und man wolle doch im Dritten Reich, dass solche Fähigkeiten dem Volke erhalten blieben und weitergegeben würden. Daher wolle sie Gott bitten, dass er ihr einmal Nachkommen schenken möge.“⁶⁶¹

Neutrale Aussagen zur Sterilisation sind entweder als Schlussatz in den Gutachten oder in den Krankenblättern wiedergegeben. So beispielsweise im Fall der K. F.

geisteskrank und werde sich auch über die Anordnungen beschweren. Es ginge nicht an, dass ein freier Deutscher dem bisher Unrecht geschehen sei, auch noch sterilisiert würde, lieber ginge sie ins Ausland.“

⁶⁵⁷ UAT 669 / 6647 Anhang Fall II

⁶⁵⁸ siehe zu diesem Fall Kapitel 6.7

⁶⁵⁹ das Gutachten beschreibt den Geisteszustand der H. F.: „Erscheinung getretenen Zustandsbild mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Stupor, Negativismus, Erregungs- und Verwirrheitszuständen mit Affektschädigung und Denkstörung“

⁶⁶⁰ Hier sei auch Frau M. W. (UAT 669 / 7694) erwähnt, die manifest erkrankt ist und einen sehr komplexen Wahn hat. Sie gibt an, dass nicht sie sondern ihre „Wahnfigur“ „G. M.“ sterilisiert werden müsse und dass eine Verwechslung stattgefunden haben müsse. Bei der Aufnahme in die Frauenklinik wehrt sie sich vor allem wegen dieser Verwechslung sehr.

⁶⁶¹ UAT 669/ 6647 Anhang Fall II

in dem das Gutachten folgendermaßen schließt: „Wir haben mit der Patientin das Ergebnis unserer Untersuchungen und unsere Stellungnahme besprochen. Sie zeigte sich einsichtig und erklärte sich mit der Sterilisation einverstanden.“⁶⁶² Oder ähnlich das Krankenblatt von Frau R. W. in dem festgehalten ist: „19.1.37, Vom Vater abgeholt, dieser erklärt sich mit der st. einverstanden und verpflichtet sich, Pat. zu beaufsichtigen und nach Kräften eine Gravidität zu verhindern“⁶⁶³ Solche Aussagen zu bewerten, ist anhand der zur Verfügung stehenden Dokumente nicht möglich, interessant ist unter Umständen der Aspekt, dass sich beispielsweise Frau K. F. weigert, eine Encephalographie durchführen zu lassen, da ihr das, bei der geringen Chance einer Änderung der Diagnose, zu gefährlich erscheint.⁶⁶⁴ Ob sich diese Patientin wirklich einverstanden mit der Durchführung einer Sterilisation erklären würde, erscheint mir fraglich.

In einigen wenigen Fällen lässt sich aus der Konstellation des Falles erahnen, dass die begutachteten Frauen gerne das GVeN genutzt hätten, um keine weiteren Kinder zu bekommen, also einer Sterilisation **positiv** gegenüber stehen. Deutlich ausgesprochen wird dies im Fall der M. H.⁶⁶⁵, die zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits 5 Fehlgeburten hinter sich hat, und über die die Gutachterin schreibt: „Man hat den Eindruck, dass Frau H., die im Laufe der Jahre wiederholt Fehlgeburten hatte, den Wunsch hat, sterilisiert zu werden und ihre Beschwerden deshalb so vorzubringen versucht, als ob es sich um eine Fallsucht handelte. Wir kommen aber zu dem Schluss, dass Frau H. eine schwere Psychopathin ist mit Neigung zu psychogenen Anfällen, dass aber Epilepsie nicht erweisbar ist. Eine Sterilisation kommt danach nicht in Frage.“⁶⁶⁶ Da eine Sterilisation aus freiem Entschluss verboten ist,⁶⁶⁷ sucht die Begutachtete im GVeN eine Möglichkeit, ihre Familienplanung zu regeln und weitere Schwangerschaften zu vermeiden. Frau S. N. dagegen will sich sterilisieren lassen, um ihren bereits sterilisierten Bräutigam und Vater ihrer Kinder heiraten zu können, siehe hierzu das Kapitel 7.5 über die Folgen der Sterilisation sowie das im Anhang abgedruckte Dokument des Gutachtens.⁶⁶⁸

⁶⁶² UAT 669/ 6649, siehe hierzu auch im Anhang UAT 669 / 6063 Fall I

⁶⁶³ UAT 669/ 7735. Krankenakte ohne Gutachten.

⁶⁶⁴ UAT 669 / 6649

⁶⁶⁵ UAT 669/ 6667

⁶⁶⁶ UAT 669/ 6667

⁶⁶⁷ siehe Kapitel 4.1

⁶⁶⁸ UAT 669/ 6925, Anhang Fall V

Auch die **Stellungnahmen der Angehörigen** bewegen sich zwischen verschiedenen Polen. So schreibt beispielsweise der Schreinermeister Herr K. über Jahre hinweg wiederholt Briefe Nervenlinik, um die Unfruchtbarmachung seiner Tochter zu verhindern: *„muss ich nochmals ausdrücklich betonen u. warnen, dass unserer Pflgetochter L. B. absolut unter gar keinen Umständen ein Leid zugefügt werden darf oder eine sonstige Verstümmelung,“*⁶⁶⁹⁶⁷⁰ Auch die Schwester von Frau P. K. will eine Sterilisation verhindern. Über sie berichtet der Gutachter: *„Bei der Unterhaltung mit ihr ist sie sichtlich bemüht, die Erkrankung ihrer Schwester als harmlos und unbedeutend hinzustellen. Sie betont immer wieder, es handele sich bei ihrer Schwester gewiss nicht um eine Erbkrankheit, und eine Unfruchtbarmachung müsse um jeden Preis vermieden werden. Der begutachtende Arzt möge doch auf die Verhältnisse etwas Rücksicht nehmen und die Familie schonen.“* Dieser Schwester geht es neben dem Wohl der Schwester um das der übrigen Familie, denn als Schwester einer „Erbkranken“ wird der Verdacht auch auf die Familie fallen, dass weitere Erkrankungen vorliegen könnten und die Erbgesundheit der übrigen Familienmitglieder wird in Frage gestellt.

Im Gegensatz zu diesen Fällen steht der Fall der bereits oben zitierten H. S. deren Vater und Tante den praktischen Arzt S. dazu bringen, ein Erbgesundheitsverfahren gegen die eigenen Tochter / Nichte einzuleiten. H. S. - im dritten Monat unehelich schwanger – kommt zur Begutachtung in die Nervenlinik, wo die Gutachterin, die stark mit der Patientin zu sympathisieren scheint, zu dem Schluss kommt, dass sich die Angaben des Vaters und die der H. S. stark widersprechen. Sie stellt die Diagnose schizoide Psychopathie und die Patientin fällt somit nicht unter das GVeN. Die Gutachterin folgert, *„dass den Angaben des Vaters keine allzugrosse Objektivität beigelegt werden kann. Sein Verhalten wird auch durch den Wunsch erklärt, dass seine Tochter kein uneheliches Kind bekomme und er sie deshalb gerne auf Grund von Geisteskrankheit sterilisieren lassen möchte.“*⁶⁷¹

⁶⁶⁹ UAT 669/ 10501

⁶⁷⁰ Dieser Pflegevater schreibt über Jahre so viele Briefe an die Nervenlinik um die Sterilisation seiner Pflgetochter zu verhindern, dass ein Oberarzt der Klinik im Jahr 1943 dem Staatl. Gesundheitsamt Calw einen dieser Brief zusetend mit der Frage, ob der Vater nicht geisteskrank ist, und unter das GVeN falle. Siehe hierzu zur Veranschaulichung die Briefe im Original im Anhang.

⁶⁷¹ UAT 669/ 6999 siehe auch Anhang Fall VI

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die meisten Aussagen über die Sterilisation, die in den Krankenakten erhalten sind, von den begutachteten Frauen selbst sind, und sehr ablehnend einer möglichen Sterilisation gegenüber. Sie wollen nicht sterilisiert werden und wehren sich verbal dagegen. In einigen Fällen wird von einer neutralen Einstellung der Frauen gegenüber der Sterilisation gesprochen. In sehr wenigen Fällen scheint die Sterilisation von den Begutachteten aus Gründen der Familienplanung erwünscht. In den wenigen Fällen, in denen Aussagen der Angehörigen wiedergegeben sind, kann dies alle Facetten annehmen, wobei die Fälle, in denen Angehörige für eine Sterilisation und die Frauen selbst dagegen sind, besondere Aufmerksamkeit fordern. Dass die Sterilisation aus freiwilliger Entscheidung ohne medizinische Ursache verboten ist, ist gesetzestextlich festgelegt.⁶⁷² Dass dies im ideologischen Hintergrund des GVeN wurzelt, zeigt das folgende Hoffmann zuzuschreibende Zitat „Wer in rassenhygienischem Sinn das Recht hat, Kinder zu zeugen, der hat im nationalsozialistischen Staat auch die Pflicht, Kinder zu haben. der Ausmerze minderwertiger Erbmassen muß eine positive aktive Bevölkerungspolitik parallel gehen, auf dass wir ein gesundes, kräftiges und an Zahl mächtiges Volk der Zukunft werden.“⁶⁷³ Bock spricht in ihrem Werk über Zwangssterilisationen von der nationalsozialistischen Politik des „Pro- und Antinatalismus“.⁶⁷⁴ Dies kann an den bearbeiteten Gutachten wie eben erörtert nachvollzogen werden.

⁶⁷² siehe hierzu § 14 GVeN im Anhang

⁶⁷³ Hoffmann (1933) S. 167

⁶⁷⁴ Bock (1986) S.211,

7.3 Widerstand der Einzelnen gegen die Maßnahmen bezüglich des GVeN

Da es sich bei den von mir bearbeiteten Akten um Dokumente eines totalitären Staates handelt, ist es schwierig aus diesen Angaben über Widerstand von Betroffenen aber vor allem von Ausführenden zu gewinnen, da sie dazu tendieren, Widerstand auszuklammern. Aussagen hierüber bleiben von daher immer wage, und müssen zwischen den Zeilen gelesen werden. Im Folgenden stelle ich die wenigen in den Akten gefundenen Widerstandsmomente dar, die jedoch kein repräsentatives Bild ergeben können.

Die Möglichkeiten der Betroffenen, sich gegen eine angeordnete Sterilisation zu wehren, sind eng und begrenzt, werden nur in einzelnen Fällen überhaupt in Anspruch genommen und führen nur in wenigen Fällen zum Erfolg.

Die **formalen Möglichkeiten** habe ich bereits in Kapitel 5.1 erläutert. Eine Frau, für die all diese Möglichkeiten ausgeschöpft werden, ist Frau P. K.⁶⁷⁵. In ihrer Akte wird beschrieben, dass ihr Vater als „bestellter Pfleger“⁶⁷⁶ für sie in allen Instanzen kämpft, um die Sterilisation zu verhindern. Frau P. K. lebt seit Jahren in der psychiatrischen Heilanstalt Rottenmünster/ Rottweil⁶⁷⁷ und wird von dort wegen ihres „schizophrenen Defektzustandes“ angezeigt. Nach einem Beschluss der Sterilisation durch das EGG Oberndorf erhebt der Vater innerhalb der dafür vorgesehenen zweiwöchigen Frist Einspruch. Das EGG weist die Klage als unbegründet zurück. Kurz darauf stellt der Vater Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens und die psychiatrische Heilanstalt schreibt gleichzeitig, dass es sich doch unter Umständen um „*psychogenen Stupor*“, nicht „*Schizophrenie*“ handle. Der Fall wird am EGG neu verhandelt, und dafür wird das von den GutachterInnen der Nervenklinik verfasste „Obergutachten“ benötigt.⁶⁷⁸ Das Gutachten kommt dennoch zur Diagnose Schizophrenie und endet mit den Worten: „*[es sind somit] die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in diesem Falle erfüllt.*“⁶⁷⁹ Was bei einer Anlehnung des Gerichtes an diese Entscheidung die Sterilisation dieser Frau bedeutet. Das Gutachten von

⁶⁷⁵ UAT 669 / 6838

⁶⁷⁶ Entspricht heutigem „Betreuer“

⁶⁷⁷ heute Vincent von Paul Hospital Rottweil.

⁶⁷⁸ UAT 669/ 6838, der Gutachter kommt zu dem Schluss, dass es sich um eine Schizophrenie i. S. d. G. handelt. Wie der Fall am EGG verhandelt wird, ist nicht aus den Akten zu ersehen, aber es führte wahrscheinlich schließlich zu einer Sterilisation, so hat der Vater zwar eine zeitliche Verzögerung, aber keine Verhinderung der Sterilisation erreicht.

⁶⁷⁹ UAT 669/ 6838

Frau H. F.⁶⁸⁰ überlässt dem EGG die letztendliche Entscheidung über den Fall, und dieses entscheidet für die Unfruchtbarmachung. Da H. F. Klage einreicht, wird der Fall 1938 neu verhandelt, was schließlich zur Ablehnung einer Sterilisation führt, in ihrem Fall ist die Klage somit erfolgreich gewesen.

Die **informellen Widerstands- oder Protestmöglichkeiten** lassen sich in verschiedene Kategorien einteilen. Zum einen der **direkte Widerstand der Betroffenen** in Form von „sich verweigern“ in Anamnese oder in den Untersuchungen in der Nervenklinik. Hierzu fallen bei der Lektüre der Gutachten einige Beispiele auf. So Frau L. L. :

„Die Erbkrankte selbst war in den ersten Tagen ausserordentlich schwer zugänglich, war bockig wie ein kleines Kind, abweisend und trotzig [...] trotziges Verhalten gegen die Untersuchung, die ihr sehr unangenehm war. Unbequeme Fragen, wie z. B. die nach dem Vater des verstorbenen Kindes, bezw. ob sie noch mit weiteren Männern Verkehr gehabt habe, überging sie einfach oder schwieg dazu mit einem mürrisch verdrossenen Gesicht oder erklärte: „so etwas fragt man nicht“. Besonders empört war sie über die Frage, wie es denn zur Zeugung des Kindes gekommen sei, da doch angeblich die Pflegeeltern sie so sehr behütet hätten, dass man nicht annehmen könne, es sei in der Wohnung geschehen.“⁶⁸¹

Oder Beispiele, bei denen die GutachterInnen indirekt über dieses Widerstandsmoment sprechen, so Frau L. W.⁶⁸² in deren Gutachten steht, dass sie nähere Angaben über ihre Anfälle „angeblich“ nicht machen könne. Oder Frau E. S.⁶⁸³ die „sehr zurückhaltend“ sei in der Beschreibung ihrer Anfälle. Immer wieder fällt auf, dass die GutachterInnen den Begutachteten unterstellen, dass sie diese Form des Widerstandes benutzen, um der Sterilisation zu entgehen.

Zu den direkten Formen des Protestes zählen vor allem auch die Abwehr vor dem operativen Eingriff. In Extremform wird dies im Fall der Frau T. R. deutlich, die aus dem Fenster der Frauenklinik springt, um einer Sterilisation zu entgehen. Dabei zieht sie sich multiple Knochenfrakturen zu, die zu einem stationären Aufenthalt in der Chirurgischen Klinik und anschließend in der Nervenklinik führen. Von hier wird sie nach wochenlanger Behandlung wieder in die Frauenklinik zur ambulanten Sterilisation ver-

⁶⁸⁰ UAT 669 / 6647 Anhang Fall II

⁶⁸¹ UAT 669/ 6885

⁶⁸² UAT 669/ 7130

⁶⁸³ UAT 669/ 7040

legt. Auch hier wird Widerstand geleistet, der die Sterilisation nicht verhindern kann.⁶⁸⁴ In verbaler Form leisten viele der Frauen Widerstand. „*sie ließe das nicht mit sich machen*“ sagt beispielsweise Frau H. F. laut ihrem Gutachter.⁶⁸⁵ Von der Frauenklinik berichtet Horstmann in seiner Dissertation über die Sterilisationen aus dem Jahre 1938: „Die Frauen die zur Sterilisierung kommen, befinden sich ja zum weitaus größten Teil in einem Abwehrzustand gegen den Eingriff, da sie dessen Notwendigkeit nicht einsehen.“⁶⁸⁶

Eine weitere Form des Widerstandes oder der Versuch der Verhinderung der Sterilisation wird im Fall der L. M. deutlich. Sie lässt sich von einem niedergelassenen Arzt ein Zeugnis geben, in dem steht, dass die Anzeige wegen Schwachsinn anhand des von diesem Arzt durchgeführten Intelligenztestes nicht berechtigt sei.⁶⁸⁷

Außerdem gibt es Fälle, in denen die **Angehörigen** sich direkt bei der Nerven­klinik um die Verhinderung der Sterilisation bemühen. So beispielsweise im Fall der L. B.⁶⁸⁸ deren oben zitierter Pflegevater sehr viele Briefe an die Nerven­klinik schreibt,⁶⁸⁹ um die Sterilisation zu verhindern. Dass dies nicht ganz ungefährlich für ihn persönlich ist, zeigt sich darin, dass ein Oberarzt der Klinik im Jahr 1943 dem Staatl. Gesundheitsamt Calw einen dieser Briefe zusendet mit der Frage, ob der Vater nicht geisteskrank sei, und unter das GVeN falle.⁶⁹⁰ Dies erinnert an die von Hoffmann 1937 erläuterte Betonung, dass die „Gesundheitsüberwachung“⁶⁹¹ des Volkes durch die ÄrztInnen ein wichtiger Teil des Handelns sein müsse. Die Nerven­klinik gerät hier in die Rolle einer Gesundheitspolizei.

Für Betroffene, die über den „**stationären Weg**“⁶⁹² einem Erbgesundheitsverfahren unterworfen sind, ist die Möglichkeit des Widerstandes erheblich geringer. Denn zum einen findet die Anamnese zu einem Zeitpunkt statt, in dem es um die Diagnostik und Behandlung der Erkrankung geht und nicht um Begutachtung. Dadurch entfällt für

⁶⁸⁴ UAT 669/ 7553 siehe hierzu die in den Krankenakten festgehaltenen Angaben im Originaltext im Anhang Fall X.

⁶⁸⁵ UAT 669/ 6647 siehe auch Anhang Fall II

⁶⁸⁶ Horstmann (1938) S. 10,

⁶⁸⁷ UAT 669/ 6909 der den Brief lesende Gutachter schreibt mit Bleistift dazu: „*Facharzt für Frauenleiden und Geburtshilfe!*“ und nimmt im Gutachten keinen Bezug auf dieses Urteil, die Diagnose des Gutachtens ist „angeborener Schwachsinn“ was eine Sterilisationsindikation ist.

⁶⁸⁸ UAT 669 / 10501

⁶⁸⁹ Siehe hierzu Kapitel 7.2

⁶⁹⁰ UAT 669 / 10501 siehe hierzu im Anhang die Originalkopien dieser Korrespondenz

⁶⁹¹ Hoffmann (1937) S. 52, siehe auch Kapitel 5.3, die Anzeigepflicht.

⁶⁹² siehe hierzu Kapitel 5.1.2 die beteiligten Instanzen, der stationäre Weg.

sie die Möglichkeit, einschlägige Dinge zu verschweigen, wenn sie nicht ahnen, dass es später in einem Erbgesundheitsverfahren genutzt wird. Außerdem sind diese PatientInnen akut erkrankt und können sich deshalb um Dinge wie Einspruch innerhalb der zwei Wochen Frist nach Beschluss der Sterilisation nicht kümmern, wenn sie nicht, wie die oben zitierte Frau P. K.⁶⁹³ Angehörige haben, die dies übernehmen, sind ihre Möglichkeiten sehr begrenzt. Schließlich werden sie aus der Nervenklinik direkt in die Frauenklinik verlegt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die formalen Widerstandsmöglichkeiten nur in einzelnen Fällen genutzt werden. Die informellen Protestmöglichkeiten sind in einigen Fällen erwähnt, ihr Erfolg schwer zu beurteilen. Selbst drastischer direkter Protest, wie die Flucht aus der Frauenklinik, führen nicht zu einer Verhinderung der Sterilisation. Die Patientinnen, die während des Erbgesundheitsverfahrens stationär aufgenommen sind, haben besonders schwache Möglichkeiten, sich gegen die Sterilisation zu wehren.

7.4 Zwangsmaßnahmen

Dass die Anträge auf Sterilisation nur in den seltensten Fällen freiwillig von den Betroffenen selbst gestellt werden ist bereits erörtert worden.⁶⁹⁴ Im Zuge der Anwendung des GVeN wird in unterschiedlichem Ausmaß Zwang⁶⁹⁵ auf die Betroffenen ausgeübt.

Laut § 7 Art. (2) kann das Erbgesundheitsgericht „das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen und ihn bei unentschuldigtem Ausbleiben vorführen lassen.“⁶⁹⁶ Das heißt, dass sowohl für die Verhandlung vor dem Erbgesundheitsgericht als auch für die **Klinikeinweisung** zur Begutachtung die Möglichkeit der **polizeilichen Vorführung** besteht. Unter den von mir be-

⁶⁹³ UAT 669 / 7155

⁶⁹⁴ siehe hierzu Kapitel 5

⁶⁹⁵ siehe hierzu auch beispielsweise Schmuhl (1987) S. 158 der von vier Stellen des Zwangs spricht: 1. zwangsweise Vorführung beim Amtsarzt, 2. Vorladung zum EGG, 3. Zwangseinweisung zur Untersuchung, Fluchtgefahrabwendung, Geschlechtsverkehrsverhinderung, 4. Gewalt bei Operationsdurchführung.

⁶⁹⁶ www.dokumentarchiv.de voller Gesetzestext siehe Anhang

arbeiteten Gutachten gibt es einen Fall, in dem eine Frau von Polizisten in die Klinik gebracht wird. Im Gutachten heißt es:

*„Zu der jetzigen Beobachtung wurde Frl. J. von einem Polizeibeamten gebracht, weil sie sich geweigert hatte, der Einbestellung in die Klinik Folge zu leisten, mit der Begründung, jemand der gewählt habe, sei nicht geisteskrank. Nach den Angaben des begleitenden Beamten habe man sie nur mit List aus ihrer Wohnung herausholen können. Bei der Aufnahme in die Klinik war sie zunächst sehr erregt, sträubte sich hier zu bleiben, erklärte, sie sei nicht krank. Man habe sie hierher geschleppt, sie werde sich darüber beschweren.“*⁶⁹⁷

In mehreren anderen Fällen, in denen die Frauen nicht auf die Einbestellung der Klinik reagiert haben, wird ihnen ein Brief des Klinikleiters mit der Androhung der zwangsweisen Vorführung durch das EGG zugesandt, woraufhin sich alle dieser Fälle bis auf die oben zitierte Frau J. J. „freiwillig“ in der Klinik einfinden.⁶⁹⁸ Den bis zu sechswöchigen Klinikaufenthalt, der mit einer Begutachtung verbunden sein darf, verbringen die Frauen auf der geschlossenen Abteilung der Psychiatrie,⁶⁹⁹ haben also nicht die Möglichkeit, die Klinik zu verlassen.

Wird eine Sterilisation angeordnet, kommen einige Frauen⁷⁰⁰ zur Aufnahme kurz vor oder nach der Durchführung der Operation in die Nervenklinik. Sie sind meist „zu unruhig“, stören dadurch die übrigen Patientinnen der gynäkologischen Abteilung.⁷⁰¹ Hier scheint eine enge Zusammenarbeit der Nervenklinik mit der Frauenklinik vorzuliegen, gemeinsam Verantwortung für die Durchführung der Zwangsterilisation und diese Patientinnen zu übernehmen.⁷⁰² Die Frauenklinik selbst trifft an der zwangsmäßigen Sterilisation formaljuristisch in der Gesetzgebung der Nationalsozialisten keine „Schuld“, denn laut § 12 Abs. 1 ist die Anwendung von Zwangsmassnahmen zur Sterilisation zulässig: „(1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen,

⁶⁹⁷ UAT 669/ 6809,

⁶⁹⁸ UAT 669/ 6717: Brief an Frau D. „8. 1. 1936 Sehr geehrtes Frl. D.! Da sie unserer Einbestellung zum 2.1. 1936 nicht Folge geleistet haben, möchten wir Sie bitten, am Montag, den 13.1. 1936 sich zur Untersuchung und Begutachtung in unserer Klinik einzufinden. Sollten sie dieser Aufforderung nicht Folge leiste, so wären wir gezwungen, Ihre Einbestellung auf dem Wege über das Erbgesundheitsgericht, die dann eine zwangsweise wäre, erfolgen zu lassen. Heil Hitler Direktion Prof. Dr.“

⁶⁹⁹ siehe beispielsweise UAT 669/ 6909, die wenigen in den Akten gemachten Aussagen weisen darauf hin, dass die Begutachteten auf die geschlossene Abteilungen gebracht werden.

⁷⁰⁰ Siehe hierzu Kapitel 5.2

⁷⁰¹ Siehe beispielsweise UAT 669/ 6855, Krankenblatt: „19.5.36 Pat. wird uns nach telephonischer Anmeldung von der Frauenklinik überwiesen, weil sie dort erregt wurde (In die Frauenklinik zum Zweck der Unfruchtbarmachung eingewiesen)“

⁷⁰² Siehe hierzu auch Kapitel 5.4

sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.⁷⁰³ Die Durchführung der Sterilisation wird den GynäkologInnen durch die Nervenlinik in der Hinsicht erleichtert, dass einige unruhige Patientinnen vor dem in Vollnarkose durchgeführten Eingriff bereits in der Nervenlinik Beruhigungsmittel erhalten,⁷⁰⁴ was die Durchführung der präoperativen Vorbereitungen erleichtert und die Möglichkeiten des Widerstandes der Betroffenen stark verringert. Horstmann berichtet in seiner Arbeit aus dem Jahre 1938 über die Frauenklinik: „Vor der Operation wurden die unruhigen Patientinnen in Dämmer Schlaf mit Scopolamin oder Dilaudid⁷⁰⁵ oder einem ähnlich wirkenden Mittel gebracht. Die Evipannarkose erfolgte fast immer aus einem solchen Dämmer Schlaf.“⁷⁰⁶ Außerdem geht aus einzelnen Fällen hervor, dass bereits die gynäkologische Untersuchung in der Frauenklinik zur Fertilitätsdiagnostik bei sich zu stark wehrenden Frauen im „Skopolaminschlaf“⁷⁰⁷ durchgeführt wird.⁷⁰⁸

Besonders auf die Patientinnen, die wegen ihrer psychiatrischen Erkrankung bereits längere Zeit stationär sind, und während ihres Aufenthaltes in der Nervenlinik „nebenher“ ambulant in der Frauenklinik sterilisiert werden,⁷⁰⁹ treffen Zwangsmaßnahmen wie Beruhigungsmittel oder die direkte Verlegung in die Frauenklinik während ihres zur Genesung angelegten Krankenhausaufenthaltes zu. Sie haben noch geringere Möglichkeiten, etwas gegen die Sterilisation zu unternehmen. Dieser umgeleitete therapeutische Impuls, diesen Frauen zu helfen, ihnen den Schritt zu erleichtern, indem ihnen Beruhigungsmittel verabreicht werden, hat in der historischen Distanz den Effekt, dass er für die beteiligten Ausführenden leichter zu ertragen scheint und der gesamte Ablauf wesentlich ruhiger wird. Gleichzeitig wird er dadurch auch alltäglicher und die Zwangsmaßnahmen werden am Leben erhalten. Dies hat mit Entmündigung und Zwang zu tun, den sich die verabreichenden ÄrztInnen so eventuell nicht bewusst sind. In der

⁷⁰³ www.dokumentarchiv.de voller Gesetzestext siehe Anhang

⁷⁰⁴ siehe beispielsweise UAT 669/ 6855: 0,005 Mo 0,001 Hy präop.

⁷⁰⁵ Morphinpräparat

⁷⁰⁶ Horstmann (1938) S. 10

⁷⁰⁷ Rote Liste (2002) S. 133: "Scopolamin: Mydriatikum, Hypnotikum, Anticholinergikum"

⁷⁰⁸ UAT 669/ 6924 Brief der Frauenklinik an die Nervenlinik: „Bei Frau A. N. ist eine gynäkologische Untersuchung wegen Abwehr ohne Narkose nicht durchführbar. Wir bitten deshalb die Patientin uns noch einmal im Skopolaminschlaf zuzuschicken, oder wir sind gerne bereit, die Untersuchung im Dämmer Schlaf bei ihnen durchzuführen. In diesem Falle bitten wir um Benachrichtigung.“

⁷⁰⁹ Patientinnen des „stationären Weges“ siehe Kapitel 5.1.2

Zusammenarbeit der Kliniken zeigt sich, dass Sterilisationen unter Zwang überhaupt nur möglich sind, weil der Prozess der Durchführung des GVeN ein arbeitsteiliger Ablauf ist.⁷¹⁰ Die Frauenklinik sterilisiert, aber übernimmt nicht die Beurteilung der Patientinnen, was bei den AmtsärztInnen, dem EGG und der Nervenklinik liegt, die Angestellten der Nervenklinik beruhigen die zur Zwangssterilisation in die Frauenklinik überwiesenen Patientinnen unter anderem medikamentös.⁷¹¹

7.5 Rechtliche, soziale und persönliche Konsequenzen der Sterilisation für das Individuum

Die Zwangssterilisation bedeutet für die Betroffenen den Eingriff in ihren Körper durch eine ungewollte Operation, ohne Möglichkeit sich dagegen zu wehren. Neben der Operation und der daraus resultierenden Sterilität hat die Zwangssterilisation auch in anderen Bereichen des Privatlebens und auf rechtlicher Ebene Konsequenzen.

Rechtlich ist neben anderen Einschränkungen durch die Sterilisation nach dem Ehegesundheitsgesetz eine Heirat verboten, denn die Sterilisation gilt als offensichtlicher Beweis dafür, dass eine geistige Störung vorliegt. Da vor dem Eingehen einer Ehelicheung ein Ehegesundheitszeugnis vorgelegt werden muss, können Menschen, bei denen eine Unfruchtbarmachung durchgeführt worden ist, keine Ehe mit einem nicht sterilisierten Menschen eingehen. Gesetzestextlich lautete der § 1 Abs. c und d des Ehegesundheitsgesetzes⁷¹² vom 18.10.1935 wie folgt:

„Eine Ehe darf nicht geschlossen werden, [...] (c) wenn einer der Verlobten, ohne entmündigt zu sein, an einer geistigen Störung leidet, die die Ehe für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen lässt. (d) wenn einer der Verlobten an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leidet“

Hinter dieser Regelung verbirgt sich für den/die EinzelneN das Problem, dass eine Ehe mit der/dem gewünschten PartnerIn oft nicht möglich ist⁷¹³ und damit ein Teil

⁷¹⁰ siehe hierzu Czarnowski (2001) S. 238 f

⁷¹¹ siehe hierzu auch den Brief Gaupps an Mayer, in dem er von zwangsweisem Festgurt von Frischoperierten schreibt, UAT 335 / 13, Abschrift siehe Anhang

⁷¹² Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz) vom 18. Oktober 1935, RGBl. I, 1935, In: Reichsgesetzblatt, Jahrgang 1935

⁷¹³ Im Ehegesundheitsgesetz nimmt der Staat sich außerdem das Recht, über die Partnerwahl der Menschen zu entscheiden. Durch das Organ der Gesundheitsämter und dort beschäftigten MedizinerInnen und auch durch die Notwendigkeit der Beibringung eines Ahnenpasses, in dem sämtliche Vorfahren verzeich-

der Bevölkerung komplett aus der traditionellen Lebens-, Versorgungs- und Wirtschaftsform, der Ehe ausgeschlossen wird. Die Ehe wird im Ehegesundheitsgesetz gemäss der nationalsozialistischen Ideologie auf die erwartete Reproduktion reduziert. Andere Aspekte wie Liebe, Familienzusammenführung, gemeinsames Wirtschaften oder vieles mehr, finden keine Berücksichtigung. Frau M. P. wird beispielsweise in ihrem Gutachten zum EGG- Verfahren zitiert: *„Auf das Gesetz aufmerksam gemacht: [Das man sie sterilisieren wolle] sei ja aber nicht recht. Sie hätte so gerne geheiratet, um versorgt zu sein.“*⁷¹⁴

Soziale Folgen der Sterilisation sind zur Zeit des Nationalsozialismus weiterhin Stigmatisierung und Ächtung. Im Blick auf den weiteren Lebenslauf ist für die betroffenen Frauen besonders die unmöglich gemachte Mutterschaft zu beachten. Selbst wenn sie (beispielsweise nach 1945) eine Ehe eingehen oder zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits verheiratet sind, ist diese zwangsläufig mit Kinderlosigkeit verbunden. Wird den Männern und Frauen damit die Freude der Elternschaft genommen, bedeutet dies für die Frauen in der traditionell aufgebauten Familie außerdem den Verlust des Berufs der Hausfrau und Mutter sowie gesellschaftlicher Anerkennung, ganz besonders in der Zeit des Nationalsozialismus.

Das Dilemma des Ehegesundheitsgesetzes wird im Fall der S. N. deutlich. Sie wird auf Beschluss des Erbgesundheitsgericht Balingen in die Universitäts- Nervenkllinik Tübingen zur Begutachtung aufgenommen. Es soll die Frage entschieden werden, ob angeborener Schwachsinn vorliegt. Bereits das Erbgesundheitsgericht Balingen, hat das Gefühl, dass *„die N., welche keineswegs den Eindruck einer dummen Person erweckt, die Dummheit offensichtlich nur vortäuscht, um die Unfruchtbarmachung zu erreichen, damit sie den Vater ihrer 2 älteren Kinder, der wegen Schwachsinn sterilisiert ist, heiraten kann.“*⁷¹⁵ Auch der Gutachter der Nervenkllinik kommt zu dem Schluss, dass die bei der Intelligenzprüfung gebotenen Leistungen beim Oberamtsarzt aber auch anfänglich in der Nervenkllinik *„eindeutig als simuliert“* anzusehen seien. Die Gründe sieht er zum einen in der Tatsache, dass sie ihren sterilisierten Ehemann heiraten wolle, zum Anderen aber auch in einer *„primitiven Trotzreaktion auf die Zurechtweisung von Seiten*

net sind, ist vielen Menschen das Eingehen einer Ehe durch Vorfahren (Juden, Geisteskranken) oder andere Ursachen, wie Geisteskrankheit, ausländische Abstammung, usw. unmöglich.

⁷¹⁴ UAT 669 / 7020

⁷¹⁵ UAT 669 / 6925 Beschluss des Erbgesundheitsgericht Balingen 1936, siehe Original im Anhang sowie das Gutachten Anhang Fall V.

des Jugendamtes und die Anspielungen von dort auf ihre angeblich minderwertigen Nachkommen.“ Nachdem der Gutachter das Bestehen von Schwachsinn verneint, kommt er dennoch zu dem Schluss, dass eine Ehe der beiden sehr zu befürworten wäre und schlägt am Ende des Gutachtens dem Erbgesundheitsgericht vor, hierfür eine besondere Genehmigung „*des Führers bzw seines Stellvertreters*“ einzuholen.

Staatlicherseits wird die Ehe zwischen Sterilisierten gefördert, es werden dazu sogar Ehevermittlungsstellen eingerichtet, so zum Beispiel in Dresden und Berlin.⁷¹⁶ Die Trennung von „erbkrank“ und „erbggesund“, sterilisiert und fertil wird bis ins letzte Detail durchgeführt. Hier bestätigt sich die These des Pro- und Antinatalismus von Bock (1986). Die einen werden genötigt, gedrängt und gelockt, so viele Nachkommen als möglich zu „produzieren“, den anderen, die als unerwünscht erkannt und gebrandmarkt worden sind, wird dasselbe, nämlich die Fortpflanzung unter Zwang unmöglich gemacht. Der Staat nimmt sich das Recht, über einen sehr privaten Teil der menschlichen Existenz, und zwar die Fortpflanzung entscheiden zu können.

Für die Frauen ist der Aspekt der eingeschränkten Heiratsmöglichkeit der gravierendste. Für die Männer kommen noch andere Konsequenzen der Sterilisation hinzu, so beispielsweise für Bauern das „Erbhofrecht“. Nach dem Reichserbhofgesetz vom 29.9.1933 wird ihnen die „Bauernfähigkeit“ abgesprochen, wenn sie an einer unter das GVeN fallenden Erkrankungen leiden. Dies bedeutet, dass sie weder ihren Hof weiterführen, noch den der Eltern erben können.⁷¹⁷ Indirekt betrifft dies auch die weiblichen Begutachteten, da auch sie als Ehefrauen von Bauern, die Bauerfähigkeit ihrer Männer gefährden können. So versichert beispielsweise Frau A. D., dass sie nie geheiratet habe, wenn sie gewusst habe, dass sie an einer Erbkrankheit leide. „*Der Mann als Erbhofbauer mache das Fortbestehen der Ehe von dem Ausgang der Erbgesundheitsgerichtsentscheidung abhängig und beabsichtige, im Fall sie sterilisiert würde, sich von ihr scheiden zu lassen.*“⁷¹⁸

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Zwangssterilisationen ihre Grausamkeit nicht nur in der unmittelbaren Ausführung der erzwungenen Operation und dem

⁷¹⁶ Koch (1994) S. 16 zitiert RdERl des RmdI (23.1.1941) an die Gesundheitsämter. Prof. Gisela Bock bestätigt dies in E-Mail vom 23.1.2002

⁷¹⁷ siehe hierzu Kießling(2005) S.243

⁷¹⁸ UAT 669 / 6702

damit verbundenen GVeN Verfahren zeigen, sondern vor allem in den psychischen, rechtlichen und sozialen Folgen. Durch den Eingriff in die Integrität des Körpers und die Entfernung einer sehr zentralen Funktion des Körpers, nämlich der Fortpflanzungsfähigkeit, bedeutet dies für das Individuum Veränderung der gesamten Lebensperspektive. Die genauere Analyse der individuellen Folgen der Zwangssterilisation zu untersuchen, ist sehr interessant und wichtig, kann aber auf der Grundlage der hier bearbeiteten Quellen und im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden. Es sei auf die dazu vorhandene Literatur, besonders der Betroffenenverbände verwiesen.“⁷¹⁹

7.6 Die Situation der unter Zwang Sterilisierten nach 1945

In den Jahren zwischen 1934 und 1945 sind in Deutschland etwa 360 000 Menschen sterilisiert worden, was circa 1 % der 18 bis 40 Jährigen ausmacht.⁷²⁰ Neben den in dieser Arbeit beschriebenen Betroffenen der psychiatrischen Kliniken wurden weitere Gruppen sterilisiert. Unter diese fallen beispielsweise farbige Menschen⁷²¹, die unter dem Begriff „Rheinlandsbastarde“ außerhalb des GVeN sterilisiert wurden, sowie Sinti und Roma⁷²². In Auschwitz wurden grausame Sterilisationsexperimente – zur effektiveren Sterilisation - des dortigen Arztes Clauberg durchgeführt.⁷²³ Aufgrund der beschriebenen hohen Anzahl an Betroffenen, verwundert die schleppende und eigentlich nicht stattgefunden Wiedergutmachung und Entschädigung der Opfer.

Nach 1945 wird das GVeN nicht direkt außer Kraft gesetzt. 1947 kann nur in der britischen Besatzungszone Antrag auf Wiederaufnahme des Erbgesundheitsverfahrens gestellt werden, wobei die Betroffenen nach dem GVeN beweisen müssen, dass der unter dem Nationalsozialismus durchgeführte Beschluss nicht rechtsgültig ist.⁷²⁴ Entschädigungsansprüche können allerdings selbst bei bewiesener „Fehlentscheidung“ des EGG nicht gestellt werden. Die Zwangssterilisierten und die Opfer der „Euthanasie“

⁷¹⁹ Siehe beispielsweise Literatur des Bundes der „Euthanasie-“ Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. 1987 in Detmold gegründet

⁷²⁰ Bock (1986) S.237 Diese Zahl bezieht sich auf die innerdeutschen Grenzen im Jahre 1937, zusammen mit den außerhalb der Grenzen lebenden Menschen kommt Bock auf circa 400 000 Opfer.

⁷²¹ Siehe hierzu Pommerin 1979

⁷²² Siehe hierzu Riechert (1995)

⁷²³ Auschwitz (1997) das Museumsbuch dokumentiert die Versuche dieses Mediziners ausführlich.

⁷²⁴ Koch (1994) S. 69

werden aus dem allgemeinen BEG = Bundesentschädigungsgesetz von 1956⁷²⁵, welches nach § 1 die Entschädigung rassistisch, politisch, weltanschaulich und religiös Verfolgter des Nationalsozialismus regelt, ausgenommen. Laut Bundesregierung fallen sie in keine der darin enthaltenen Kategorien, wobei der „Bund der Zwangssterilisierten und Euthanasie- Geschädigten“ seit seiner Gründung im Jahre 1987 in Detmold sehr für die Anerkennung unter dem im BEG genannten Begriff der „rassistischer Verfolgung“ und damit einer Gleichstellung mit den übrigen NS- Opfern kämpft.⁷²⁶

Erst seit Ende 1980 können Zwangssterilisierte eine einmalige Entschädigung von 5000 DM⁷²⁷ nach § 171 Abs. 4 des BEG erhalten. In bestimmten Härtefällen eine monatliche Unterstützung von 100 DM.⁷²⁸ Erst im Jahr 1988 wird das GVeN vom 14.7.1933 vom Deutschen Bundestag offiziell „geächtet“. „Die Bundesregierung bezeugt den Opfern der Zwangssterilisierungen und ihren Angehörigen Achtung und Mitgefühl.“⁷²⁹ Daraus ergeben sich keine weiteren finanziellen Entschädigungen oder Gleichstellung mit den anderen NS- Opfern.

Unter den von mir bearbeiteten Akten ist keine Betroffene, die eine Wiederaufnahme des Verfahrens nach 1945 verlangt, des weiteren finden sich auch keine Hinweise auf Wiedergutmachung oder Entschädigung. Dies erstaunt angesichts der großen Anzahl bearbeiteter Akten. Der Grund hierfür kann aber unter Umständen in der Form der Aktenverwaltung liegen, da lediglich die Akten bis in das Jahr 1946 vom Universitätsarchiv Tübingen verwaltet sind, so dass eventuelle Wiederaufnahmeverfahren in späteren Jahren abgelegt sind und mir deshalb als Quellen derzeit nicht zugänglich sind. Eine nähere Untersuchung der Wiederaufnahmeverfahren an der Universitätsklinik Tübingen könnte Gegenstand weiterer Arbeiten werden.

⁷²⁵ Das BEG ist das Nachfolgegesetz des 1953 verabschiedeten „Bundesergänzungsgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung“ und geht in das 1965 verabschiedete „Bundesentschädigungs- Schlussgesetz“ über. Heß (2000) S. 370

⁷²⁶ Heß (2000) S. 371

⁷²⁷ Daum / Deppe (1991) S. 13

⁷²⁸ Heß (2000) S.

⁷²⁹ Heß (2000) S. 374

8 Schlussbemerkungen

Die vorliegende Arbeit zur Alltagsgeschichte des GVeN ist Teil einer größer angelegten Studie zur Begutachtungspraxis im Nationalsozialismus an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen im Fachbereich forensische Psychiatrie und beschäftigt sich mit den Krankenakten der 1936 an der Universitäts-Nervenklinik begutachteten Frauen. Als weitere ungedruckte Quellen sind das Diagnosenbuch der Nervenklinik, das Operationsbuch der Frauenklinik, das „Sterilisierungsbuch“ der Nervenklinik und Verwaltungsakten der Nervenklinik und der Frauenklinik in die Arbeit miteinbezogen.

Methodisch verwende ich eine Mischung aus quantitativer und qualitativer Auswertung, um ein besseres Verständnis der Begutachtungspraxis, des Psychiatrieealltags und der Umsetzung des GVeN im Jahr 1936 zu erlangen.

Die Psychiatrie ist in den dreißiger Jahren im Umbruch: zum einen durch neue diagnostische Möglichkeiten und Therapieansätze - in Tübingen entstehen kurz vor jener Zeit außerdem Ideen zur psychogenen Krankheitsentwicklung, die unter dem Namen der „Tübinger Schule“ bekannt werden. Zum anderen führt die Umsetzung eines der ersten verabschiedeten Gesetze nach der Machtübernahme Hitlers – dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses – zu starken Veränderungen im Alltag der Psychiatrie. Konkret an der Tübinger Universitäts- Nervenklinik vollzieht sich im Jahr 1936 der Wechsel in der Klinikdirektion von Gaupp, der zur Vorsicht in der Anwendung des GVeN mahnt, zu Hoffmann, der zu den Wegbereitern des Gesetzes gehört.

Das GVeN, das zur Sterilisierung mehrerer hunderttausend Menschen in Deutschland zwischen 1934 und 1945 führt, regelt – gemäss des damaligen Standes der Forschung erblicher Erkrankungen - die zwangsweise Unfruchtbarmachung derer, die unter bestimmten, als erblich erachteten Krankheiten leiden.

An der Durchführung dieses Gesetzes sind verschiedene Instanzen beteiligt: Zur Anzeige potentiell „erbkranker“ Personen ist jeder im Gesundheitswesen Tätige verpflichtet, was unter Anderem eine nachhaltigen Störung der Arzt- Patienten Beziehung mit sich bringt. Für den weiteren Verlauf des Erbgesundheitsverfahrens ist das Gesundheitsamt samt Amtsarzt zuständig, der einen Antrag auf Unfruchtbarmachung an das

Erbgesundheitsgericht richtet. Dieses entscheidet über die Unfruchtbarmachung der betroffenen Person. Die Operation der Sterilisation wird in der Folge in speziell dafür ausgewählten Kliniken durchgeführt - in vielen der von mir bearbeiteten Fällen in der Frauenklinik Tübingen. Diese Schritte beschreibe ich als den „ambulanten Weg“ und den „stationären Weg“ durch die Instanzen. Bei letzterem befinden sich die Betroffenen zum Zeitpunkt der Anzeige bereits in einer Institution. Anzeige und Antrag liegen somit in einer Hand – der des Anstaltsleiters -, und das EGG richtet sich in der Regel nach den Vorschlägen der Klinik, was zu einer Direktverlegung aus der betroffenen Anstalt (hier der Nervenklinik) in die sterilisierende Klinik führt und den Betroffenen, die zu dieser Zeit aufgrund von Krankheit Behandlung bedürfen, wenig Möglichkeit zum Widerstand gibt. Außerdem wird die Durchführung der Sterilisation in diesen Fällen ohne viel gesellschaftliche Aufmerksamkeit ermöglicht.

Bei der Betrachtung der beteiligten Institutionen wird die Übermacht der ÄrztInnen in der Durchführung des GVeN deutlich, in allen Bereichen sind sie die Ausführenden. Durch die Trennung der sterilisierenden Einheit von der beantragenden und der beschließenden sowie der begutachtenden Einheit lastet die Verantwortung der Zwangssterilisationen auf vielen Instanzen, was die Durchführung dieses menschenverachtenden Gesetzes vermutlich erst möglich macht, gleichzeitig führt dies zu einer großen Menge von Ausführenden des GVeN und dadurch zu einer Normalisierung. Das zum ‚Heilen und Helfen‘ erlernte Wissen der ÄrztInnen wird für eine gegen das Individuum gerichtete Diagnostik und Behandlung (Sterilisationsoperation) benutzt.

Bei Betrachtung der sterilisierenden Klinik –der Frauenklinik Tübingen – wird die Größendimension der Sterilisationspraxis bewusst. Es werden 1936 209 Frauen sterilisiert, 203 dieser aufgrund des GVeN. Das Jahr 1936 kann somit als „Höhepunkt“ der Sterilisationsoperationen und auch der Begutachtungspraxis des GVeN in Tübingen bezeichnet werden. Bei der Durchsicht der Operationsbücher fällt auf, dass bei den Sterilisationsoperationen Keilexzisionen aus den Ovarien entnommen werden, was auf medizinische Experimente an den Zwangssterilisierten hindeuten kann, und Gegenstand weiterer Forschung sein sollte. Im postoperativen Verlauf wird über einen Todesfall im Zusammenhang mit den Sterilisationen berichtet, außerdem wird deutlich, dass viele Patientinnen vom Erbgesundheitsverfahren und im Zusammenhang mit der Operation stark psychisch belastet sind.

Das EGG kann in unklaren Fällen ein Fachärztliches Gutachten anfordern. Die an der Universität- Nervenlinik erstellten Fachärztlichen Gutachten der betroffenen Frauen des Jahres 1936 zum GVeN sind Hauptgegenstand meiner Untersuchung. Es handelt sich um 83 frei formulierte Gutachten, die von den insgesamt 12 begutachtenden ÄrztInnen der Nervenlinik Tübingen im Jahr 1936 erstellt sind. Bei den Begutachteten handelt es sich um Frauen im fertilen Alter, die zum größten Teil im Haushalt arbeiten, circa ein Viertel geht einer Erwerbsarbeit nach, und zum Großteil ledig sind, ein Viertel ist verheiratet. Sie werden unter der Androhung von Zwang in der Nervenlinik aufgenommen, damit über sie nach mehrtägiger bis mehrwöchiger Begutachtung ein Gutachten erstellt werden kann, dass eine Aussagen darüber machen soll, ob sie unter einer unter das GVeN fallenden Diagnose leiden und gemäss des GVeN sterilisiert werden müssen .

Die GutachterInnen verfassen diese Gutachten im Durchschnitt sehr sorgfältig und gehen nach einem einheitlichen Schema vor. Es wird eine medizinische Diagnose anhand der vorliegenden Befunde erstellt, diese wird unter Einbeziehung unterschiedlicher Kriterien in eine für die JuristInnen verständliche „juristische Diagnose“ überführt, die eine Aussage darüber macht, ob es sich bei der Erkrankung um eine unter das GVeN fallende Erkrankung handelt. Zu den hierbei beachteten Kriterien gehören die Abwesenheit exogener Verursachung, die Familienanamnese und der Charakter sowie die „Lebensbewahrung“ der Betroffenen sowie die Einschätzung der Fortpflanzungswahrscheinlichkeit. Der Beweis der Endogenität erfolgt über die genannten Kriterien mit besonderer Betonung der Negativdiagnostik der Exogenität.

Unter den Begutachteten ist die Diagnosegruppe der Epileptikerinnen am größten, gefolgt von den an Schizophrenie Erkrankten und den „Schwachsinnigen“. Die Gruppe der manisch-depressiven Patientinnen ist klein. Diese Verteilung entspricht nicht der Diagnosenverteilung der tatsächlich sterilisierten Frauen, in der die Epileptikerinnen einen vergleichsweise kleinen Anteil ausmachen und unter denen die Diagnose „Schwachsinn“ die größte Gruppe darstellt. Dies zeigt uns die selektierte Menge derer, die in die Nervenlinik zur Begutachtung kommen.

Zur Erstellung der medizinischen Diagnose müssen sich die Begutachteten – besonders in der Begutachtung der Epilepsie – invasiven Untersuchungen unterziehen, die teilweise sehr belastend sind. Außerdem wird den Begutachteten in der Diagnostik der

Epilepsie die aktuelle pharmakologische Behandlung abgesetzt und es werden Provokationen mittels Verabreichung von zentralstimulierenden Medikamenten durchgeführt, was in 50 % der Fälle zu Anfällen führt. Die Diagnostik des Schwachsinnns zeichnet sich zum einen durch Durchführung von Intelligenzprüfungen aus, die neben praktischem Wissen auch starkes Gewicht auf erlerntes Wissen legen, welches einige der Begutachteten aus der Lebensgeschichte heraus gar nicht erlangen konnten. Durch verstärkte Betrachtung der „Lebensbewährung“ kommt es teilweise zu Aussagen, die missachtend diesen Frauen gegenüber erscheinen und ihrer aus der Lebensgeschichte entsprungenen Situation – zumindest aus heutiger Sicht - nicht gerecht werden. Ganz anders die relativ kleine Gruppe der manisch-depressiven Patientinnen, in deren Gutachten die Ideen der „Tübinger Schule“ mit der psychogenen Krankheitsentstehung und mehrdimensionalen Diagnostik zum Ausdruck kommt. Ebenso ist die Gruppe der gehörgeschädigten Frauen eine Ausnahme, in deren Begutachtung besonders viel Hilfestellung gegeben wird.

Zur Gutachtenerstellung werden oftmals Informationen nicht medizinischer Amtspersonen (wie Lehrer, Pfarrer, Fürsorgerinnen, Bürgermeister) eingeholt. Außerdem ist die Schweigepflicht der ÄrztInnen aufgehoben, was zur Zusammenarbeit von Institutionen führt, die primär keine Verbindung miteinander haben. Diese Amtspersonen erscheinen dabei sehr aussagewillig, was ethisch nicht unproblematisch ist. Es führt zum Beispiel dazu, dass Repräsentanten bestimmter Berufsgruppen Aussagen über Dinge machen, die sie – angesichts ihrer Ausbildung – eigentlich nicht einschätzen können (zum Beispiel ein Pfarrer darüber, ob eine Frau eine GVeN Erkrankung hat). Gleichzeitig entsteht auf diesem Wege eine Situation der permanenten gegenseitigen Überwachung und des Verlustes professioneller Vertrauenspersonen (ÄrztInnen, PfarrerInnen, etc), an die man sich mit bestimmten Problemen wenden kann.

Bei den GutachterInnen handelt es sich um die AssistenzärztInnen und Oberärzte der Klinik; die Klinikdirektoren selbst verfassen im Jahr 1936 keine Gutachten. Eventuell aus diesem Grunde lassen sich auch in der Begutachtungspraxis keine größeren Unterschiede feststellen, obwohl ein Wechsel im Amt des Direktors stattfindet. Insgesamt kann gesagt werden, dass sich der Großteil der Begutachtenden sehr bemüht, die ‚richtige‘ und in ihren Augen ‚gerechte‘ Diagnose zu finden. Die Prämissen des GVeN werden von ihnen dabei in ihrem Ausmaß und den daraus folgenden Konsequenzen angenommen, und sie versuchen, anhand der Diagnosekriterien der verschiedenen Er-

krankungen korrekte Aussagen im individuellen Fall zu machen. Schwierigkeiten entstehen für sie, wenn die Diagnose unklar ist. In diesen Fällen geben sie teilweise die Entscheidung an das EGG weiter, teilweise suchen sie über Heiratsverbote oder Angaben über die „Reproduktionswahrscheinlichkeit“ nach Ausweichmöglichkeiten zu einer definitiven Diagnosestellung. Darin kommt ihre Angst vor Fehldiagnosen und der damit vermeintlichen Schädigung der Volksgemeinschaft - die für die GutachterInnen im Durchschnitt vor dem Individuum zu stehen scheint - zum Ausdruck.

Die Nervenlinik Tübingen ist auf mehreren Ebenen in die Durchführung des GVeN einbezogen. Dazu gehört zum einen ab dem 2. Februar 1934 das systematische Auflisten von PatientInnen, die eventuell unter da GVeN fallen (Buch der „Sterilisierungen“) und das damit verbundene Anzeigenstellen. Durch die Anzeigepflicht wird nicht nur das Arzt- Patienten Verhältnis nachhaltig gestört, sondern auch die Rolle der Klinik als „Gesundheitsüberwacherin“ eingeführt. Außerdem ist die Klinikleitung dazu berechtigt, Anträge zur Unfruchtbarmachung zu stellen, was besonders bei den wegen Krankheit stationären PatientInnen zur Wirkung kommt. Hierbei zeugen die Krankenakten von reger Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachkliniken.

Den Betroffenen wird durch die Durchführung des Erbgesundheitsverfahrens während der vulnerablen Phase einer floriden, behandlungsbedürftigen Erkrankung nicht nur die Möglichkeit des Widerstandes genommen, es wird ihnen außerdem in einer Phase des Lebens massiv in ihren Körper eingegriffen, in der wir zu anderen Zeiten unseren PatientInnen empfehlen, wegen eingeschränkter Urteilsfähigkeit keine weitreichenden Entscheidungen zu fällen. Nicht zuletzt ist die Nervenlinik durch die Begutachtungspraxis in die Durchführung des GVeN einbezogen.

Die Phase der Begutachtung ist für die Betroffenen im langwierigen Erbgesundheitsverfahren ein belastendes Ereignis. Die Aussagen, die von den Betroffenen selbst in den Gutachten zur Sterilisation gemacht werden sind vor allem negativ. Viele Frauen haben Angst vor der Sterilisation und wollen diese nicht durchführen lassen. In anderen, vereinzelt Fällen wünschen sich die Frauen die Sterilisation zur Familienplanung, was nicht zugelassen wird. In nur wenigen Fällen gibt es Hinweise auf Klagen gegen den Beschluss des EGG. Informeller Protest ist in den bearbeiteten Dokumenten ansatzwei-

se beschrieben, der Sprung einer Betroffenen aus dem Fenster der Frauenklinik führt jedoch beispielsweise nicht zur Verhinderung der Sterilisationsoperation.

Das GVeN bezeichnet die Anwendung von Zwang als zulässig. Dies führt in den von mir bearbeiteten Fällen zur polizeilichen Vorführung einer Patientin sowie zu Beruhigungsmittelgabe an der Nervenklinik vor der Verlegung in die Frauenklinik zur Sterilisationsoperation.

Die durchgeführten Sterilisationen haben - neben der Kinderlosigkeit und Operation – auch rechtliche und soziale Konsequenzen; so dürfen sterilisierte Frauen nach dem damaligen Ehegesundheitsgesetz beispielsweise nicht heiraten.

Angesichts der Ergebnisse dieser und anderer Arbeiten zum Ausmaß und zur Praxis der Zwangssterilisationen während der Zeit des Nationalsozialismus ist es schockierend, dass es sich bei dieser Gruppe von Betroffenen bis heute um eine vergessene Gruppe von NS- Opfern handelt, deren Entschädigung niemals angemessen durchgeführt worden ist. Betroffenenverbände kämpfen immer noch um die Anerkennung unter dem BEG.

Ein Thema wie dieses hat auch in anderer Hinsicht mehr als nur eine historische Relevanz. Die Beurteilung der Begutachtungspraxis an der Universitäts-Nervenklinik in der Retrospektive wirft auch Fragen hinsichtlich heutiger Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft auf. So zum Beispiel für die aktuelle Bioethikdebatte über die Präimplantationsdiagnostik, also die genetische Untersuchung von außerhalb des Mutterleibs produzierten Embryos vor der Einpflanzung in den Mutterleib oder bezüglich der längst schon salonfähig gewordenen und gesellschaftlichen breit akzeptierten Pränataldiagnostik. Auch hier geht es um Wertentscheidungen und den Schutz (künftigen) Lebens. Dabei verändert sich langsam und schleichend das Verständnis der Medizin. Nicht das Heilen von Leiden, sondern das Verhindern von Leiden ist ein Wert der neuen Art von Prävention, der als Argument herangezogen wird. Auch dies bedeutet eine Veränderung im Arzt-Patienten-Verhältnis und bringt einen gesellschaftlichen Wertewandel mit sich, der in einigen Aspekten mit der damaligen Situation vergleichbar ist.

9. ANHANG

9.1 Die Fälle

Fall I (UAT 669/ 6063)

Frau A. B.

Gutachten

[...]

Vorgeschichte

1. *Familienanamnese: Der Vater leide viel an Kopfschmerzen. Die Mutter und 4 Geschwister (2 Brüder 2 Schwestern) seien gesund.*

2. *Eigene Anamnese: [...] Nach der Schulentlassung habe die B. 2 ½ Jahre lang im elterlichen Haushalt mitgeholfen (kleine Geschwister versorgt). Seitdem sei sie als Näherin in einer Trikotweberei tätig. Sie sei ihrer Aufgabe gewachsen, arbeite gern in der Fabrik. Habe ein gute Verhältnis zu ihren Arbeitskameradinnen. Seit 1927 bereits habe sie ein Verhältnis mit dem jetzigen Ehemann gehabt. Sie hätten so lange mit der Eheschliessung gewartet, weil sie zuvor ein eigenes Haus hätten haben wollen. Eheschliessung am 8. 6. 1936 . Die Ehe sei harmonisch. Die B. immer heiter und verträglich. Seit dem 20. Lebensjahr leide sie an Anfällen, die anfangs alle 7 Wochen, dann alle Vierteljahre, und schliesslich jährlich nur einmal aufgetreten seien. Der letzte Anfall sei vor einem Jahr gewesen. Bis auf 2 seien alle Anfälle während der Nacht aufgetreten und von Mutter und Schwester beobachtet worden.*

Untersuchungsbefund:

Kopf: nach links konvexe Gesichtsskoliose [...]

Neurologischer Befund

[...] Zunge weicht etwas nach rechts ab. Linker Mundwinkel steht in Ruhe etwas tiefer als rechts. Bei Innervation des Mundfacialis kein wesentlicher Unterschied.

Beine: Patellar- und Adduktorenreflex rechts grösser als links, lebhaft.

Achillessehnenreflex links grösser als rechts.

Psychischer Befund

Merkfähigkeit, Gedächtnis und Intelligenz bei orientierender Prüfung ohne wesentliche Störungen. Etwas langsam und schwerfällig; Stimmung bis auf infantile Heimwehreaktion kurz nach der Ankunft situationsgerecht. Gutartig und willig. [...]

Während des Klinikaufenthaltes kam weder spontan noch bei einem Provokationsversuch durch eine intravenöse Cardiazolinjektion ein Anfall zustande. Die Untersuchungen in der Augen- und Ohrenklinik und die Schädelleeraufnahme ergaben keinen krankhaften Befund.

Liquorbefund o.B.

Beurteilung

Da Anfälle in der Klinik nicht zur Beobachtung gelangten, kann aus eigener Anschauung kein Urteil über sie abgegeben werden. Die Beschreibung der Pat. und des Ehemannes ist jedoch so typisch, dass Zweifel an ihrer organischen Natur nicht berechtigt sind. Es handelt sich also lediglich darum, festzustellen, ob Gründe vorhanden sind, die

eine anlagemässige Bedingtheit der Krankheit in Frage stellen. Anamnestisch ist weder ein Schädeltrauma noch eine cerebrale Erkrankung zu ermitteln. Die bei der neurologischen Untersuchung zu Tage getretenen geringen neurologischen Anomalien werden bei zahlreichen genuinen Epileptikern, bei denen seit längern Jahren Anfälle auftreten, beobachtet. Auch die Liquoruntersuchung ergab keine solchen Abweichungen von der Norm, dass danach die Annahme einer gröberen cerebralen Schädigung als pathologisch anatomisches Substrat einer symptomatischen Epilepsie gerechtfertigt wäre.

Wir sind mithin der Ueberzeugung, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine erbliche Fallsucht vorliegt und folglich auch die Gefahr besteht, dass die B. die Anlage zu dieser Erkrankung auf evtl. Nachkommen vererben wird. Der § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist im vorliegenden Falle damit erfüllt.

Mit der B. und deren Ehemann wurde in oben vertretenen Sinne Rücksprache genommen, und sie erklärten sich mit der St. einverstanden.

Tübingen, den 5. 11. 1936[...] Dr. T.

Fall II (UAT 669/ 6647)

Frau H. F. 24 Jahre

Brief

Kostenverpflichtungsurkunde

In der Erbgesundheitsache der H. F. , geb.[...] verpflichtet sich des Amtsgericht Aalen, alle durch die Einweisung der F in die Universitätsnervenklinik entstehenden Kosten zu tragen,

Aalen, den 26. Februar 1936

Amtsgericht

Amtsgerichtsrat

Herzog

Brief:

An das Erbgesundheitsgericht Aalen. Tübingen den 4. Dez. 1935

In der Erbgesundheitsache der F. teilen wir ihnen mit, dass wir trotz eingehenden Studiums der Akten nicht im Stande sind, uns ein Urteil darüber zu bilden, ob bei F. eine Erbkrankheit vorliegt oder nicht [...]

Direktion Prof. Dr.

Brief:

[...] H. F., Tochter des Revierförsters [...]

Auf die Beschwerde der H. F. gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Aalen vom 30. April 1936, durch den die Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie auf Antrag des Staatl. Gesundheitsamt Aalen angeordnet worden ist, wird dieser Beschluss abgeändert und der Antrag auf Unfruchtbarmachung der H.F. a b g e l e h n t.

Gründe: Nach dem von der Universitäts- Nervenlinik Tübingen erstatteten eingehenden fachärztlichen Gutachten spricht zwar eine grössere Wahrscheinlichkeit dafür, dass es sich bei der geistigen Störung . an welcher die H.F. im Jahre 1932 im Anschluss an einen durchgemachten Parathyphus erkrankte, um eine (endogene) anlagemässig bedingte Geisteskrankheit handelte, die dem Formenkreis der Schizophrenie zuzurechnen

ist. Mit voller Sicherheit kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass die geistige Störung auf einer Infektionspsychose beruhte, also durch äussere Ursachen hervorgerufen war.

Das Beschwerdegericht hat deshalb in der Erwartung, dass die weitere Entwicklung der H.F. eine Klärung der Diagnose bringen könnte, die Entscheidung durch Beschluss vom 7. Juli 1936 auf 2 Jahre ausgesetzt.

Nachdem sich in dieser Zeit jedoch Umstände nicht ergeben haben, welche zur Stützung der Diagnose einer anlagemässig bedingten Geisteskrankheit dienen könnten, war der Antrag auf Unfruchtbarmachung abzulehnen, da eine Erbkrankheit ärztlich einwandfrei bei der H.F. nicht festgestellt werden kann

Dementsprechend war der angefochtene Beschluss auf die Beschwerde abzuändern.

Sollte ein später etwa eintretender neuer Krankheits Schub die Diagnose sicher stellen, so kann der Antrag nach §12 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes gestellt werden.

Gez, Dr. S., Dr. C.

Ausgefertigt.

Stuttgart, den 22. September 1938

Der Urkundsbeamte der Geschäftsstelle:

Justizinspektor

Stempel des Oberlandesgerichtes Stuttgart“

Krankenblatt:

9.3.36 Ihre Argumente, die sie gegen ihre Geisteskrankheit und gegen die Sterilisation vorbringt, sind so naiv und kindlich, ihre Einstellung gegenüber der Auffassung des Vaters in Sachen der Sterilisation so wenig [...] ⁷³⁰, dass man eine Urteilsschwäche annehmen muss.

Pat. ist affektilabil, lacht und weint fast im gleichen Augenblick, die Tränen rollen ihr gelegentlich über das lachende Gesicht. Ernstliche psychotische Veränderungen sind nicht festzustellen. Keine Halluzinationen, keine Wahnvorstellungen.

16.3.36 Vorstellung Oberarzt Dr. E.

[...] Sie wolle ins Ausland gehen, weil man in Deutl. Sterilisiert würde, sie wolle dem Dr. B. zeigen, dass die Gebete der Gerechten doch erhört würden. Er solle auch für die Kranken beten, dass sie durch Gebet wieder gesund würden. Es wird eine deutliche Affektschädigung festgestellt.

20.3.36 Gibt heute an, sie habe wenige Male Angst gehabt, dass sie doch sterilisiert würde, ich denke immer, dass meine Mitmenschen mir da leid täten, die das Urteil fällen, weil sie es verantworten müssen: Bietet sonst nichts neues, fängt immer wieder von der Sterilisation an. Sie liesse das nicht mit sich machen.

⁷³⁰ nicht lesbar im Dokument

Gutachten:

Fachärztliches Gutachten

Zu: XIII Nr.84/35 Dem Erbgesundheitsgericht beim Amtsgericht Aalen erstatt ich auf Ersuchen vom 26.2.1936 im Auftrage der Direktion der Univ. Nervenlinik Tübingen nachstehendes Gutachten über die ledige Haustochter H. F. aus [...] geb. [...], die zwecks Feststellung der Unfruchtbarmachung bei uns in Beobachtung stand.

Es soll die Frage entschieden werden, ob die Genannte an Schizophrenie leidet.

Das Gutachten stützt sich auf die Untersuchung und Beobachtung der F. in unserer Klinik in der Zeit vom 6.- 24. März 1936, auf die Kenntnis der Akten des Erbgesundheitsgerichtes, der Krankengeschichte der Heilanstalt Göppingen, eines Berichtes des Herrn Dr. S. – Aalen, sowie auf eine persönliche Besprechung mit Herr Med. Rat Dr. M, Crailsheim über diesen Fall.

Ueber die Vorgeschichte und Erkrankung machten die Patientin selbst und ihre Eltern,⁷³¹ die bei der Aufnahme mitkamen, folgende Angaben: Von erblicher Belastung mit Geisteskrankheiten sei weder väterlicher- noch mütterlicherseits in der Familie etwas bekannt. Der Vater sei geistig durchaus gesund, die Mutter habe nur einmal (1910) gelegentlich eines Familienzwistes eine starke Erregung gehabt, sei damals einige Wochen von Hause fortgeblieben. Die beiden Schwestern der Patientin seien körperlich und geistig gesund, mittelmässige Schülerinnen gewesen.

Patientin selbst sei als Kind zart und schwächlich gewesen, habe sich aber sonst normal entwickelt, sei in der Schule mitgekommen, habe ein frohes Gemüt gehabt. Nach Besuch der Real- und Frauenschule habe sie sich daheim im Haushalt betätigt und die Arbeiten zur Zufriedenheit erledigen können. Auftreten der Periode rechtzeitig, später im ganzen regelmässig. Schon im Schulalter sei sie immer feinfühlig gewesen, sich oft Sorge gemacht, es könnten andere durch ihre Bevorzugung zurückgesetzt werden. Habe alles etwas ernst und schwer genommen, bei Entschlüssen immer lange gekämpft, um sich ja für das Beste zu entscheiden.

Ausser einer leichten Grippe im Frühjahr 1932 keine ernstliche Krankheiten durchgemacht. Am 1. August 1932 habe sie eine Stelle im Haushalt antreten sollen, sei aber vom Vater zurückgehalten worden, warum ist nicht recht ersichtlich. Mitte August 1932 sei Patientin an Paratyphus erkrankt, der mittelschwer verlaufen sei und sie sieben Wochen ans Bett gefesselt habe. Nach Abklingen der Erkrankung habe sie sich recht schwach gefühlt, etwas ängstlich und einsilbig benommen. Etwa 2-3 Wochen später sei den Angehörigen eine psychische Veränderung aufgefallen. Das Mädchen habe behauptet, sie könne nicht mehr gehen, sie habe oft plötzlich zu zittern angefangen, untätig mit starrem Blick herumgesessen, dann wieder eine motorische Unruhe gezeigt, ihre Arbeit vernachlässigt, die Lieblingsbeschäftigungen Zeichnen und Klavierspielen, aufgegeben; wenn sie einmal zeichnete, habe sie in stereotyper Weise gleichartige Figuren immer wieder aneinander gereiht. Zunehmend schlechterer Schlaf. Der Zustand habe sich in der Folge dann verschlimmert. Patientin habe unsinnige Handlungen begangen, verwirrt gesprochen, geäussert sie habe keine Seele mehr, ein Stück Hirn fehle ihr, sie habe ihre eigenen Gedanken laut gehört, habe schwarze Vögel fliegen sehen. Nach einer vom Arzt gegebenen Spritze gemeint, es sei ihr damit die Unschuld geraubt worden. Während dieser Zeit von Dr. S. behandelt. Mit etwas ruhigeren Intervallen sei sie oft erregt, zeitweise gewalttätig und aggressiv gegen die Angehörigen geworden, so dass Anfang Februar 1933 eine Ueberführung in die Heilanstalt Göppingen notwendig ge-

⁷³¹ Im Original hervorgehoben

worden sei. Anfang Mai 1933 sei Patientin ungebessert aus der Anstalt nach Hause geholt worden; das Befinden sei damals schlechter gewesen als bei der Aufnahme. Sie habe damals gelegentlich mehrer Tage lang ohne Nachtruhe dauernd wirres Zeug geredet, oft Erregungszustände gehabt; von Med. Rat Dr. M. mit Spritzen Fiebertherapie und Wickeln behandelt worden. Ende 1934 habe sich der Zustand allmählich gebessert, und gegen Weihnachten 1934 habe sich die Patientin ganz geordnet benommen und seitdem sei sie vollkommen gesund.

Aus der Krankengeschichte der Heilanstalt Christophsbad, Göppingen, geht hervor, dass Frl. F. bei der Aufnahme sehr erregt war, in einem fort redete und schrie, örtlich desorientiert war und die Personen und Umgebung verkannte. Während des Aufenthaltes in der Anstalt hatte sie oft starke Erregungszustände, musste unter einem Netz schlafen, verweigerte zeitweise die Nahrung, so dass Sondenfütterung notwendig wurde. Im allgemeinen maniriertes Benehmen, Grimassieren; sie war ausserordentlich zerfahren im Denken, häufig stark abgesperrt, faselte viel, oft ganz verwirrt, mit Verknennung der Umwelt, deutliche Halluzinationen und oberflächlicher Affekt. Bei der Entlassung gegen Revers heftig erregt und verwirrt. Diagnose der Anstalt: „Schizophrenie (erster Schub)“.

Herr Dr. S., der die Patientin vor der Ueberführung nach Göppingen behandelte, teilt mit: Die paratyphöse Erkrankung habe die Patientin stark reduziert, und bald im Anschluss daran seien schwerste Krankheitserscheinungen mit Wahnvorstellung, Stupor, Negativismus, abwechselnd mit aggressiven Handlungen, Kleiderzerreißen und Kot-schmierern aufgetreten. In Konsilien mit Dr. H. und Dr. G. – Stuttgart, sei Frl. F. als schizophren begutachtet worden.

Herrn Med. Rat. Dr. M., der die Patientin nach der Entlassung aus der Anstalt Göppingen bis zum Abklingen der Psychose behandelte, erklärte gelegentlich einer mündlichen Besprechung des Falles, dass er, unbeschadet seines Standpunktes, den er gegenüber der medizinischen Bezeichnung Schizophrenie einnehme, in Anbetracht der durchgemachten Psychose bei der H.F. die Sterilisation für notwendig erachte. Diese Auffassung von der hier zu beurteilenden Geisteskrankheit tritt auch in dem Schreiben (Akten/12) deutlich hervor. Dr. M. spricht dort die Befürchtung aus, die Krankheit würde nach einer evtl. Entbindung wieder ausbrechen, Patientin würde dann nie mehr gesund werden, sondern müsse ihr Leben in einer Anstalt beschliessen.

Körperlicher Befund: Mittelgrosses, kräftiges, frisch aussehendes Mädchen in gutem Ernährungszustand. Normale Kopfform, Ohrläppchen beiderseits angewachsen. Gebiss defekt. Schilddrüse etwas vergrössert.

Thorax: symmetrisch in Ruhe und Bewegung. Lungen und Herz auskultatorisch und perkutatorisch o. B. Puls 76-80 i. d. M. regelmäßig, gut gefüllt. Blutdruck 130 / 70 (RR).

Bauchorgane o.B.

Neurologisch außer einer deutlichen Convergenschwäche der Bulbi keinerlei krankhafte Veränderung.

Psychischer Befund: Patientin macht im ganzen einen etwas infantilen, oft kindisch-albernen Eindruck. Bei den Explorationen sitzt sie mit lächelndem Gesicht dem Untersucher gegenüber, ist meist euphorisch gestimmt. Nur bei Erwähnung der Sterilisationsangelegenheit wird sie leicht depressiv, zeigt aber auch dann starke Ausschläge nach der hypomanischen Seite, lacht und weint fast im gleichen Augenblick, so dass ihr gelegentlich die Tränen über das lachende Gesicht rollen. Bei der Besprechung ihrer

Geisteskrankheit kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sie mit ihren Angaben nicht ganz ehrlich ist. Sie weiss z. B. ganz genau, was während der Anstaltszeit in Göppingen mit ihr gemacht worden ist, will sich aber an ihre eigenen psychotischen Zustände nicht erinnern und nennt die Aufzeichnungen über ihr damaliges Verhalten Lügen und Verleumdung. In einer etwas naiven, kritiklosen Art sucht sie im Verlauf der Unterhaltung immer wieder ihre vermeintlichen Verdienste um die nationale Erhebung ins grelle Licht zu rücken, unverkennbar in der Absicht, den Untersucher dadurch zu beeinflussen. Auch darin zeigt sich eine gewisse Urteilsschwäche, das Frl. F. die den Tatsachen ganz widersprechende Meinungen hat, der Vater habe wohl gegen die Sterilisation nichts einzuwenden; aber sie sei doch grossjährig, sie lasse sich nicht sterilisieren. Sie habe ein gutes Zeichentalent, und man wolle doch im Dritten Reich, dass solche Fähigkeiten dem Volke erhalten blieben und weitergegeben würden. Daher wolle sie Gott bitten, dass er ihr einmal Nachkommen schenken möge. Obgleich die Patientin keinerlei Beziehungen zum Ausland hat, gibt sie an, sie wolle ins Ausland reisen, weil man in Deutschland sterilisiert würde. Im Verlauf der Beobachtung, insbesondere nach Auftreten der Periode zeigte sich immer deutlicher eine affektive Schädigung. Patientin befindet sich in einem hypomanischen Zustand, ist sehr lebhaft, lacht sehr viel ohne rechte Motivierung und zeigt im ganzen ein läppisch-albernes Benehmen, das von dem Verhalten eines gleichaltrigen gesunden Mädchens zweifellos erheblich absticht. Bei der letzten Exploration äussert Patientin, sie habe heute mehrmals Angst ausgestanden. Auf die Frage warum, gibt sie an, sie werde vielleicht doch sterilisiert, und sagt dann: „Ich denke immer, dass meine Mitmenschen mir da leid täten, die das Urteil fällen, weil sie es verantworten müssen.“ Spricht viel von Gott, zu dem sie bete und er das Gebet der Gerechten erhöre; deshalb könne sie gar nicht sterilisiert werden. Sie wolle es dem Untersucher zeigen, dass die Gebete der Gerechten doch erhört würden. Ähnliche Gedankengänge bringt Patientin in Variationen immer wieder vor. Intellektuell ist die F. nicht geschädigt. Psychotische Erscheinungen, Wahnideen und Halluzinationen, sind zweifellos nicht mehr vorhanden. Auch bestehen keine Defekte auf moralischem Gebiet. Patientin ist sehr zugänglich, fast überfreundlich, hilfsbereit und folgsam. Sie fügte sich während der ganzen Beobachtungszeit willig der Stationsordnung und gab zu keinen Klagen Anlass.

Beurteilung:

Es handelt sich um ein 23 jähriges Mädchen, das eine im wesentlichen normale Jugendentwicklung durchmachte, im August 1932 an einem mittelschweren Paratyphus erkrankte und bald nach Abklingen der Infektionskrankheit in eine schwere Geisteskrankheit verfiel. Daran, dass eine Geisteskrankheit tatsächlich bestanden und dass dieselbe sehr schwere und lange Zeit hindurch bestehende psychische Störungen gezeigt hat, kann nach den hier vorliegenden Akten kein Zweifel bestehen. Anders verhält es sich mit der Frage, ob die durchgemachte Psychose ursächlich durch die vorausgehende Infektionskrankheit bedingt war, oder ob es sich um eine sogenannte endogene, d. h. aus einer krankhaften Erbmasse heraus sich entwickelnde und höchstens durch die paratyphöse Infektion ausgelöste Geisteskrankheit handelt.

Das bei der F. in Erscheinung getretenen Zustandsbild mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Stupor, Negativismus, Erregungs- und Verwirrheitszuständen mit Affektschädigung und Denkstörung spricht zwar sehr für eine Erkrankung innerhalb des schizophrener Formenkreises, aber wir wissen aus der Erfahrung, dass alle diese Symptome gelegentlich auch bei eindeutigen Infektionspsychosen bzw. Erschöpfungspsychosen auftreten können. Für die Annahme einer Infektionspsychose könnte man die Tatsa-

che ins Feld führen, dass in der Familie keine Belastung mit Geisteskrankheiten zu erkennen ist. Andererseits wird aber in der Literatur immer wieder betont, dass bei der Differentialdiagnose zwischen einer symptomatischen und endogenen Geisteskrankheit letzten Endes nur der Verlauf der Erkrankung den Ausschlag geben kann. Abgesehen von ganz vereinzelt Ausnahmefällen klingen die exogenen, durch Infektion oder Erschöpfung bedingten Geistesstörungen mit dem Wegfall der ursächlichen Schädigung auch selbst innerhalb von Wochen oder höchstens Monaten ab; insbesondere tritt das schizophrenieähnliche Syndrom nach Ansicht massgebender Autoren dann zurück, wenn keine Bewusstseinsstörung mehr besteht. Verbleiben auch nach der Aufhellung noch krankhafte psychische Symptome, wie Denkstörung, Wahnerebnisse und Halluzinationen, so handelt es sich um den exogen gefärbten Beginn einer Schizophrenie, vielleicht um ihre Provokation durch eine Infektionskrankheit. Gehen wir mit diesen Erwägungen an unseren Fall heran, so ist zu sagen, das sowohl die lange Dauer der Geisteskrankheit (fast 2,5 Jahre) sowie das lange Bestehen des schizophrenen Syndroms ohne merkliche Bewusstseinsstörung sehr im Sinne einer endogenen Schizophrenie sprechen. Mit dieser Annahme würde auch der augenblickliche psychische Zustand der F. , wie er sich uns [...] darbot, übereinstimmen. Patientin weist zweifellos Defekte auf, wie sie nach einer durchgemachten schweren Schizophrenie immer wieder beobachtet werden; eine gewisse Urteilsschwäche und Affektschädigung und das daraus resultierende läppisch-alberne, etwas kindische Benehmen.

Dabei sind wir uns wohl bewusst, dass es ich nicht mit aller Sicherheit entscheiden lässt, inwieweit dieses auffällige Verhalten Charakter- und inwieweit krankheitsbedingt ist.

Wir kommen zu dem Schluss, dass die Differentialdiagnose zwischen Infektionspsychose und endogener Schizophrenie in diesem Fall zwar nicht ganz eindeutig zu klären ist, dass man aber mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen kann, es handelt sich bei der von der F. durchgemachten Geisteskrankheit um eine Schizophrenie.

Die Entscheidung, ob diese Wahrscheinlichkeit genügt, um die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu erfüllen, müssen wir, insbesondere angesichts der sonst negativen Familienanamnese, dem Urteil des Erbgesundheitsgericht überlassen.

Tübingen den 28. März 1936

Einverstanden, Direktion: i.V. Oberarzt Dr.

Dr. B.[...] Ass. Arzt.

Fall III (UAT 669/ 6674)

Frau O. H. 21 Jahre

Lebenslauf (Auszug)

„Meine Mutter war lange Zeit krank, ich war 10 Jahre alt als sie starb. Nach etwa 1 1/2“ Jahren bekam ich wieder eine Stiefmutter und ist sehr gut heute noch zu mir leider ist mein Vater an Darmkrebs erkrankt, und starb nach kurzer Zeit 28. Februar 1935. Auch der Tod meines Vaters ging mir sehr zu Herzen und kam mit den Nerven ganz herunter. Man befürchtete ich würde die gleiche Krankheit bekommen wie meine Mutter (Anfälle) und so kam ich jetzt nach Tübingen. Tübingen 18. Juli 1936 O. H.“

Gutachten

[...]Mutter in Zwiefalten gestorben [...] frühzeitig in fremde Erziehung und gibt an, dass sie aus dem Grunde eine sorgfältige Erziehung nicht genossen habe. In der Schule will sie angeblich gut mitgekommen sein. Sitzegeblieben sei sie nie. Nach der Schulzeit nahm sie Fabrikarbeit an, sie arbeite nun schon seit 6 Jahren in einer Uhrenfabrik, ihre Aufgabe bestehen darin, Uhrenbestandteile auszubalancieren. Diese Arbeit sei sehr anstrengend und es möge sein, dass sie dadurch etwas nervös geworden sei.

Sie gibt zu, dass sie ihrer jetzigen Stiefmutter gegenüber häufig ein sehr schlechtes Betragen gezeigt habe, sucht allerdings ihr Verhalten gegenüber den objektiven, später zu erwähnenden Angaben abzuschwächen. Einen stichhaltigen Grund kann sie für die vorgekommenen Erregungszustände nicht angeben, [...] allerdings habe sie in solch einem Zwang gestanden, dass ihr eine Selbstbeherrschung unmöglich gewesen sei. Wenn ein solcher Zustand abgeklungen sei, bereue sie es, aber trotz festen Vorsatzes gerate sie eben von Zeit zu Zeit immer wieder in einen derartigen Erregungszustand. Mit der Periode soll nach ihrer Ansicht diese Zustände nicht zusammenhängen. Irgendwelche Sinnestäuschungen, Verfolgungs- oder Beeinträchtigungsideen hat sie nicht. Zustände von Bewusstlosigkeit oder Krämpfe seien ihres Wissens bei ihr noch nicht beobachtet worden. Es könne sein, dass sie in frühester Kindheit die Gichtergelähmung gehabt habe. Engere Beziehungen zu anderen Mädchen, Arbeitskolleginnen bestehen nicht. Sie will ein festes Verhältnis mit einem jungen Mann haben. Ausser den schon erwähnten Ermüdungssymptomen und einer gewissen Reizbarkeit, die sie auf Überanstrengung zurückführt, fühlt sie sich wohl.

[Stiefmutter] ...Sie sei dauernd in einem leicht gereizten Zustand, der sich von Zeit zu Zeit in schwersten Erregungszuständen entlade, sie schimpfe dabei in den ordinärsten Ausdrücken, sei schon öfters aggressiv gegen sie geworden, zertrümmere Mobiliar und sei auf Zureden völlig unzugänglich. Nach aussen hin und in der Arbeit könne sie sich beherrschen. [...]

Sei lege ziemlich viel Wert auf ihre äussere Erscheinung, gehe gerne zu Veranstaltungen, lasse sich auch gern mit Männern ein. Auch die Mutter hat eigentliche Zustände von Geistesstörung bei ihr nicht beobachtet.

[...Onkel] :man müsse ihr jeden Willen lassen, sonst sei ein zusammenleben mit ihr kaum möglich. [...]

Die durch das Erbgesundheitsgericht erhobene Feststellungen können als Bestätigungen der Angaben der Mutter betrachtet werden, sie haben zwar ergeben, dass sie während der Arbeit und unter fremden Menschen nicht in der Weise auffällig ist wie es die Mutter schildert. Immerhin hat einer der Meister ebenfalls angegeben, dass sie Wider-

spruch nicht vertrage, ordinäre Ausdrücke gebrauche, leicht reizbar und aufbrausend sei. Gegen ihre Arbeitsleistungen schienen keine Bedenken zu bestehen.

Körperlicher Befund

Asthenisch aufgeschossenes Mädchen von relativ grazilem Körperbau.

Psychischer Befund

[...] Verhalten auf der Station durchaus korrekt. Es sind auch keine epileptischen Charakterveränderungen wie Klebrigkeit oder gar eine epileptische Demenz nachweisbar. Die Intelligenzprüfung ergab jedoch erhebliche Ausfälle. Sie beantwortete zwar die Orientierungsfragen im Grossen und Ganzen korrekt, das Schul und Erfahrungswissen ist jedoch äusserst kärglich. Als einige Proben seien folgende Antworten wiedergegeben: (Welche Staatsangehörigkeit?) „Schwenningen“. (Was versteht man unter Staatsangehörigkeit?) Keine Antwort. (Welche Länder gehören zu Deutschland?) „Berlin“. (Gehört Bayern zum deutschen Reich?) „Nein“ (Zu welchem Reich gehört dann Bayern?) Keine Antwort. (Hauptstadt der Bewegung?) Keine Antwort. (Wo liegt München?) Keine Antwort. (Sind sie in irgendeiner Organisation?) „Nein“ (Sind sie denn nicht in der Arbeiterfront?) „Ich bin nur so drin.“ (Wozu ist die Arbeiterfront da?) Keine Antwort. (Wie viele Tage hat das Jahr?) „163“. (Der Monat?) „12“. (Den wievielten haben wir heute?) „Den 18. Juli“. (Wieviel hat dann also der Monat?) „Etwa 30“. (Wieviel Tage hat die Woche?) „7“.

Auch bei den einfachen Rechenprüfungen, z. B. Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins, gibt sie überwiegend Fehlresultate, bei einfachen, eingekleideten Aufgaben versagt sie völlig. Ein völliges Versagen beobachtet man auch bei den rein begrifflichen Fragen, also den Unterschiedsfragen, bei den Erklärungen für moralische Begriffe, bei Sprichwörterklärungen. Die Assoziationsfähigkeit ist ebenfalls stark beschränkt. Auch die Gedächtnis- und Merkfähigkeitsprüfung ergaben ein mangelhaftes Resultat. Dass bei einer derartig geringen intellektuellen Basis die selbständige Urteilsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist, ist ohne weiteres klar.

Beurteilung.

Die Beobachtung und Untersuchung der Frl. H. hat ergeben, dass diese an einem erheblichen Schwachsinn leidet. Dieser Schwachsinn ist als angeboren zu betrachten. Weder aus der Vorgeschichte noch nach dem Befund ergibt sich ein Anhaltspunkt dafür, dass es sich um einen erworbenen Schwachsinn handelt. Wie häufig beobachtet werden kann, ist der intellektuelle Defekt noch mit anderen Anomalien der Persönlichkeit verbunden, insbesondere mit einer abnormen Reizbarkeit. Diese affektive Störung führt zu den beobachteten Erregungszuständen. Für einen schizophrenen Prozess hat die Untersuchung keinen Anhaltspunkt ergeben, Auch eine epileptische Erkrankung liegt nicht vor. Zweifellos ist aber die bei der Mutter der Patientin aufgetretene Erkrankung an Epilepsie, die eine Internierung in der Heilanstalt Zwiefalten notwendig machte, nicht ohne Bedeutung. In der Nachkommenschaft von Epileptikern wie auch von Schizophrenen werden sehr häufig geistige Anomalien beobachtet, ohne dass dieselbe Erkrankung, an der der Vorfahre litt, bei dem betreffenden Nachkommen manifest wird. Die Belastung mit krankhaften Erbmerkmalen äussert sich eben dann in der einer Minderwertigkeit der intellektuellen Fähigkeiten, in abnormen Charakteranlagen oder in beidem, wie dies im vorliegenden Falle zutrifft.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Frl. H. als Nachkomme einer mit einer schweren geistigen Störung behafteten Mutter geistige und seelische Anomalien aufweist, sie ist

mit angeborenen Schwachsinn behaftet, Für ihre ev. Nachkommen besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, ebenfalls erbkrank zu werden. Es trifft daher für Frl. H. das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu. Die Vornahme der Sterilisierung ist vom ärztlichen Standpunkt aus dringend zu befürworten.

Einverstanden auf Grund eigener Untersuchung und persönlicher Urteilsbildung

Direktion: Tübingen, den 27.7.1936

Professor Dr.

Dr. E.

Fall IV (UAT 669/ 6747)

Frau M. B:

Brief: an die Universitätsnervenklinik nach Aufenthalt in Nervenklinik

„Rottweil, den 5. April 37

Sehr geehrter Herr Oberarzt!

In einer dringenden Angelegenheit sehe ich mich veranlasst, mich an sie zu wenden Herr Oberarzt. Wie sie sich erinnern [...] so habe ich mich 3 Wochen vorigen Jahres bis 1. Dez. zur Begutachtung in der Klinik befunden. Infolge der Punktierung die dort vorgenommen worden ist, geht es mir jetzt gesundheitlich nicht mehr gut [...]. Ich bin deshalb gezwungen ihnen das mitzuteilen, denn ich kam gesund nach Tübingen. ich bekam einen Ausschlag im Gesicht und leide oft an Übelkeit., das ich früher nicht hatte und seit der ganzen Zeit hat sich mein Befinden zur Besserung nichts geändert und ich habe den Eindruck auch meine Eltern, dass eine Punktierung nicht notwendig gewesen wäre, da ich ganz gesund war. Ich werde die Sache dem Gericht übergeben, falls es nicht mehr besser wird. Betreffs meins Gesundheitszustandes erwarte ich Auskunft.

Mit Heil Hitler

M. B. Rottweil.“

Brief:

„Dr. med. W. M.; Bezirkskrankenhaus Tuttlingen

Sehr geehrter Herr Kollege!

Tuttlingen 2.9.1936

Zu dem beiliegenden Antrag auf Sterilisation noch folgendes.[...] Da meines Erachtens mit Erziehung nichts zu erreichen ist, das Mädchen sich selbst überlassen verwaht und sicher unter die Räder kommt, auch die Gefahr weiterer Diffamierung ihrer Familie und eine gewisse Gefährdung der Allgemeinheit durch ihr asoziales Verhalten besteht, halte ich die Sterilisierung, bezw. Unschädlichmachung des Mädchens durch Verbringung ins Arbeitshaus für dringend notwendig.

[...] Mit deutschem Gruss gez. Dr. M.[...].“

Gutachten:

Fachärztliches Gutachten

Thr/ Sch

Dem Erbgesundheitsgericht beim Amtsgericht Rottweil erstatten wir über die M. B.

aus R., geb. am [...] auf Verlangen folgendes fachärztliches Gutachten. Das Gutachten stützt sich auf die Kenntnis der Akten, auf die anamnesticen Angaben der B. und des Vaters der B. und auf eine längere Beobachtung und eingehende Untersuchung der B.

in der Klinik. [...] Es handelt sich um die Entscheidung der Frage, ob bei der B. ein angeborener Schwachsinn oder eine Schizophrenie vorliegt.

1. Aktenauszug:

A) Erbgesundheitsakten [...]

a) Strafregisterauszug [...]

b) Schulzeugnis[...]

c) Amtsärztliches Zeugnis, (Sterilisationsgutachten).[...]

Familienanamnestisch wird angegeben, dass die Mutter aufgeregt gewesen sei. Eine Schwester des Vaters sei in Rottenmünster gewesen [...arteriosklerotisches Irresein...]. Ein Bruder der Mutter habe eine Sohn gehabt, der Epileptiker gewesen sei.[..]. Strafen der B.: 3 Wochen Gefängnis wegen Diebstahls. In psychischer Beziehung wird sie geschildert als misstrauisch, ablehnend, reizbar. Schon als Kind sei sie schwer erziehbar gewesen. [...] Stimmung wechselnd: weinerlich, gereizt, laut auffahrend. Sensorium klar, sonst aber völlig einsichtslos.[...] Als Diagnose wird gestellt: Schweres asoziales Verhalten, entweder auf Grund eines Schwachsinn mit psychopathischen hysterischen Reaktionen, oder beginnende Schizophrenie. Fortpflanzung ist völlig unerwünscht.

d) Bericht von Dr. M., (Bezirkskrankenhaus Tuttlingen): Hierin wird die B. als schwachsinnige Psychopathin bezeichnet, die hemmungslos und unberechenbar sei, jedem plötzlichen Einfall nachgebe, von infantiler Denkungsart, vielfach frech, drohend und völlig ablehnend. Sei einem Jahrzehnt bereite sie den Angehörigen viele Sorgen. Habe in letzter Zeit eine Gefängnisstrafe von 3 Wochen wegen Diebstahls und Widerstand gegen Beamte verbüsst. Ihrer Aggressivität und der Gefahr der Verwahrlosung wegen empfiehlt Dr. M., „Unschädlichmachung durch Verbringung in ein Arbeitshaus.“

B) Strafakten: Berichte über den am 4.6.1936 begangenen Diebstahl (Wurst aus dem Eisschrank einer Wirtschaft in Schweningen gestohlen). Hergang wie von B. selber angegeben (siehe dort). Oberwachtmeister H macht über die B. bei seinem Bericht folgende Anmerkung: Sie erwecke den Eindruck eines verschlagenen, hinterlistigen, verbitterten Charakters. Ihr Wesen, Benehmen und Auftreten seien frech und herausfordernd. Allem Anschein nach sei sie arbeitsscheu und nicht an ein geordnetes Leben gewöhnt. Ihre Aussagen seien unbestimmt, meist unrichtig und unglaubhaft. 20 Mark Geldstrafe des obigen Diebstahles wegen.

2. Vorgeschichte

a) nach Angaben des Vaters.

Die Geburt sei normal gewesen. [...]In der Schule sei sie gut mitgekommen. Sei sogar „helle“ gewesen. Auch mit ihrem Betragen seien die Lehrer zufrieden gewesen. [...] doch seien sich Eltern und Geschwister darüber im klaren gewesen, dass die B. das Eigensinnigste unter den Geschwistern sei. Nach der Schulentlassung sei sie zu einer Frau N. in R. in Stellung gegangen. Dort sei sie drei Jahre lang beschäftigt gewesen. Die Herrschaft sei mit ihr zufrieden gewesen. Frau N. habe sich noch kürzlich nach der B. erkundigt, und sich gewundert, dass sie jetzt so heruntergekommen sei. Sie sei doch damals so fleissig und ordentlich gewesen. Der Vater entsinne sich jedoch noch, dass die B. damals (sie schlief zu Hause und ging allmorgendlich in die Stelle) jeden Tag beim Weggehen geweint habe. Warum wisse er nicht. Es sei wohl Eigensinn gewesen. Entlassen sei sie vor 3 Jahren geworden, weil die Herrschaft kein Mädchen habe beschäftigen können. Etwa in die gleiche Zeit falle der Tod der Mutter. Die B. sei dann auswärts in Stellung gewesen, in welchen Orten weiss der Vater nicht mehr genau. Er

gibt der Reihe nach ungefähr an: Baden- Baden., Darmstadt., München., Frankfurt.. [...] Auf ausdrückliches Befragen äussert er zu diesem Verhalten der Tochter jedoch, er sei nicht der Ansicht, dass eine grundsätzliche Wesensänderung eingetreten sei, sondern nur, dass es noch schlimmer mit ihr geworden sei als zuvor. Früher habe sie geheult, wenn man ihr etwas gesagt habe, Jetzt habe sie Wutanfälle bekommen. Wenn die B. daheim gewesen sei, habe sie niemals viel gearbeitet. Seit etwa 1/2 Jahr nun habe sie offenbar überhaupt nichts mehr getan, sondern sei immer umhergestrolcht. Schon vor 1 Jahr habe sie in Göppingen Mundraub begangen (Brötchen aus den an der Tür hängenden Säckchen entwendet). Der Landjäger von Göppingen [...] habe dies gemeldet.[...]

Beziehungen zu Männern habe sie nie gehabt. Ihr Hauptfehler sei, dass sie nicht schafften wolle. Die Familie sei der Ansicht, man bringe sie am besten in ein Arbeitshaus [...insgesamt 10 Kinder]

Der Vater selbst macht einen etwas kritiklosen, aber durchaus gutmütigen Eindruck. In seinen Aeusserungen bezüglich seiner Tochter ist er tolerant und mitfühlend. Auch zu Hause ist er sicher verträglich und nachgiebig, eher zu schwach und weichlich, als brutal wie ihn die B. zu schildern versucht. Er erweckt nicht den Eindruck, als sei er imstande, ein so tyrannisches Wesen an den Tag zu legen, dass sein Verhalten als Ursache des Benehmens der Tochter in Frage kommen dürfte.

b) Nach Angaben der B: Als Kind habe sie Masern gehabt, sonst sei sie früher immer gesund gewesen. In der Schule sei sie gut mitgekommen, mit der Mutter habe sie sich gut verstanden, weil diese „nicht grob“ gewesen sei. Der Vater sei schon immer so barsch gewesen, mit ihm habe sie sich nie verstanden.

Nach der Schulentlassung sei sie in Stellung gegangen. Zuerst sei sie 2 ½ Jahre bei einem Fabrikanten in Rottweil gewesen. Habe diese Stelle dann aufgegeben, weil sie wo anders hingewollt habe. Angeblich seien keine Schwierigkeiten vorhanden gewesen. Um die gleiche Zeit sei die Mutter gestorben. Ein Jahr später habe der Vater wieder geheiratet. Mit der Stiefmutter will die B. sich ganz gut vertragen. [...] Von dort sei sie nach Hause gegangen, habe aber bald (Ende April bereits) Streit mit dem Vater bekommen und sei weggegangen. Auf die Frage, was die Ursache des Streites gewesen sei, gibt sie an: Der Vater suche halt Streit. Von zu Hause aus ging sie auf Wanderschaft. Angeblich suchte sie nach einer Stellung, habe aber keine gefunden. Sie äußert bei dieser Gelegenheit, sie passe halt auch nicht zum Dienstmädchen. Diese Art der Arbeit liege ihr halt nicht. Sie habe schon immer in eine Geschäft oder auf ein Büro gehen wollen, doch habe der Vater ihr dieses verwehrt. Während ihres Streifens von Ort zu Ort beging sie dann im Laufe der nächsten Wochen mehrmals Diebstähle und zwar wie sie angibt und was auch glaubhaft erscheint, allemale Mundraub aus Hunger. Viel Geld habe sie nie bei sich gehabt, trotz sparsamster Lebensweise sei das Wenige bald aufgezehrt gewesen. Uebernachtet habe sie dann in Gartenhäusern und ihren Lebensunterhalt teils durch Dieberei bestritten.

[Berichte über die Diebstähle...] Sie habe sich deshalb für einige Zeit in das Altersheim in Rottweil. begeben, um eine Unterkunft zu haben. Auch hier habe sie eines abends, diesmal aus einer Küche Brot, Butter und Wurst entwendet. Sei damals zwar unentdeckt entkommen, jedoch am nächste Morgen beim Spazierengehen von der Polizei aufgegriffen und des begangenen Diebstahls überführt worden.[. ..] Sie sei sofort geständig gewesen, habe ein Zeitlang in Untersuchungshaft gesessen und sei dann mit 3 Wochen

Gefängnis bestraft worden. Das weitere schildert sie wie der Vater, berichtet dann noch, dass sie kurz nach der Rückkehr nach Hause beim Oberamtsarzt vorgeladen worden sei. Sei dort untersucht und geprüft und dann vors Erbgesundheitsgericht geladen worden. Dort sei sie aber nicht erschienen, sondern habe sich mit der Bitte um Hilfe an den Landgerichtsdirektor gewandt, bei dem sei zuletzt in Stellung gewesen sei. Von diesem habe sie jedoch erst nach dem angesetzten Termin den Bescheid erhalten, dass er nichts für sie tun kann. Danach sei sie in die Klinik einbestellt worden. Auf die Frage, warum sie auf den von uns festgesetzten Termin nicht erschienen sei, erklärt sie, sie habe damals Angst gehabt vor dem Eingesperrtwerden. [...]kam dann am 12.11. [drei Tage nach dem eig. Termin] um $\frac{3}{4}$ 7 Uhr hier an.

Untersuchungsbefund:

1. Körperstatus: Mittelgross, Mischtyp, guter Ernährungszustand, Gesichtshaut mit fleckförmigen braunen Pigmentationen bedeckt. Im ganzen macht Patientin aber einen recht ansprechenden Eindruck, besonders durch ihre auffallend hübschen blauen Augen. [Ausführlicher körperlicher Befund.....]

2. Neurologischer Status: [ausführlich...]

3. serologischer Befund:

Blut: Wassermannsche Reaktion negativ. Blutbild ohne krankhaften Befund.

Liquor: Wassermannsche Reaktion negativ.

Sonstiger Befund: geringe Abweichungen von der Norm, doch kein Anhalt für organische Gehirnerkrankung.

4. Psychischer Befund:

Meist abrupt, schnippisch, impertinent, anspruchsvoll. Will immer etwas anderes, als sie soll, z.B. nicht in einem Saal schlafen, keine Anstaltskleider tragen usw. dabei in der Verfolgung ihrer Wünsche wenig zielstrebig. Gibt schnell klein bei, wenn sie auf energischen Widerstand stösst. Ist zeitweise geradezu bestimmbar anschniegssam und mitteilungsbedürftig. Phantastisch in ihren Empfindungen und weltfremd in ihrem Denken. Gibt z.B. an, sie liebe sei ihrem 15. Lebensjahr einen gleichaltrigen Mann, der bis zum Jahr 1930 das Lehrerseminar in R. besucht habe. Seitdem habe sie nie mehr etwas über ihn erfahren. Auch zuvor habe sie nie in Beziehungen zu ihm gestanden. Nicht einmal mit ihm gesprochen. Glaube aber trotzdem, dass der Mann sie wiederliebe und sie eines Tages heiraten werde. In der Klinik war sie still und in sich gekehrt, hatte wenig Konnex mit den übrigen Patientinnen. Zu Streit kam es nicht, doch war dazu bei der Lagen der Dinge auch wenig Gelegenheit vorhanden. Arbeiten war ihr sichtlich zuwider. Sie tat nur wenig. Die Aussagen der B. wirken meistens unwahrhaftig. Auch nimmt sie bedenkenlos zurück, sobald sie ihr unhaltbar erscheinen. Dafür, wie für ihre sonstigen inkorrekten Handlungen hat sie fadenscheinige oder kindisch-einfältige oder impertinente Ausreden. Sie neigt zu Stimmungsschwankungen: weint bitterlich, lächelt kurz danach, begehrt dann wieder auf usw. – Grobe psychotische Symptome waren nicht festzustellen. Hauptmerkmale der Persönlichkeit : Haltlosigkeit, Affektinkohärenz, Reizbarkeit, Arbeitsscheu.

Beurteilung

Die B. wurde der Klinik überwiesen mit der Fragestellung, ob Schwachsinn oder Schizophrenie vorliege. Schwachsinn kann dem Ergebnis der Intelligenzprüfung nach mit

Sicherheit ausgeschlossen werden. Auch das Schulzeugnis weist durchaus ausreichende Leistungen auf. Der Angabe des Vaters nach ist sei in der Schule sogar „helle“ gewesen. Was die fragliche Schizophrenie anbetrifft, so ist eine floride Psychose ebenfalls zurzeit sicher nicht vorhanden. Ein grob psychotisches Verhalten konnte während des Klinikaufenthaltes nicht beobachtet werden. Halluzinationen, Veränderungsgefühle und paranoide Ideen wurden von der B. in glaubhafter Weise in Abrede gestellt. Auffallend im Wesen der B. war jedoch das Eckige, Abrupte und die Affektinkohärenz. Nimmt man dazu die in letzte Zeit entstanden Verwahrlosung, die völlige Ziellosigkeit ihres Handelns, während sie doch in jungen Jahren eine Stelle gutgetan hat, so entsteht der Verdacht, dass eine schleichend beginnenden Hebephrenie vorliegen könnte. Diese Diagnose kann aber nur vermutungsweise gestellt werden. Mit Sicherheit jedoch handelt es sich bei der B. um eine schwere, asoziale Psychopathin. Die Psychopathie ist nach Angaben des Vaters von Jugend an deutlich gewesen, während sich das asoziale Verhalten hauptsächlich erst in letzter Zeit bemerkbar machte. Dass Pat. in der ersten Stelle gutgetan hat, hängt wohl damit zusammen, dass sie damals noch im Schutz des Elternhauses und vor allem unter der Obhut der Mutter war. Seit deren Tod und seit dem Weggang aus dem Elternhaus hat sie es dann offenbar nie lange mehr in einer Stelle ausgehalten; jedenfalls infolge ihrer hochgradigen Arbeitsscheu, ihrer Unbeständigkeit und ihrer Reizbarkeit. Warum dieser Zustand jedoch in letzter Zeit eine derartige Verschlimmerung erfahren hat, dass die B. als erheblich asozial bezeichnet werden muss, ist aus ihrer ursprünglichen Veranlagung heraus nicht ohne weiteres erklärlich. Es liegt also nahe, an eine schleichende hebephrene Entwicklung zu denken, die vorerst nur Erscheinungen im Sinne einer asozialen Lebenshaltung macht. Eine sichere Entscheidung lässt sich im Augenblick nicht fällen. Wir müssen die Frage, ob es sich um eine asoziale Psychopathie oder um eine Hebephrenie handelt, offen lassen.

Jedoch, wie dem auch sei, wir teilen die Ansicht des den Sterilisationsantrag stellenden Amtsarztes, dass die Fortpflanzung der B. durchaus unerwünscht ist, denn es handelt sich bei ihr um einen Menschen, der auf der Basis schwerer Persönlichkeitsdefekte auseinander ist, sich als soziales Glied der menschlichen Gesellschaft einzugliedern.⁷³²

Nimmt man eine Hebephrenie an, so fällt die B. ohne weiteres unter das Sterilisationsgesetz. Nimmt man eine schwere Psychopathie an mit in der Hauptsache asozialen Neigungen, so fällt sie unter den Begriff des moralischen Schwachsinn, der nach der 2. Auflage der Ausführungsbestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Seit 125, Absatz 2, Anmerkung 2) ebenfalls sterilisierungspflichtig ist. Wir sind mithin der Ansicht, dass die Voraussetzungen zur Unfruchtbarmachung erfüllt sind.

Ausserdem halten wir die Unterbringung der B. in einer Anstalt oder in einem Arbeitshaus für angezeigt.

Tübingen, den 10.12.36

Einverstanden auf Grund eigenen Untersuchung und persönlicher Urteilsbildung

Direktion: Prof. Dr.

Dr. Tr.[...]

Fall V (UAT 669/ 6925)

Frau S.N. 28 Jahre

Brief des Erbgesundheitsgericht Balingen:

⁷³² Hervorhebung durch die Verfasserin

„Von amtsärztlicher Seite ist der Unfruchtbarmachung der SN. in E wegen Schwachsinn beantragt. Zur Beurteilung des Falles ist eine fachärztliche Beurteilung nötig, da die N., welche keineswegs den Eindruck einer dummen Person erweckt, die Dummheit offensichtlich nur vortäuscht, um die Unfruchtbarmachung zu erreichen, damit sie den Vater ihrer 2 älteren Kinder, der wegen Schwachsinn sterilisiert ist, heiraten kann [...]“

Gutachten

[...]Der Bräutigam wohne jetzt im selben Haus, sei sehr gutmütig und besorgt um sie und die Kinder und sei inzwischen, weil seine Mutter in einer Anstalt untergebracht sei wegen Anfällen, sterilisiert worden. Der Mann sei 2 mal vorbestraft wegen Diebstahl und Unterschlagung. Den Diebstahl habe er z.Zt. ihrer Stellenlosigkeit begangen, um ihre Not zu lindern. Sie selbst hänge sehr an dem Mann und werde entweder nur diesen oder überhaupt nicht heiraten.[...]

Beurteilung:

Frl. N. ist in der Schule nie sitzengeblieben und wurde mit einem Zeugnis, das ihre genügenden Durchschnittsleistungen bescheinigt, entlassen. Später hat sie in ihrer Tätigkeit als Spuhlerin in Akkordarbeit jeweils höhere Löhne erzielt als Kolleginnen mit gleicher Beschäftigungs-Art; vorausgesetzt, dass ihre eigenen Angaben stimmen. Jedenfalls hat sie sich selbst, z.T. auch die Grossmutter und die eigenen Kinder, mit ihrem eigenen Verdienst unterhalten können.

Die bei der Intelligenzprüfung durch den Oberamtsarzt und anfangs auch bei uns gebotenen Leistungen sind jetzt eindeutig als simuliert erwiesen. Grund ihrer Vorstellung war neben dem Wunsche, unfruchtbar gemacht zu werden, um ihren jetzigen Bräutigam heiraten zu können, auch eine primitive Trotzreaktion auf die Zurechtweisung von Seiten des Jugendamtes und die Anspielungen von dort auf ihre angeblich minderwertigen Nachkommen.

Wenn auch das Schulwissen hier und da Lücken aufweist, so sind doch gerade die höheren intellektuellen Funktionen (Urteilsfähigkeit, Begriffsbildung, Abstrahierungs- und Kombinationsvermögen) durchaus nicht mangelhaft entwickelt. In der Art und Weise, wie sie ein neues Problem ansasst, benimmt sich die Pat. nicht wie eine Schwachsinnige. Überhaupt ist der Gesamteindruck von ihr – und diese Feststellung stimmt mit der des Gerichtes überein – nicht der einer minderbegabten Person. Die Auffassung ist recht gut, in ihrem Urteil wägt sie ab, ist einsichtig für Bestimmungen des Gesetzes, verteidigt ihren Standpunkt in logischer Form und benimmt sich auf der Station durchaus vernünftig und geordnet.

Es ließe sich allerdings der Einwand machen, dass sie Vorgeschichte der N. (3 illegale Geburten von 2 verschiedenen Männern, Verlassen der Großmutter aus egozentrischen Motiven, und die Tatsache, dass sie sich an einen schwachsinnigen, sterilisierten und kriminellen Mann hängt) Beweis genug sei, für das Vorliegen grober charakterlicher Defekte. Der Einwand ist zum Teil berechtigt, es liegt zweifellos bei der Pat. eine starke sexuelle Triebhaftigkeit vor z. T. ist das Verhalten der N. aus der Situation heraus verständlich(s. Vorgeschichte). Trotz allem sind jedoch die Voraussetzungen des §1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht erfüllt, weil eine derartige moralische Entartung immerhin kombiniert sein muss mit einem fassbaren Grad an angeborenem Schwachsinn oder einem sonstigen geistigen oder körperlichen Defekt. Viel-

mehr liegen bei der Pat. daneben noch als positiv zu bewertende Charakterzüge vor, die- bei entsprechender Regelung der äußeren Lebenssituation, sich in durchaus sozialer Weise auswirken könnten.

Wir kommen also zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass ein angeb. Schwachsinn im Sinne des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht vorliegt und dass damit für eine Unfruchtbarmachung aus eugenischer Indikation die Voraussetzungen nicht bestehen.

Der evtl. abschlägige Beschluss des EGG hätte für die Pat. die Folge, dass sie ihren bereits sterilisierten Bräutigam, der zu gleicher Zeit Vater zweier ihrer Kinder und dem sie in großer Anhänglichkeit zugetan ist, nicht heiraten darf. Bei der ganzen Sachlage wäre die Erreichung der Heirat aus eugenischen und sozialen Gründen durchaus wünschenswert. Einmal würde dadurch bei der Pat. die Möglichkeit einer weiteren illegalen Nachkommenschaft wesentlich eingeschränkt, und z. anderen würden die beiden ältesten Kinder ihren rechtmäßigen Vater bekommen. Und schließlich würde die öffentliche Fürsorge, die bisher die Kosten f. d. Unterbringung der Kinder im Wesentlichen getragen hat, entlastet werden. Die Erlaubnis zur Heirat im vorliegenden Fall ist aber nur ausnahmsweise mit besondere Genehmigung des Führers bzw seines Stellvertreters zu erteilen.

Tübingen, den 25.11.1936

Einverstanden auf Grund eigenen Untersuchung und persönlicher Urteilsbildung:

Direktion Prof. Dr.

Dr. St.

Fall VI(UAT 669/ 6999)

Frau H.S. 27 Jahre

Gutachten:

Tübingen, den 19.3.36

[...]Am 17.2. 1936 stellte der Praktischer Arzt Dr. K. S. den Antrag auf Unfruchtbarmachung der H. S. wegen Schizophrenie und stützte sich dabei auf die Aussagen des Vaters und der Tante der Kranken, sowie des noch einzuholende Gutachten unserer Klinik. Am 25.2. d.J. fasste das Erbgesundheitsgericht den Beschluss, zur fachärztlichen Begutachtung der H.] S. in unsere Klinik einzuweisen.

Bei der Vorladung vor das Erbgesundheitsgericht Tuttlingen gaben der Vater F. S. und die Tante M. S. an, dass sie die Unfruchtbarmachung der H. S. wegen eines geistigen Erbleidens für notwendig hielten, weil diese durch ihr Verhalten im Laufe der Jahre aufgefallen sei. Im wesentlichen bestände es in unmotivierten Zornausbrüchen, verbunden mit gewalttätige Entladungen gegen Dinge und Menschen. Durch unvernünftiges Zureden sei in solchen Fällen nichts mit ihr zu machen. Im übrigen sei sie zu einem geordneten Lebenswandel nicht zu bringen. In den letzten Jahren habe sie ihre Arbeitsstellen mit auffallender Häufigkeit gewechselt. Sie sei sich ihres krankhaften Zustandes nicht bewusst, sie habe einen Bräutigam, von dem sie schwanger sei, das Verhältnis habe sie gelöst, weil sie überzeugt sei, dass sie nicht heiraten soll. [...]

Z.Zt. als seine Frau das dritte Kind, erwartet habe, sei sie tobsüchtig gewesen.

[...] In der Schule sei sie zweimal sitzen geblieben, weil sie wenig begabt gewesen sei und habe immer geistesabwesend in der Schulstunde dagesessen. Beim geringsten Anlass sei sie trotzig gewesen. In der Schule sei sie stets mit den verwahrlosten Kindern gegangen. Er schildert sie zusammenfassend als ein sehr schwer erziehbares, schlampiges, faules klatschsüchtiges brutales Menschenkind.

[...] Ausserdem soll sie „mannstoll“ sein. Jetzt habe sie ein Verhältnis mit einem Schreiner, von dem sie auch schwanger sein soll. Gegen den Willen des Vaters habe sie sich zu Weihnachten verlobt, auf sein Drängen hin aber wieder entlobt.

Er selbst sei seit einigen Jahren wieder verheiratet. Seine Tochter vertrage sich überhaupt nicht mit seiner zweiten Frau und habe dieser schon nach dem Leben getrachtet.

Frl. H. S. gab bei der Unterredung an, dass sie in ihrer Kindheit Scharlach und Rote Flecken gehabt habe. In der Schule sei sie mässig mitgekommen, aber nie sitzen geblieben. Das Rechnen sei ihr nur schwer gefallen. Mit 6 Jahren sei sie zur Schule gekommen und da ihr Vater mit ihr nach Abschluss der 7 jährigen Schulzeit nichts anfangen konnte, habe er sie noch ein Jahr länger, bis zum 14. Lebensjahr in der Schule gelassen. Als sei 6 Jahre alt war, sei ihre Mutter geisteskrank geworden und in die Heilanstalt nach S. gebracht. Bis zu ihrem 9. Lebensjahr sei sie von ihrer Grossmutter aufgezogen worden. Auf dringenden Wunsch ihres Vaters sei sie nach Hause zurückgekehrt. [...] Der Vater habe sich nicht um sie gekümmert, und sei abends oft ausgegangen. [...] Mit 16 ½ habe sie zum ersten Mal eine Stelle als Haustochter angenommen, dort sei sie 11 Monate gewesen und von ihrem Vater zurückgerufen worden, damit sie ihm den Haushalt führe. Sie habe damals einen Haushalt mit 4 Zimmern und 1 Küche zu führen gehabt, dabei noch nicht gewusst, wie man wirtschaftete, habe sehr vieles verkehrt gemacht [...] Mit ihrem Vater sei sie deshalb zu Konflikten gekommen, er wäre dabei sehr jähzornig gewesen und habe sie dabei wegen ihres Nichtkönnens und Nichtwissens geschlagen. Im Jahre 1928 habe sie ihr Vater in das Fürsorgeheim Oberensingen. gebracht und als sie dabei war, etwas zu lernen wieder nach Hause geholt. [...] Bisher habe sie als Hausangestellte und Fabrikarbeiterin gearbeitet, zuletzt bei Hohner in der Mundharmonikafabrik in Trossingen.

Im Allgemeinen sei sie ruhig und ernst und käme mit den Menschen gut aus, nur zeitweise geschehe es, das sie, wenn man irgendwelche Ungerechtigkeiten vorhalte, mit einer Heftigkeit reagiere, die sie hinterher selbst bereue, so dass sie freiwillig hinterher um Verzeihung bitten würde.

[...]

Mit Männern habe sie bisher zweimal Beziehungen gehabt, die eine habe nur kurz gedauert, mit dem letzten Freund sei sie zwei Jahre gegangen und habe sich Weihnachten verlobt. Von Seiten ihres Vaters und von Seiten ihrer Schwiegermutter wäre die Einwilligung zur Verlobung nicht gegeben worden, weil sie verschiedenen Glaubens gewesen seien und ausserdem wegen der Geisteskrankheit ihrer Mutter. Das hätte sie trotzdem nicht gehindert zu heiraten, wenn sie nicht erfahren hätte, dass ihr Bräutigam Beziehungen zu einer anderen Frau, die er früher geliebt habe, wieder aufgenommen habe. [...], so dass sie sich daraufhin entschlossen habe, diese Bindung zu lösen. Ausserdem habe ihr Vater gedroht, wenn sie das nicht tue, sie zu Tod zu schlagen. Von ihrem früheren Verlobten sei sie jetzt im dritten Monat schwanger. Das Kind, wenn sie es austragen müsse, wolle sie selbst behalten und auch dafür sorgen.

[...] In ihrer Jugend sei es vorgekommen, dass sie den Eindruck gehabt habe, hinter ihr stehe jemand und spreche mit ihr.

Körperlicher Befund [...]

Die gynäkologische Untersuchung in der hiesigen Frauenklinik ergab eine normale Gravidität im dritten Monat.

Bei der Untersuchung verhielt sich Frl. S.T ruhig und ernst. Bei ihren Erzählungen aus der Kindheit und ihrem Verhältnis zum Vater brach sie in Tränen aus. Der Affekt war dem Inhalt durchaus adäquat. Der Gedankenablauf war logisch und geordnet. Die Intelligenzprüfung ergab keinen Anhalt für Debilität.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik ordnet sich Frl. S.T. widerstandslos in das Stationsleben ein. Obwohl sie mehr für sich zurückgezogen lebte. Die ihr zugewiesenen Arbeiten verrichtete sie ohne Widerspruch und zur Zufriedenheit, im übrigen wurde sie durch nichts auffällig.

Beurteilung

Vergleicht man die Aussagen des Vaters mit den Aussagen der Tochter, so fällt auf, dass sich diese des Öfteren widersprechen. Die Behauptungen des Vaters, dass seine Tochter unbegabt und dumm sei, wird durch das Ergebnis der Intelligenzprüfung widerlegt, wobei sich ergab, dass die Patientin den Anforderungen an einen Durchschnittsmenschen genügt. Die anderen widersprechenden Angaben lassen sich nicht vollständig klären, aber im Allgemeinen kann gesagt werden, dass den Aussagen des Vaters keine allzugrosse Objektivität beigelegt werden kann. Sein Verhalten wird auch durch den Wunsch erklärt, dass seine Tochter kein uneheliches Kind bekomme und er sie deshalb gerne auf Grund von Geisteskrankheit sterilisieren lassen möchte.

Aus den Briefen einer früheren Dienstherrschaft der Frl. S.T., bei denen sie im Jahre 1932 war, geht hervor, dass sie es nicht zu genau mit der Wahrheit nimmt und zeitweise zu Wutausbrüchen neigt und mit der Umgebung sich schwer verträgt. Zur Beurteilung des jetzigen Geisteszustandes der Frl. S.T. ist das jetzige Zustandsbild ausschlaggebend. Bei diesen Untersuchungen zeigten sich keinerlei Anhaltspunkte für eine bestehende oder abgelaufene Geisteskrankheit. Die angegebenen Wutausbrüche bzw. Erregungszustände müssen auf eine psychopathische Veranlagung zurückgeführt werden. Ausserdem verstärkte eine unkluge Erziehung die in ihr ruhenden psychopathischen Züge. So entwickelte sie sich zu einem rücksichtslosen, zeitweise hemmungslosen und etwas gefühlskalten Menschen.

In der Tatsache, dass sie sich früher des öfteren mit sich selbst unterhalten habe, weil sie glaubte, es befände sich jemand hinter ihr, sehen wir kein eindeutiges Symptome für eine Geisteskrankheit, wir bewerten es nicht als Halluzination, sondern mehr im Sinne von Gedankenlautwerden, psychologisch wird es verständlicher, wenn man bedenkt, dass die Patientin damals meist sich selbst überlassen war.

Da es sich bei Fräulein S.T. um keine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes handelt, sondern um eine schizoide Psychopathie handelt, kommt Sterilisation für sie nicht in Frage.

Dr. Ri.

Einverstanden Direktion Professor Dr.

Fall VII (UAT 669/ 7033)

Frau G.R. 26 Jahre

Gutachten:

[...]

Beurteilung:

Da sie Feststellung der Frage, ob es sich im vorliegenden Falles tatsächlich und eindeutig um eine schizophrene Erkrankung der Patientin handelt, als ausserordentlich schwierig zu bezeichnen ist, so haben wir uns bemüht durch Untersuchung der Erblichkeitsverhältnisse etwas mehr Klarheit über das Wesen der Erkrankung unserer ehemaligen Patientin zu erhalten.

Es schien eine derartige Ermittlung umso mehr nötig, als der Gutachter die Kranke selbst nicht in Behandlung hatte, so dass er sich ausschliesslich auf die Angaben der in diesem Falle leider wenig ausführlichen Krankengeschichte und auch Erinnerungen des Direktors der Klinik soweit der Krankenschwestern stützen kann. Es mag in diesem Zusammenhang schon jetzt darauf hingewiesen werden, dass die Aeusserungen der Genannten sich dahingehend aussprachen, dass der Verlauf der Erkrankung atypisch gewesen sei, sodass man schon damals in der Sicherheit der Diagnose leise Zweifel hegen mochte, wenn auch der Verdacht, dass es sich um eine endogene Psychose, im Sinne des Gesetzes also um eine Erbkrankheit, handle, im Vordergrund stand, was dann auch die Stellung der Diagnose sowie die Anzeige an den Amtsarzt bedingte.

Letzten Endes wird man auch heute annehmen dürfen, dass es sich bei der Erkrankung der Patientin um eine Schizophrenie handelte. Mit unumstösslicher Sicherheit wird man diese Diagnose jedoch erst dann stellen können, wenn der weitere Verlauf, d.h. etwa ein zweiter Schub die Erkrankung von 1934/35 als erster Schub einer Schizophrenie nachträglich sicherstellen würde. Nach dem gegenwärtigen Stande ist man leider nicht in der Lage sich eindeutig für oder wider das Vorliegen einer Erbkrankheit auszusprechen, da verschiedene Gründe dafür angeführt werden können, dass es sich nicht um eine Schizophrenie sondern um eine Intoxikationspsychose handelte.

Zu den Umständen, die gegen eine Schizophrenie sprechen, lässt sich das Vorherrschen depressiver, andererseits auch katatoner Symptome – die allein niemals für eine Schizophrenie beweisend sein können – zählen.

Ein Zustandsbild, wie es bei der Patientin beobachtet wurde hat grosse Ähnlichkeit mit dem einer Intoxikationspsychose, das ebenfalls durch motorische Erregung, insbesondere durch das ängstliche Fortdrängen, Anklammern, unruhiges Umherlaufen, gekennzeichnet ist. Auch die ängstliche Grundstimmung mit Verkennungen, Fehldeutungen und leichter halluzinatorischer Verwirrtheit, mit amentuell – deliranten Zügen gehört zu dem Bilde, das uns von Intoxikationspsychosen her bekannt ist. Wenn man nun in Berücksichtigung sieht, dass die Patientin im Anschluss an eine Grippe mit einer ängstlichen Verstimmung erkrankte und dass die katatoniformen Symptome vorherrschten als sie infolge entzündlicher Prozesse unter Fieber litt, so wird man den Einwurf, dass es sich auch um Schizophrenie – ähnliche psychische Reaktionen auf toxische Einflüsse handelt, nicht mit absoluter Sicherheit abweisen können.

Wenn man also immerhin Zweifel an der Diagnose vorbringen kann, die sich auch in einer langwierigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung nicht restlos beseitigen lassen dürften, so wird man eine Klärung umso mehr durch Erforschung der hereditären Verhältnisse erhoffen. Wir haben zu diesem Zweck im Verlauf der letzten Monate eine Erbtafel aufgestellt, die nicht weniger als 400 Personen der Verwandtschaft der Patientin umfasst.⁷³³ Soweit das Ergebnis unserer Nachforschungen bis heute vorliegt, stammt die Patientin tatsächlich aus einer Familie, in der sich verhältnismässig sehr wenige Erbkrankheiten zeigen. Die einzigste Kranke, die sich auffinden ließ, ist eine Cousine 2. Grades (also ein Mädchen, das von 8 Urgrosseltern nur ein Urgrosseltern teil mit der

⁷³³ Hervorhebung durch die Verfasserin

Patientin gemeinsam. Im übrigen aber anderes Erbgut hat); diese litt vor 9 Jahren merkwürdigerweise ebenfalls an einer ungeklärten Psychose, die als akute Angstpsychose diagnostiziert wurde. Die ganze weitläufige übrige Verwandtschaft wird von den zuständigen Behörden als nicht erbkrank beurkundet. Das Ergebnis dieser Nachforschungen darf an sich nicht als ausschlaggebend verwertet werden, doch muss es unwillkürlich den Eindruck hervorrufen, dass sie Patientin nicht grade aus einer erblich belasteten Familie stammt.

Unter diesen Umständen dürfte es nicht verantwortlich sein an der Diagnose Schizophrenie mit Sicherheit festzuhalten, insbesondere auch darum nicht weil die Patientin auch heut keinerlei Merkmale aufweist, die davon zeugen, dass sie eine Schizophrenie durchgemacht hat. Weder die prämorbidie Persönlichkeit noch die postpsychotische Persönlichkeit zeigen schizoide Züge.

Bei dieser Sachlage glauben wir uns nicht berechtigt, den Antrag zu unterstützen. Wir wollen aber auch nicht verhehlen, dass wir eine baldige Eheschließung nicht befürworten können. Aus ärztlichen und psychologischen Gründen halten wir eine Ehe der Patientin für gefährdet und wir sind, nach dem die Patientin immerhin eine Psychose durchgemacht hat, nicht in der Lage nach dem gegenwärtigen Stand der erbwissenschaftlichen Kenntnisse und nach menschlichem Ermessen für eine gesunde Nachkommenschaft zu bürgen.

Wir haben aus diesem Grunde den Eltern geraten, von einer baldigen Heirat der Tochter abzusehen, bezw. sie nur dann eine Ehe eingehen zu lassen, wenn Gewähr dafür geboten ist, dass eine evtl. Nachkommenschaft äußerst beschränkt wird bezw, überhaupt nicht in Frage kommt.

Direktion i.V.

Oberarzt Dr.

Fall VIII (UAT 669/ 7040)

Frau E.S. 17 Jahre

Krankenblatt

Angaben der Mutter

Referentin habe 8 Kinder. Die Älteste M. 25 Jahre alt. Näherin von Beruf, hat 2 Kinder von ihrem Vater, das eine starb, wäre jetzt 9 Jahre alt, das eine Kind lebt, Mädchen, 8 Jahre [...] Ma.. 20 Jahre alt, ebenfalls Näherin, gut gelernt. 1 Kind 4 Jahre alt, ebenfalls vom Vater

Der Vater der Patientin, von Beruf Maler, sei vor dem Krieg ein ordentlicher Mann gewesen. Als er aus dem Felde zurückkam, habe er zu trinken angefangen und wiederholt Blutschande mit seinen Töchtern getrieben, dafür habe er wiederholt im Zuchthaus gesessen, erst 2 Jahre, und jetzt 4 Jahre und 4 Monate. Nächstes Jahr wieder aus dem Zuchthaus entlassen.

Gutachten

[...]

Wie aus den Akten hervorgeht, stellte der Amtsarzt den Antrag auf Unfruchtbarmachung der E. S. wegen angeborener Schwachsinn und stützte sich dabei auf die Aussagen es Bürgermeisters O. und auch das Schulzeugnis. Aus letzterem geht hervor, dass E. S. in der Schule nicht den Ansprüchen genügte. Im Brief vom 22. Oktober 1934 teilte

das Bürgermeisteramt O. der Oberamtsarztstelle mit, dass der Vater der S. wegen Blutschande zur Zeit sich im Zuchthaus befinde. Das Mädchen sei schwachsinnig veranlagt, sonst körperlich gut entwickelt. Auf Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes vom 4.2.1936 zur nervenärztlichen Beobachtung und Begutachtung in die hiesige Klinik eingewiesen.

Bei der Aufnahme gab die Mutter an, dass sie acht Kinder habe sieben Mädchen und einen Jungen. Die älteste, M., 25 Jahre alt, Näherin von Beruf, habe zwei Kinder von ihrem Vater. Das eine starb, wäre jetzt 9 Jahre alt, das andere, ein Mädchen, sei jetzt 8 Jahre alt. Der Zweitälteste, A., 24 Jahre alt, Maler von Beruf, sei verheiratet und habe 2 Kinder. In der Schule habe er schwer gelernt; kann komme R., 23 Jahre alt, Näherin, sei unauffällig und habe in der Schule gut gelernt. Desgleichen die 20-jährige Ma.. Diese habe ebenfalls von ihrem Vater ein Kind, das 4 Jahre alt ist. Die drei anderen Schwestern von E. S. sollen bisher unauffällig gewesen sein. Der Vater von E. S., der Maler gelernt hatte, sei vor dem Krieg ein ordentlicher Mann gewesen, als er aus dem Feld zurückgekommen sei, habe er zu Trinken angefangen und wiederholt Blutschande mit seinen Töchtern getrieben, dafür habe er wiederholt im Zuchthaus gesessen, erst 2 Jahre und jetzt 4 Jahre und 4 Monate. Nächstes Jahr würde er aus dem Zuchthaus entlassen werden. Die Referentin habe nie etwas davon gemerkt, dass ihr Mann so veranlagt sei. Er sei sonst sehr gut zu ihr gewesen und habe sie nie geschlagen. Sie selbst macht einen sehr beschränkten Eindruck.

Ueber ihr Tochter E. berichtet sie, dass sie als Kind bei der Geburt 12 ½ Pfund gewogen habe, die Geburt sei deshalb sehr schwer gewesen. Bei der Geburt habe man dem Kind die Hüfte ausgehakt; bisher sei sie nie krank gewesen. Als Kind sei sie unauffällig gewesen und habe in der Schule gerade noch mitkommen können. Seit ihrem 14. Lebensjahr bestreite ihre Tochter E. ihren Lebensunterhalt vollkommen selbst als Näherin. Sie sei sehr sparsam, arbeitsam und religiös, wolle nichts von den Männern wissen, seit der Entlassung aus der Schule sei sie im B.d.M..

E. S. vermag bei der Untersuchung nichts Neues über die Familie auszusagen, sie selbst fühle sich gesund und kräftig, könne ihre Arbeit schaffen und sie bisher noch nicht krank gewesen. Ihr Beruf mache ihr Spass, mit 2 ihrer Schwestern lebe sie zusammen, der ältesten Schwester habe sie ihr Geld für die Wirtschaft immer abgeliefert. In ihrer Freizeit beschäftigte sie mit Handarbeiten, ginge auch in den B.d.M. und regelmässig in die Kirche. Im Großen und ganzen habe sie keine besondere Neigung viel in Gesellschaft zu gehen. Mit Männern habe sie sich bisher noch nicht eingelassen.

Befund:

E. S. ist von kräftigem Körperbau und befindet sich in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Sie hat ein blühendes Aussehen, Der Gesichtsausdruck ist etwas stumpf und blöd. Der Mund steht offen. Der Kopf ist nirgends klopfempfindlich. Die Zähne sind kariös. Tonsillen nicht vergrössert. Dagegen ist die Schilddrüse leicht vergrössert.

Der Herzspitzenstoss liegt in der Medioclavikularlinie. Die Grenzen sind regelrecht, die Herztöne rein. Puls regelmäßig, gut gefüllt, 115 /70. Lungengrenzen gut verschieblich; lauter Klopfeschall und Bläschenatmen.

Der Leib ist weich; Milz- und Lebervergrösserungen sind nicht nachweisbar.

Die Untersuchung des Urin ergab 4% Zucker, nüchtern Blutzuckerwert 193 mg %

Am Nervensystem war kein krankhafter Befund zu erheben.

Bei der Untersuchung ist die Patientin völlig orientiert ruhig und ernst. In der Auffassung ist sie verlangsamt und schwerfällig. Bei der Intelligenzprüfung zeigt sich, dass sie

im Rechnen vollkommen versagt. Das Schulwissen ist ganz gering, im assoziativen Denken versagte sie vollkommen.

Beurteilung:

Wie aus der Vorgeschichte hervorgeht, stammt die E. S. aus einer degenerativen Familie und einem sozial denkbar schlechten Milieu. Sie selbst ist schwachsinnig, das erweisen die Schulzeugnisse und die jetzt vorgenommene Intelligenzprüfung. Da sie bisher keinerlei Krankheiten durchmachte, ist anzunehmen, dass der Schwachsinn bei ihr angeboren ist und es sich um eine degenerative Persönlichkeit handelt; der jugendliche Diabetes spricht gleichsinnig dafür. Danach kommt Sterilisation in Frage. Bevor sie operiert wird, ist jedoch Aufnahme in eine medizinische Klinik wegen der Zuckerkrankheit notwendig.

Tübingen, den 7. März 1936

Einverstanden Direktion Professor Dr.

Dr. Ri. Assistenzärztin

Fall IX (UAT 669/ 7099)

Frau P. S. 40 Jahre

Krankenblätter:

26.2.36 Hier noch kein Anfall aufgetreten, trotz Provozierung. [...] Drängt auf Entlassung, da sie zuhause sehr benötigt würde.

Vorstellung Prof. Gaupp.:

Bei dem Fehlen jeglicher erblicher Belastung, bei dem vorgerückten Alter, in dem der erste Anfall auftrat (37 Jahre), und bei den vorhandenen neurologischen Symptomen, insbesondere der Differenzen der A.S.R. und Armreflexe, ist eine symptomatische Epilepsie nicht aufzuschließen.

Falls eine eingehende Nachforschung von Seiten der Gesundheitsbehörde keine erbliche Belastung in der Familie auffinden kann, ist in diesem Fall die Frage der erblichen Fallsucht zu verneinen.

Gutachten:

[...]

Das Gutachten stützt sich auf die Untersuchung und Beobachtung der S. in unserer Klinik in der Zeit vom 21.2. bis 2.3. 1936 sowie auf die Kenntnis unserer poliklinischen Akten über die Genannte.

Frau S. suchte wegen ihres Leidens unsere poliklinische Sprechstunde erstmalig am 1.8.1935 und dann wieder am 3.12.1935 auf. In beiden Fällen wurde die Diagnose „Epilepsie“ gestellt und die Patientin dementsprechend beraten. Nach der zweiten Konsultation wurde vorsorglich Anzeige wegen erblicher Fallsucht beim zuständigen Oberamtsarzt erstattet.

Betreffes der Vorgeschichte ist zu bemerken, dass die in den poliklinischen Akten festgelegten anamnestischen Angaben sich vollkommen mit denen decken, die Patientin jetzt über Vorleben und Familie machte.

Die S. erschien ohne Begleitung zur Aufnahme und gab an: Der Vater sei mit 68 Jahren an Herschwäche gestorben, die Mutter lebe, sei 71 Jahre, gesund. Zwei Geschwister

seien gesund und verheiratet. Von Nerven- und Geisteskrankheiten, von Trunksucht und Migräne sei in ihrer ganzen Verwandtschaft nichts bekannt. Bettnässen, Nachtwandeln, unmotiviertes Fortlaufen oder sonstige Auffälligkeiten seien bei Kindern in der weiteren Familie ihres Wissens nie vorgekommen. Außer ihr habe kein Verwandter an Krämpfen zu leiden.

Sie selbst sei ohne ärztliche Hilfe geboren worden, habe sich gut entwickelt und keinen ernstlichen Kinderkrankheiten durchgemacht. [Schule ohne Probleme, Arbeit in der Landwirtschaft, Periode regelmäßig....]. Im Jahre 1923 habe sie geheiratet, 3 körperlich und geistig gesunde Kinder geboren, niemals eine Fehlgeburt gehabt. Bis zum Jahre 1933 sei sie vollkommen gesund und leistungsfähig gewesen. Von dieser Zeit ab habe sie kurzdauernde Schwächezustände mit leichtem Schwindelgefühl verspürt. In der Folgezeit seien diese Beschwerden in Abständen von zunächst mehreren Monaten, später aber allmählich häufiger aufgetreten. Im Sommer 1934 habe sie zum ersten Mal einen grösseren Anfall mit Bewusstseinsverlust gehabt, der mit einem Gefühl von Beklemmung und mit zuckenden Bewegungen im linken Fuss angefangen habe. Es sei ihr bei diesem Anfall noch möglich gewesen, nach einem Stützpunkt zu greifen, sei dann aber bewusstlos zusammengebrochen und habe nach den Angaben der Angehörigen ruhig gelegen. Aehnliche Anfälle seien von nun an mehrmals im Jahre aufgetreten, manchmal mit leichten Zuckungen der Glieder, vereinzelt mit Zungenbiss und Schaumaustritt aus dem Mund. Auch bei Nacht seien Anfälle gewesen. Nach den Anfällen habe sie sich immer müde gefühlt, aber nach kurzer Zeit ihre Beschäftigung wieder aufgenommen. Eine Erinnerung für die Zeit des Anfalles habe sie nicht. Seit Dezember v. Js. Habe sie keine großen Anfall mehr gehabt. Die erwähnten Schwächezustände träten etwas häufiger auf, seien aber in letzter Zeit seltener geworden als früher. Eine Abhängigkeit von der Periode, von Aufregungen oder äusseren Einflüssen könne sie nicht feststellen.- Venerische Infektion wird verneint.

Körperlicher Befund. [...]

Neurologischer Befund:

Leichte Pupillendifferenz, links weiter als rechts. Prompte Reaktion auf Licht und Convergence. Nystagmusartige Zuckungen beider Bulbi in horizontaler Endstellung. Zunge weicht beim Herausstrecken eine Spur nach rechts ab (inkonstant). Sonstige Gehirnnerven o.B. An den oberen Extremitäten: Reflexe rechst etwas lebhafter als links. Grobe Kraft und Tonus nicht verändert; keine Atrophien. Untere Bauchdeckenreflexe schwächer als oberer aber seitengleich. An den unteren Extremitäten: Patellarsehnenreflexe: vielleicht rechst etwas lebhafter als links (inkonstant). Achillessehnenreflex rechts positiv, links negativ. Keine pathologischen Reflexe, keine Kloni. Grobe Kraft, Tonus, Trophik zeigen keine Störungen. Keine Koordinationsstörungen. Romberg negativ. Gang regelrecht, auch bei geschlossenen Augen. Keine apraktischen Störungen. Stereognosie und Sensibilität intakt. Sprache schlecht artikuliert, leicht verwaschen. Nachsprechen von komplizierteren Worten macht Schwierigkeiten. - Lumbalpunktion ergab leicht erhöhten Liquordruck.

Ergebnisse der Laboratoriumsuntersuchungen

Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ. Eiweissreaktion im Liquor ganz schwach positiv, bei normaler Zellzahl. Goldsol- und Mastix- Reaktion: leichte unspezifische Linkszacke. Blutbild ergibt leichte Linksverschiebung. Senkungsgeschwindigkeit und Blutkörperchen normal. Urin: frei von pathologischen Bestandteilen.

Psychischer Befund:

Patientin benahm sich während der ganzen Beobachtungszeit durchaus situationsgerecht und geordnet und zeigte keinerlei psychische Veränderungen. Bei der Exploration gab sie klar und willig Auskunft über ihre Verhältnisse, wobei man allerdings den Eindruck hatte, als ob sie gerade bei der Schilderung ihrer Anfälle sehr zurückhaltend sei. Die Resultate einer orientierenden Intelligenzprüfung entsprachen dem Durchschnitt. Auffassungsvermögen, Gedächtnis, Merkfähigkeit waren gut. Affektiv war die Patientin ausgeglichen, gut ansprechbar. Im täglichen Umgang mit Kranken und Pflegepersonal war sie freundlich, verträglich und hilfsbereit und gab während der Beobachtungszeit nicht den geringsten Anlass zu Tadel. Ethische und moralische Defekte traten nicht in Erscheinung. Ein epileptischer Anfall trat weder spontan noch nach Provozierung auf.

Beurteilung:

Es handelt sich bei der P. S. um eine fast 40 jährige, erblich nicht belastete Frau, die eine durchaus normale Jugendentwicklung durchmachte, seit 1923 verheiratet ist, 3 gesunde Kinder geboren hat und als Hausfrau und Mutter den Anforderungen des Lebens in jeder Weise gerecht wurde. Bis vor 3 Jahren fühlte sie sich völlig gesund. 1933 traten mit jeweils mehrmonatigem Intervall Schwächezustände mit Schwindelgefühl auf; später nahmen diese Beschwerden an Häufigkeit zu, und im Sommer 1934 bekam die Patientin erstmalig einen Anfall mit Bewusstlosigkeit. Dieser sowie alle folgenden Anfälle, die wir nur aus der Anamnese kennen, tragen zweifellos epileptischen Charakter. Dafür sprechen insbesondere Aura, volle Bewusstlosigkeit, Zungenbiss, Schaumaustritt aus dem Mund, Amnesie für den Anfall, sowie die Tatsache, dass die Anfälle auch bei Nacht und ohne jeden äusseren Anlass ausbrechen. Die Frage jedoch, ob es sich hierbei um eine sogenannte genuine Epilepsie handelt, deren Ursache bekanntlich bis heute noch nicht eindeutig festgestellt wurde, oder ob eine „symptomatische Epilepsie“ vorliegt, die nur die Ausdrucksform irgendeines organischen Prozesses innerhalb der Schädelkapsel darstellt, kann auf den blossen Anfall hin nicht entschieden werden, da in beiden Fällen die auftretenden Anfälle weitgehende Übereinstimmung zeigen können. Für die weitere Klärung war hier unsere neurologische Untersuchung massgebend, die ein geringes Abweichen der Zunge nach rechts sowie eine geringe Differenz der Sehnenreflexe an Armen und Beinen (rechts etwas lebhafter als links) ergab. Der Achillessehnenreflex fehlte links, während er rechts deutlich auszulösen war. Dazu kommen ein leicht erhöhter Liquordruck und der schwach positive Ausfall der Eiweissreaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit bei normaler Zellzahl. Dieser Befund, obgleich nicht in allen Teilen konstant, spricht doch wohl mehr für einen organischen Prozess in der Schädelkapsel. Wenn es uns bei der Geringfügigkeit und teilweise Inkonstanz der beschriebenen Symptome trotz mehrfacher eingehender Untersuchungen auch nicht gelang die Art der Prozesse und dessen genauere Lokalisation festzustellen, so reichen diese pathologischen Abweichungen doch aus für die Annahme eines krankhaften Herdes im Schädelinneren, durch den die in Frage kommenden epileptischen Anfälle ursächlich bedingt und ausgelöst werden können. Ganz im Einklang mit diesen Überlegungen steht die Tatsache des Ausbruchs der Erkrankung im 37. Lebensjahre. Aus der Erfahrung wissen wir, dass die genuine Epilepsie in den weitaus meisten Fällen während der drei ersten Lebensjahrzehnte manifest wird. Erstmalige Anfälle einer genuine Epilepsie nach dem 30. Lebensjahr sind nach dem Urteil massgebender Autoren selten. Letztlich wird unsere Anschauung über diesen Fall noch erhärtet durch das Fehlen von erblicher Belastung in der Familie der Patientin. Zur Ausschliessung einer symptomatischen Epilepsie müsste in einem solch schwierigen Grenzfall, wie s dieser zweifellos ist,

das Vorkommen einer genuinen Epilepsie bzw. deren Aequivalente bei Vorfahren oder in Seitenlinien der Patientin nachgewiesen werden können.

Aus obigen Erwägungen heraus lehnen wir daher zur Zeit die Diagnose „erbliche Fallsucht“ ab.

Frau S. leidet nicht an einer Erbkrankheit; somit sind bei ihr die Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht gegeben.

Tübingen den 4. März 1936

Einverstanden

Direktion Professor Dr.

Dr. (B.) Assistenzarzt

Fall X (UAT 669/ 7553)

Frau T. R. 36 Jahre

Brief der Frauenklinik vom 11.12.36

„Die Pat. wurde uns am 7.12.36 vom Staatl. Gesundheitsamt Sigmaringen zur Sterilisation wegen Schizophrenie laut Beschluss des EgG Hechingen vom 10.11.36 überwiesen. [...] Am 10.12. hat sich Patientin auf einem Fluchtversuch mehrere Verletzungen zugezogen, so das wir sie wegen der Verletzungen zunächst in die chirurgische Klinik geschickt haben. Sobald die Verletzungen abgeheilt sind, bitten wir, uns Mitteilung zu machen, damit wir später die Sterilisation vornehmen können.“

Krankenakte:

10.12.36

Wurde sofort in die chirurgische Klinik verlegt, wo folgende Verletzungen festgestellt wurden: Re Radius Fraktur

Bruch des os navikulare Re

Fraktur des Fusse v. l.os intercarpale links

Schnittverletzung über dem linken Kniegelenk

Schürfwunden an beiden Beinen

(Kopf wurde nicht geröntgt)

11.12.36

Pat. erzählt heute mit weinerlicher Stimme von ihrer Tat: „Sie habe sich in letzter Zeit garnicht wohlgefühlt. [...] Wie man nun in der Frauenklinik die Leute aus ihrem Saal alle weggebracht hätte, um sie zu operieren, da habe sie sehr Angst bekommen und den Entschluss gefasst durchzugehen. Sie bedaure aber jetzt ausserordentlich zum Fenster hinausgesprungen zu sein, es sei nicht Recht von ihr gewesen, so etwas gemacht zu haben.“

19.1.37

Bringt mit weinerlicher, klagender Stimme ihre Beschwerden vor: Sie könne so nicht mehr weiterleben, sie könne sich vor keinem Menschen mehr sehen lassen. Durch die vielen Einläufe, die sie bekommen habe, sei sie nicht mehr recht im Kopf. Fängt an zu weinen und meint, das doch auch die Ärzte kein Recht hätten, sie umzubringen.

Brief der Frauenklinik vom 27.1.1937

„Bei T:R: ist die Durchführung einer gynäkolog. Untersuchung wegen Abwehr unmöglich. Wir werden vor der Durchführung der Sterilisation in Narkose die Untersuchung vornehmen.“

Krankenblatt

2.2.1937

Heute früh in der Frauenklinik unfruchtbar gemacht

20.2.1937

glatter postoperativer Verlauf. psychisch unverändert. lamentiert in einem fort.

Formatiert

Fall XI: (UAT 669/ 9298)

Frau B.R. 25 Jahre

Brief:

„Tübingen , den 9.April 1935

Liebe Eltern!

Seid bitte so gut u. kommt morgen mich abholen, denn bei mir ist das Heimweh nach Hause zu Euch lb. Eltern, es wird immer schlimmer bei mir, seid mal bitte so gut u. fragt nach was ich habe, die Krankheit oder was mir fehlt, u. was ich tun muss. Liebe Mutter wenn H. kommt soll Sie mir auch ein paar Schuhsenkel bringen oder meine schwarzen Schuhe gebt mir gleich Antwort wenn es geht lb. Eltern.

Es grüßt Euch eure B.“

9.2 Weitere Dokumente

Anzeige

(gemäß Artikel 3 Abs. 4 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 6. Dezember 1933 — Reichsgesetzbl. I. S. 1021)

Der¹⁾ — Die —

(Familienname)

(Vorname)

geboren am

in Kreis

berzeitiger Aufenthaltsort:

leidet an²⁾ — ist verdächtig zu leiden an — angeborenem Schwachsinn — Schizophrenie — jektus
lärem (manisch-depressivem) Irresein — erblicher Fallsucht — erblichem Weitsinn (Huntingtons
sche Chorea) — erblicher Blindheit — erblicher Taubheit — schwerer erblicher körperlicher
Missbildung — schwerem Alkoholismus —

Ort:, den 19

Straße:

Name:

Stand:

An

den Herrn³⁾

in

¹⁾ Das Richtzutreffende ist jeweils zu durchstreichen.

²⁾ Die Mitteilung ist dem für den Wohn- und Aufenthaltsort der vorbeschriebenen Person zuständigen Amtsarzt zu übersenden.

Antrag auf Unfruchtbarmachung

Auf Grund der §§ 1-3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (Reichsgesetzbl. S. 529) beantrage ich — meine/Unfruchtbarmachung/ —¹⁾

die Unfruchtbarmachung des/ — der —
zur Zeit wohnhaft in Schwenningen, ~~.....~~

Ich/ — My/ — Die — Genannte leide(t) an genuin-er. Epilepsie

Zur Glaubhaftmachung der vorstehenden Angaben beziehe ich mich — auf ^{des} ~~meine~~ anliegende(s) ärztliche — arztärztlich
— Gutachten // auf/ das Zeugnis des/ ~~vander~~ ~~.....~~ ~~.....~~ vom 18. Juli 1935.

Ort: Rottweil, den 19. Juli 1935.

*Neu für Antr. Epilepsie
Nr. 51/35*

Würt. Amtsgericht
19. JULI 1935
An **Rottweil a. N.**

Des Antragstellers

Name und Vorname ~~.....~~
Stand Medizinalrat
Wohnort Rottweil a. N.
Straße ~~.....~~

die Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts

in Rottweil.

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Ausfertigung.
XIII Nr 120/1936

Amtsgericht B a l i n g e r
als Erbgesundheitsgericht.
Beschluss vom 22. Oktober 1936.

Die am [redacted] in [redacted] geborene, in Balingen wohnhaft
ledige [redacted] wird zur ärztlichen Beobach-
tung bis zur Höchstdauer von 6 Wochen in die Universitäts-
nervenklinik in Tübingen eingewiesen.

Die Kosten der Unterbringung trägt die Staatskasse.

G r ü n d e .

Von ärztlicher Seite ist die Unfruchtbarmachung
der [redacted] in Balingen wegen Schwachsinn
beantragt. Zur Beurteilung des Falles ist eine fachärztliche
Begutachtung notwendig, da die [redacted], welche keineswegs
den Eindruck einer dummen Person erweckt, die Barmherzigkeit offen-
sichtlich nur vortäuscht, um die Unfruchtbarmachung zu errei-
chen, damit sie den Vater ihrer 2 älteren Kinder, der wegen
Schwachsinn sterilisiert ist, heiraten kann, weshalb die
Unterbringung der [redacted] in der Universitätsnerven-
klinik in Tübingen anzuordnen war.

Univ. Nervenklinik
26.10.1936
Tübingen
No. 2372

Kostenentscheidung gemäss § 13 des Erbgesundheitsgesetz

An die

Amtsgerichtsrat:

Medizinrat
Dr. [redacted]
als Amtsarzt

Dr. med.
[redacted]
als prakt. Arzt.

Universitätsnervenklinik
T ü b i n g e n



Ausgefertigt
Balingen, den 26. Oktober 1936
[redacted] stellv. des Amtsgerichts
[redacted] als Urkundsbehalter.

mit dem Ersuchen um Mitteilung,
wenn die Nonnenmacher dort auf-
genommen werden kann.
Balingen, den 26. Oktober 1936
A m t s g e r i c h t
Amtsgerichtsrat:

Staatliches Gesundheitsamt
Böblingen.

Böblingen, den 7.3.36

An Frau

z.Nd.ihres Pflegers:

in Eltingen

Einschreiben !

Das Erbgesundheitsgericht Böblingen hat in seiner Sitzung vom 4.2.36 beschlossen, gemäß § 1 Abs.2 Ziff. 1 und Abs.1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.Juli 1933 (Reichsgesetzblatt I, Seite 529) wegen

Schizophrenie

Ihre Unfruchtbarmachung als erbkrank anzuordnen.

Der Beschluß ist Ihnen am 10.2.36 zugestellt worden.

Nachdem von Ihnen binnen 14 Tagen gegen diesen Beschluß eine Beschwerde auf Grund des § 9 obigen Gesetzes nicht eingelegt wurde, ist dieser Beschluß mit Wirkung vom endgültig geworden. (Erbges.Reg.Nr. 2/36).

Nunmehr fordere ich Sie gemäß Art.6 der Verordnung vom 5.12.1933 (RGBl.I, S.1621) auf, den Eingriff binnen zwei Wochen vornehmen zu lassen. Die in Betracht kommenden Krankenanstalten sind umstehend verzeichnet. Ich verweise schon im Voraus darauf, daß der Eingriff auch gegen Ihren Willen vorgenommen werden kann.

Dieses Schreiben haben Sie dem leitenden Arzt der von Ihnen gewählten Krankenanstalt abzugeben Universitätsnervenklinik abzugeben .



Der Amtsarzt:

Medizinrat.

Universitätsarchiv Tübingen - Signatur: 569 / 7127

Amtsärztliches - Ärztliches¹⁾ - Gutachten

(gemäß § 4 Satz 2 des Gesetzes zur Befähigung erkrankter Kaufmänner vom 14. Juli 1933 - Reichsgesetzbl. I S. 529)

Name und Vorname: ~~.....~~
Beruf: Haustochter
Geboren am ~~.....~~ zu ~~.....~~ Kreis: Neuenburg
Religion: Evang.
Letzter Wohnort: ~~.....~~ Kreis: „
Straße: ~~.....~~
Anschrift der Eltern: do Kreis: „
Straße: ~~.....~~
Anschrift des Pflegers oder Vormunds: ~~.....~~ Kreis:
Bisexual Kinder? Totgeburten: Fehlgeburten:
Personenstand — ledig — verheiratet — verwitwet — geschieden —

I. Angaben über die näheren Familienangehörigen

Name des Ehegatten:
Wohnort: Kreis: Straße:
Ist der Ehegatte gesund?
Bisexual Kinder? Totgeburten: Fehlgeburten:

Name des Vaters: ~~.....~~, Bismarckmann und Landwirt,
Wohnort: ~~.....~~ Kreis: Straße: ~~.....~~
Name der Mutter: ~~.....~~
Wohnort: ~~.....~~ Kreis: Straße:
Waren die Eltern einverstanden? nichts bekannt.

¹⁾ Nichtanwendbar, ist jeweils zu durchstreichen.

Sind bei Vater oder Mutter die im § 1 Abs. 2, 3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses genannten Krankheiten oder Zustände¹⁾ beobachtet worden oder sind sonstige körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? Im einzelnen siehe nachfolgend unter 1 und 2.

Erläuterung: Es sind nachstehend nur diejenigen Personen anzuführen, bei denen die nachbezeichneten Krankheiten oder Abnormitäten vorgekommen sind. Es sind jedesmal der Verwandtschaftsgrad, Name und Vorname — bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Frauen auch deren Mädchennamen —, Geburtsort, Geburtsdatum — Tag, Monat, Jahr —, Konfession, Wohnort, Sterbeort, Sterbedatum anzugeben.

1. Sind in der Familie²⁾ die im § 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes genannten Krankheiten oder Zustände¹⁾ vorgekommen? (Welche und bei wem?)

Nichts bekannt.

2. Sind in der Familie²⁾ noch andere körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? (z. B. Gifttätigkeit, Selbstmorde, Selbstmordversuche, auffällige Charaktere, verbrochene oder asoziale Veranlagungen, Psychopathien, andere Geisteskrankheiten, Stoffwechselstörungen usw.) (Welche und bei wem?)

II. Eigene Vorgeschichte des E. (Angaben der Gemeindegemeinschaft)

1. Allgemeines

- Durchgemachte körperliche Krankheiten (Infektionskrankheiten, sonstige Allgemeinerkrankungen, Organkrankheiten, Unfälle usw.) einschli. Herden- und Geisteskrankheiten:
- Wie war die geistige Entwicklung des (der) E. (Schulleistungen bzw. -erfolge, Interesse an der Politik usw.)?
- Hat der (die) E. an Kämpfen gelitten? Welcher Art waren diese? Hat der (die) E. Krankheiten des Zentralnervensystems oder geistige Störungen durchgemacht? Welche? Wann?
- Angaben über das Sexualleben (bei Frauen außerdem über Regel- und Schwangerschaftsstörungen):
- Wie war die soziale Entwicklung des (der) E. (Berufsausbildung, Erfolge bzw. Mißerfolge im Berufsleben)?
- Ist der (die) E. mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen? Wann? Wodurch?
- Alkoholisismus, Mißbrauch von Rauschgiften:

Sein um jeder "schwer von Begriff", aber nicht ausgesprochen idiotisch. Patientin habe schon immer wenig gesprochen. Fremden immer aus den Augen gegangen, auf Anrede nie geantwortet, so dass ein prakt. Arzt einmal zu der Diagnose "Taubstummheit" gekommen sei. Mit 12 Jahren zum ersten Mal auffällig (bis dahin in der Schule, wenn auch schlecht, mitgekommen): Ließ im Hause unruhig und erklärte verfolgt zu werden. Diese Angelegenheit über mehrere Wochen an. Wenn jemand ins Zimmer kam, streckte sie immer ängstlich-abwehrend die Hände aus und sagte: "Gelt, Sie können nicht und helfen nicht?" Wegen ihrer Krankheit wurde sie frühzeitig aus der Schule entlassen. Half zuhause ordentlich mit, wenn sie auch manchmal Zeiten hatte, in denen sie weniger zugänglich war. Dann habe sie überhaupt nicht gesprochen, auch nicht gearbeitet; störrisches Verhalten. Des. zur Zeit der Periode immer aufgeregt umhergelaufen. — Jetzt wieder seit Anfang Dezember verändert: Notorisch unruhig, anfallend viel Gassenhauer gesungen, die zu im Takt getrampelt, zwischendurch angeblich rebell wie ein Tier. Vorüber-

2. Entwicklung des Leidens, das Anlaß zum Antrag auf Unfruchtbarmachung gibt (erhes Auftreten, Verlauf usw.):

¹⁾ Erbkrank (im folgenden abgekürzt: E.) im Sinne des Gesetzes II, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. Angeborenem Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. Zirkularem (manisch-depressivem) Irresein, 4. Geblähter Paralyse, 5. Erblichem Weistanz (Huntington'sche Chorea), 6. Erblicher Blindheit, 7. Erblicher Taubheit, 8. Schwere erblicher körperlicher Vererbung. Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholisismus leidet.

²⁾ Zur Familie gehören Eltern, Kinder, Geschwister, Halbgeschwister, Großeltern und sonstige Blutsverwandte.

3. Bei welchen Ärzten und in welchen Anstalten war der (die) E. in Behandlung? (Möglichst genaue Anschriften):
4. Können sonstige Personen über den (die) E. und seine Verwandten Auskunft geben? Welche? (Genauere Anschriften):

gehend Klagen über Kopfschmerzen. Nachts schlecht geschlafen, bes. kurz vor der Verbringung hierher. Viel im Zimmer unhergelaufen, mit den Füßen auf den Boden gestampft, durcheinander gelacht und gesungen, dazwischen an die Wand geschlagen. Stimmung gehoben. Da sehr unruhig, in unsere Klinik.

III. Befund

- I. Körperlicher Befund**
- a) Allgemeinzustand, Mißbildungen und Fehler des Knochenystems, Brustkorb, Wirbelsäule, Gliedmaßen und Allgemeinkrankheiten, Stoffwechselerkrankheiten, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Haut, Drüsen:
- Größe:
- Gewicht:
- Bei Frauen: Meneses:
- b) Organbefund (Lunge, Herz, sonstige Eingeweide, Geschlechtsorgane, Schilddrüse):
- Puls:
- Blutdruck:
- Einseitig:
- Harn:
- Zucker:
- c) Nervensystem:
- Hirneroen (auschl. Befunde am Auge und Ohr): Kopfschmerzen, Druckpunkte am Kopfe, Zunge, Gaumenreflex, Würgerreflex, Geruch, Geschmack.
- Reflexe:
- Vasomotor. Röthröten, mechan. Muskel-erregbarkeit, Radispertostreflex, Patellarreflex, Patellarclonus, Achillessehnenreflex, Dorsalflexion, Plantarreflex, Babinski, Oppenheim, Bauchreflexe, Cremasterreflex, Armbeugungen.
- Sensibilität:
- Berührungsempfindlichkeit, Lokalisation, Schmerzempfindlichkeit.
- Ataxie:
- Statischer Tremor, Händedruck, Zeltgenersch, Beinbewegungen, Gang, Romberg. Sonstige körperliche Zeichen einer Erkrankung des Z. N. S., Zungenblutnarben, Lähmungen, Tonus der Muskulatur, Speichelfluß, organische Sprachstörung usw., wenn nötig serologische Reaktion im Blut und Liquor.
- d) Augen:
- Bewegungen, Corneareflex, Pupillen, Augenhintergrund.
- e) Ohren:
- Spiegelbefund, Hörstärke, Gleichgewichtsorgan.

Laut Mitteilung von Dr. [redacted] Pforzheim, (dieser hat die Kranke im 1.12. 1933 untersucht) Pat. seit Anfang Dez. 1933 verändert (nach Angaben der Mutter) Schon lange Zeit vorher grimassiert, dann plötzlich ängstlich-unruhig geworden. Immer wieder gefragt: "Gelt Mama, sie kommen nicht?", ohne aber über den Inhalt dieser Befürchtungen etwas ausszusagen. Auch nachts ängstlich-unruhig. Oft herausgelacht, geäußert, elektrisiert zu werden. Pat. während der damaligen Untersuchung stark ablehnend, völlig unzugänglich. Damalige Diagnose: Schizophrenie. Um dieselbe Zeit herum offenbar auch in der Sprechstunde von Dr. med. [redacted] Pforzheim, der uns folgenden Mitteilung: Beschwerden: Angstzustände, Schlaflosigkeit. Pat. selbst gab während der Untersuchung auf Fragen kaum Antwort. Nicht unmotiviert, grimassierte. Kenntnisstand mangelhaft. Ausgesprochen psychotische Symptome nicht zu eruieren. Wie damals zu erfahren war, Pat. von den Mitschülern sehr verspottet, deshalb Befürwortung der Schulentlassung im 14. Lebensjahr. Diagnosen: Deбилität, Schizophrenie? Schließlich: Deбилität mit maniakalischen Zuständen.

B e f u n d .

1,62 m gross, 61 kg schwer.
 Hirn o.B.
 Cassermann'sche Reaktion im Blut neg.
 Lunge, grosse Gestalt. Sehr plumpe Extremitäten, männliche Stimme.
 Intern und neurologisch sonst o.B.

2. Psychiatrischer Befund

1. Allgemeines Verhalten:
Zugänglich, freundlich, nichttraurig, abnehmend.
 2. Stimmungs- und Affektlage:
Stumpf, gleichgültig, ängstlich, unruhig, ängstlich, müde, erschöpfte, heiser, abnorm, gering, seignel-zubringlich.
 3. Willenssphäre:
Hemmung, Spannung, Stupor, Katalepsie, Beschäutemacht, Negativismus, Autismus, Erregung, Befehlsabwehr, kapillare Handlungen, sinnlose Handlungen, Wiederholung, Fortlaufen, Manieren, Stareotypien, Sprachstörungen, Gehirnsphären.
 4. Bewußtseinslage:
Aufsässung, Befommenheit, Aufmerksamkeit, Bewußtlosigkeit, Wahn, Wogor, Gornpotenz, Bewußtseinsstörungen, Desorientiertheit, Bewußtlosigkeit, delirante Zustände, Dämmerzustände, Bewußtseinsminderung, Abfließen.
 5. Gedankenablauf:
Formale Störungen, Denkhemmung, Denkzerstückelung, gemachte Gedanken, Gedankensatzung, Ideenflucht, Jähwandel, Perseveration, Verwirrtheit, Stumpfheit, inhaltliche Störungen, Sinnlosigkeiten der verschiedenen Sinnesgebiete, Wahnideen (Wahnen, Kleinheits-, Verfolgungs-, Verfündigungs-wahn usw.), Zwangsvorstellungen (Phobien usw.).
 6. Sexuelle Perzeptionen:
 7. Zufälle:
Beginn, Häufigkeit, Dauer, motorisches Verhalten, Zungenstich, Erbrechen, Verletzungen im Anfall, Verhalten nach dem Anfall (Schlaf, Dämmerzustände usw.), petit mal.
- Bei Schwachsinnigen ist der Intelligenzprüfungsbogen auszufüllen (Anlage 6).

Grosses endogene Unruhe. Ueberhaupt nicht zu fixieren. Rennt stundenlang im Zimmer umher, klopft an die Wand, singt, pfeift, lacht. In ihren Aussäuerungen völlig inkohärent. Fast immer unverständlich. Kontakt zur Zeit völlig unmöglich.

Patientin ist nicht geschäftsfähig.

1. Diagnose:
2. Begründung:

Irregungszustand bei einer Schwachsinnigen.

Ort: Tübingen, den 3. Februar 1935.

Empfänger:
Hinterstanden:
Direktion:
Professor Dr.

Auf Wunsch der Angehörigen an das Irregungszustandsgesundheitsgericht Tübingen.
Um beschleunigte Behandlung gebeten.

Druckspiegel oder Stempel

Name: Dr.

Unterschrift: ~~.....~~
138. 1078111.

Direktion
der
Universitäts-Nervenlinik

Briefe und Wertsendungen werden an die
vorstehende Adresse, nicht an diejenige
des Direktors der Klinik erbeten

Fernsprech-Anschluss Nr. 2441 und 2442

325/73

Tübingen, 28. Nov. 1934.
Oslanderstr. 22

Lieber Herr Kollege Mayer !

Die Nachbehandlung der in Ihrer Klinik steri-
lisierten Geisteskranken macht mir nachgerade grossen Kummer.
Das Frä. ~~XXXXXX~~, ein junges schizophrenes Mädchen, das Sie
vor einigen Tagen durch Bauchschnitt laparotomiert haben und
das sofort wieder zu uns zurückverlegt wurde, befindet sich
seit her andauernd in einem solchen Zustande der Erregung und
hat so schwere Tendenzen, sich die Fünde aufzureissen, dass
wir sie direkt an Händen und Füssen festbinden müssen, um das
schlimmste Unheil zu vermeiden. Bei dem schwachsinnigen
Mädchen Frä. ~~XXXXXX~~ war es nicht anders. Ich sehe mit grosser
Sorge diesen Dingen entgegen, wenn das so weitergeht. Offen-
bar erkranken doch sehr viel Menschen in Reaktion auf den
operativen Eingriff mit starken Erregungszuständen und es ist
dann ein wahres Wunder, wenn sie mit dem Leben davonkommen.
Sie haben in Ihrer Arbeit seinerzeit geschrieben, dass Sie in
solchen Fällen künftig die Operation von der Vagina aus ma-
chen wollen, um den Kranken den Eingriff in den Fundverlauf
zu erschweren bzw. unmöglich zu machen. Ich ghebe in der
Tat, dass dies notwendig sein wird, auch wenn das technische
Vorgehen schwieriger sein sollte. Bei dem Konkurrenzrennen
um möglichst hohe Sterilisierungszahlen, das wir in Deutschland
unter den Aerzten jetzt beobachten, werden wir in kurzer Zeit
nicht bloss grosse Verluste, sondern auch eine so masslose Ver-

bitterung im Volke erzeugen, dass wir jedenfalls alles tun müssen, um Todesfälle und andere schwere Komplikationen möglichst zu vermeiden. Das Festbinden von frisch operierten Kranken, die keine Sekunde ruhig liegen bleiben, auch wenn sie eben erst operiert wurden, gehört zu den unerfreulichsten und auch auf die Dauer schwierigsten Behandlungsmethoden und wir kehren dabei in unserer Psychiatrie zu mittelalterlichen Zuständen zurück. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie sich überlegen wollten, ob wir nicht künftig ganz allgemein grundsätzlich bei allen psychisch Kranken, die sterilisiert werden sollen, die vaginale Methode anwenden wollten. Ich muss sonst einfach die Ausführung der Operation mit dem Hinweis darauf verweigern, dass die Nachbehandlung voraussichtlich Schwierigkeiten bereiten wird, die wir nicht sicher meistern können.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



29.XI.34.

Lieber Herr Kollege Gauppl

Ich kann Ihre Sorgen gut verstehen, und teile sie vollkommen. Gerade angesichts der von Ihnen geschilderten Situation kann ich Ihnen aber immer nur wieder erneut dafür danken, dass Sie uns bisher immer in so grosszügiger Weise entgegengekommen sind.

Ich bin mit Ihnen der Meinung, dass man unter Umständen die Durchführung des Eingriffs ablehnen muss wegen unübersehbaren, die primäre Wundheilung und damit unter Umständen das Leben oder durch auftreten postoperativer Hernien die Arbeitsfähigkeit der Kranken gefährdenden Nachwirkungen.

Dem Ministerium sind diese Dinge bekannt, denn ich bin schon im Sommer auf Grund unserer Unterredung eindringlich vorstellig geworden, und habe die Errichtung einer separaten und entsprechend ausgestatteten Sterilisierungsabteilung beantragt.

Kurz vor Semesterbeginn fand auch eine Besichtigung der Klinik statt, an der Oberregierungsrat Keller, Oberbaurat Daiber, der Rektor, Herr Oberregierungsrat [redacted] und Baurat [redacted] teilnahmen. Der Herr Dekan, den ich ausdrücklich auch gebeten hatte, war leider verhindert. Die Herren sahen die Unhaltbarkeit der Situation und die Durchschlagskraft meiner Argumente voll ein und versprachen mir auch, alles zu tun, um Abhilfe zu schaffen. Die praktische Durchführung dieses Versprechens stösst freilich auf die allergrössten Schwierigkeiten, denn innerhalb der Klinik, die sowieso längst viel zu klein ist, ist kein Raum zu schaffen. Die mir nach Auszug des Chirurgen zufallende zweite Hälfte unseres sowieso unzureichenden Isolierhauses bringt auch keine Abhilfe. So bleibt nur übrig Aufstockung oder Erweiterung der Klinik. Aber wo sollen die Mittel herkommen?

...IX.9.

Bei meiner Berufung nach Königsberg hatte Herr
Ministerialrat Dr. [redacted] die ihm dort schon vorgetragenen
Mängel als so berechtigt anerkannt, dass er mir sagte: "Wenn wir nur
das Geld hätten, dann würden wir eine ganz neue Frauenklinik bauen".

Nachdem Herr [redacted] in einer unserer letzten
Sitzungen kurz vor seinem Weggang gesagt hatte, man soll sich über-
legen, ob man die neue Chirurgische Klinik überhaupt eröffne, ven-
turierte ich den Gedanken, die Frauenklinik in diesen Neubau zu
verlegen und habe auch mit Herrn [redacted] ganz kurz darüber gesprochen.
Aber der Neubau war schon so weit chirurgisch bestimmt, dass da
nichts mehr zu ändern war, ganz abgesehen davon, dass Herr [redacted]
sich wahrscheinlich auch mit aller Macht dagegen gewehrt haben würde.

Auch bei der eben erwähnten Besichtigung habe ich die
Neubaufrage erwähnt. Ganz abgesehen davon, dass keine Mittel da
sind, hielt man mir entgegen, dass die jetzige Frauenklinik keine
andere Verwendung finden könne. Ich regte geschwäteweise an,
ob man eine Kaserne aus ihr machen solle, was mit guten Gründen
natürlich abgelehnt wurde. Auch der andere Gedanke, dass das etwa
zum Auszug vorgesehene Finanzamt in die Frauenklinik verlegt wird
und das Reich zu diesem Zweck die Frauenklinik kauft, ist wohl nicht
durchführbar.

Wenn aber nicht in Bälde irgend ein Ausweg gefunden
wird, dann ist es viel eicht gut, wenn wir beide zusammen nocheinmal
einen Vorstoß machen.

Mit besten Grüßen bin ich

Ihr

P.S. Bei Fräulein [redacted] hatte ich meinen Herrn gegenüber
die grössten Bedenken geäussert, die Kranke von Ihrer Klinik aus
zu operieren und gleich wieder zurückzuverlegen. Ich stellte sie
erst zurück, nachdem mir gesagt wurde, dass das so mit der Klinik ver-
einbart sei.

P.S. Mit Recht weisen Sie zum Schutz der Operationswunde auf die
vaginale Sterilisierung hin. Aber sie ist bei Nulliparen
technisch ausserordentlich schwer. Sicher wird man oft grosse pa-
rarektale Hilfschnitte brauchen, um den nötigen Zugang zu bekommen.
Diese Hilfschnitte setzen aber dann eine für die Kranken auch erreic-
bare Wunde an. Freilich ist hier die mangelhafte Heilung
nicht so lebensgefährlich wie an der Bauchdecke, aber sie enthält
dann die Gefahr des späteren Genitalprolapses und damit der Invali-
dismus. Eine ganz ideale Lösung ist also auch hier wohl nicht
erreichbar.

Krankenanstalten und Ärzte, denen die Untervachtarmachung überlassen werden darf.

Krankenanstalten		Ärzte
Ort	Bezeichnung	
Stuttgart	Städtische Frauenklinik	Dr. Pfeiffer
	Städtisches Krankenhaus in Bad Cannstatt	Beh. Sanitätsrat Dr. Grafe
Siberach	Roth Olga-Krankenhaus	Dr. Weisinger
	Bezirkskrankenhaus	Dr. Dörfler
Wiesentzen	Bezirkskrankenhaus	Dr. Schell
Uhlingen a. N.	Städtisches Krankenhaus	Dr. Wagner
Ulm	Städtisches heilig Geist Spital	Dr. Singer
Uppingen	Bezirkskrankenhaus	Dr. Pfeiffer
Ulmheim a. N.	Städtisches Krankenhaus	Dr. Bachlechner
Ulmberg	Bezirkskrankenhaus	Dr. Briem und Dr. Wogenau
Ulmberg	Städtisches Krankenhaus	Dr. Wölg
Ulmberg	Bezirkskrankenhaus	Dr. Kübler
Ulmberg	Bezirkskrankenhaus	Dr. Wölgmühl II
Ulmberg a. N.	Bezirkskrankenhaus	Dr. Martin
Ulmberg	Universitätsklinik	Professor Dr. Mayer
Ulmberg	Chirurgische Universitätsklinik	Professor Dr. Kirchner
Ulm	Städtisches Krankenhaus	Professor Dr. Heideich
Ulmberg	Bezirkskrankenhaus	Dr. Voelkmann
Ulmberg	Bezirkskrankenhaus	Dr. Gütle

Ulmberg, Ulmberg a. N. - Ulmberg - 1917/18
Regel. Ulmberg, Ulmberg a. N. - Ulmberg a. N. - Ulmberg a. N.

Intelligenzprüfungsbogen

1. Orientierung:

- (Wie heißen Sie?)
- (Was sind Sie?)
- (Wie alt sind Sie?)
- (Wo sind Sie zu Hause?)
- (Welches Jahr haben wir jetzt?)
- (Welchen Monat?)
- (Welches Datum?)
- (Welchen Wochentag?)
- (Wie lange sind Sie hier?)
- (In welchem Orte sind Sie hier?)
- (In welchem Hause sind Sie hier?)
- (Wer hat Sie hierher gebracht?)
- (Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?)
- (Wer bin ich?)

~~.....~~
 Haustochter.
 31 Jahre
 Calw.
 1935.
 Dezember
 4.
 Weiss ich nicht geschwind! Mittwoch.
 3/4 2 Uhr
 Hirsau.
 Sanatorium.
 allein
 weiss ich nicht, hab kein Interesse.
 innere Krankheiten.
 Herr Dr.

2. Schlusssätze:

- (Selbstort?)
- (Zu welchem Lande gehörig?)
- (Hauptstadt von Deutschland?)
- (Hauptstadt von Frankreich?)
- (Wer war Luther?)
- (Wer war Blumazki?)
- (Welche Staatsform haben wir jetzt?)
- (Wer hat Amerika entdeckt?)
- (Wann ist Belgien entstanden?)
- (Was bedeutet Belgien?)
- (Sonstige Fragen ähnlicher Natur).
- (Wann ist Wochentag? — vor- und rückwärts?)
- (Wann ist Monate? — vor- und rückwärts?)

Calw.
 Württemberg.
 Berlin.
 Paris
 Der Bibelübersetzer.
 da hab ich an anderen Sachen rumdenkt!
 -- Reichskanzler.
 In Politik bin ich nicht durch.
 Das weiss ich nicht, soweit denk ich
 nicht nach.
 25. Dezember! heiligen Ab. am 24.12.
 Ha, Christi Geburt, im deutschen Reich:
 1. Mai? Weiss ich nicht, ich muss mir
 andere Gedanken machen.
 7 - Mo. Di. usw. und umgekehrt.
 12. Jan. usw. und umgekehrt.

Rechner: das kann ich nicht gut.

(7×9)	63	$(51 - 18)$	39	$(17 + 32)$	49
(12×13)	156	$(82 - 19)$	43	$(23 + 45)$	68
$(10 : 2)$	5	$(x - 3 = 14) x$	17	$(x \times 9 = 63) x$	7
$(81 : 9)$?	$(x + 5 = 16) x$	11	$(x : 8 = 5) x$	weiss ich auch nicht grad geschwind.

800 RM zu 3% in 3 Jahren Zinsen? 12,4 mal 3 = 12 ??

6 Arbeiter brauchen zu einer Arbeit 3 1/2 Stunden: wie lange 3 Arbeiter?

hhm. 6 mal 3 = 18 und 1/2, die Hälfte davon.
,, 1 Mk. und 5 Pfennig.

Wenn 1 1/2 Pfund 15 Pfg. kosten, wieviel kosten 7 Pfund?

3. Allgemeines Lebenswissen:

(Wo geht die Sonne auf?)

Osten, im Westen geht sie unter, und der Mond an.

(Worum wird es Tag und Nacht?)

Weil der Mond nicht überall sein kann, die Sonne ist das eigentliche Licht. ?? das weiss ich auch nicht, weil es da mehr Leute gibt als wie auf dem Land

(Worum baut man Häuser in der Stadt höher als auf dem Lande?)

Alos kochen ist. - - Dann strudelt.

(Was versteht man unter dem Kochen des Wassers?)

Sonst hats keinen Zug.

(Worum darf man Feuer nicht abschließen, wenn es brennen soll?)

Dass sie ebbes lernen.

(Worum gehen die Kinder in die Schule?)

Ja, also - - ?? Wenn also Urkundenfälschung Verbrecher und Mörder und so.

(Wozu sind die Gerichte da?)

(Belohnung?) 1/2, Fuhrer u. Männen. eine MDR und 2 Mk.

Gewöhnlicher Brief, Württemberg und Umgebung. Nach Berlin, weiss ich nicht, hat noch nicht dahin geschrieben. Postkarte 6 Pfg.
Z. Salz: 12 und 14, Mehl 20 und 21 Pfg.

(Was kostet jetzt die Versicherung von Postjahren?)

(Preise von Lebensmitteln?)

Unterschied zwischen:

?? Ja, e Lüg ist ärger, bei der Lüg wird man mehr gestraft. Nicht das Gleiche - Lüg is wenn man die Leute anlügt. Schenken. Ich gehs schon her, wenn ichs wieder krieg. -- Geiz ist hungrig. Geiz ist nich ärger. Ich kan noch keinen braucht. Rechtsanwält ist nicht so schlimm. Das geht weit. Leiter stellt man ans Haus nah! Kan man leichter herunterfallen. -- Ja e Teich ist nicht so gross wie e Bach.

(Jertun - Rüge?)

(Borgen - Schenken?)

(Geld - Sparsamkeit?)

(Rechtsanwalt - Staatsanwalt?)

(Taspe - Selter?)

(Teich - Bach?)

4. Spezielle Fragen aus dem Beruf:

Sag aus drei Worten bilden:

(Jäger - Gefe - Feld)

Nun der Jäger schiesst den Hasen auf dem Feld. Der Soldat, der kumpft fürs Vaterland.

(Soldat - Krieg - Vaterland)

Im Frühling da wird die Wiese wieder grün und da gibts Blumen.

(Frühling - Wiese - Blumen)

In der Schule lerne ich für mein späteres Leben, dass ich eben weiter komm und so --

(Schule - Bildung - Leben)

5. Gesichtserzählung und Sprichwörterklärung:

- (Geschichte vom Salzkei o. ä.)
- (Hunger ist der beste Koch)
- (Hägen haben kurze Beine)
- (Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm)
- (Unrecht Gut gedeiht nicht)

Also, dass wenn ich Hunger hab und nichts zu essen. Ist besser als wenn ich zum Dr. gehe
 Da kommt man nicht weit, ist man bald im Gefängnis.
 Das kann ich gleich sage. Ich habe dasselbe Temperament, wie mein Vater.
 Wenn man Unrecht tut, das gedeiht nicht, dass sie es bald rausfinde, das nicht wahr ist und so.

6. Sittliche Allgemeinvorstellungen:

- (Warum lernt man?)
- (Warum und für wem (part. man?)
- (Weßhalb darf man auch sein eigenes Haus nicht anzünden?)
- (Was darf man mit gefundenen 5 -- 20 -- 500 RM. machen?)
- (Wie denken Sie sich Ihre Zukunft?)
- (Was würden Sie tun, wenn Sie das große Los gewinnen?)
- (Was ist Treue, Frömmigkeit, Eheerbleitung, Verschwiegenheit?)
- (Was ist das Gegenteil von Tapferkeit?)

Das man etwas kann fürs spätere Leben, dass man Kenntnisse hat davon.
 Dass man was hat, für sich selber und die Kd.
 Weil ich ins "uchthaus komm wegen Feuergefahr, wegen Brandstiftung.
 5 Mk. kan ich schon gefunden, kan ich angezeigt, wenn sich keiner meldet dann gehörts mir.
 In dem Jahr will ich noch heiraten.
 Ein leicht Haus nastellen lassen und eine Aussteuer, oder lebe gut.
 Treue, wenn man einander treu bleibt, wenn man einander gern hat. Dass muss man wissen, bevor man eine Ehe eingeht.
 Frömmigkeit, wenn man einen christlicher Sinn hat.
 --- träge! wenn ich nicht flink bin.

7. Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- (Nennen Sie die Zahl 1849)
- (Welche Geschichte habe ich Ihnen erzählt?)
- (Welche Zahl sollten Sie merken?)
- (Sprechen Sie noch und merken Sie folgende Worte: Haus - Tür, Hut - Kopf, Herz - Schmerz, Blei - Arzt)
- (Worüber haben wir uns unterhalten?)
- (Welche Zahl sollten Sie merken?)
- (Welche Worte sollten Sie merken?)

1849.
 ? mir? - Vom Esel? Ja vom Esel.
 ?? weiss ich nicht. 1849? Nein! So jetzt komm ich druff.
 Haus Tür Kopf Schmerz Blei.
 1849? das von dem Esel da!
 ?? --
 Haus Tür Kopf, Herz Schmerz Blei

8. Verhalten bei der Untersuchung:

- (Haltung, Augen, Mimik, Stimme, Aussprache, Wortfolge, Promptheit der Antwort, Zugänglichkeit, Anteilnahme an der Unterhaltung ufm.)

Weitschweifig und unklar in ihren dürftigen Antworten, die sie durch Erklärungen weiter auszugestalten sucht.
 Antwortet willig auf alle Fragen. Bemerkt erst nach einer Weile, dass man sie prüfen will. Wird etwas ungeduldig und glaubt ihre Ehe in Frage gestellt.
 Sucht sich zu entschuldigen, fragt oft nach. Will manches nicht recht v rstanden werden. plump vertraulich und di-

stanzlos, gähnt herabhaft

Evang. Pfarramt Weilheim-Neubreitungen
Kreis Tübingen

Weilheim, den 24. Nov. 1936

An
die Direktion der Nervenklinik

Tübingen

Betreff: Aeusserung über [redacted], geb. [redacted]

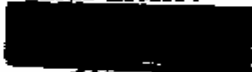
Seit

In der Familie und Verwandtschaft der [redacted] können bis jetzt keine Geisteskrankheiten festgestellt werden; auch über Selbstmorde ist nichts bekannt. Der Vater [redacted] war früher sehr stark mit der Trunksucht behaftet. Sämtliche Glieder der Familie sind aufgeregt und die Familienverhältnisse sind stark zerrüttet. Wenn Vererbung in Frage kommt, denn rührt sie wahrscheinlich von der Mutter Seite her. Sie ist ausserordentlich schmal gebaut und auch die Schädelform ist klein und schmal. Ihr Vater war [redacted] aus [redacted], der hier eines natürlichen Todes gestorben ist. Seine Linie kann ich leider nicht weiter zurückverfolgen.

Ueber den Verlauf der Krankheit bei [redacted] weist ich folgendes: Ende 1927 kam sie aus Amerika, wo sie in Dienst war, zurück und gebürdete sich sehr auffällig: sie war stark aufgeregt und redete verwirrt. Kleine Handarbeiten hat sie noch ganz hübsch gefertigt. Es ging die Rede, sie sei von einem Verlobten verlassen worden. Es mag etwa 5 Jahre her sein, da kam ein Vertreter eines elektrischen Heilapparates und untersuchte sie - wahrscheinlich an den Geschlechtsteilen. Da sei

die Kranke aufgefahren und habe ihn geküsst und geliebt.
Ich habe dafür gesorgt, dass der Karl sich nicht
mehr hier blicken liess. Schon 1928 hat die Kranke
das Bild geboten, das sie heute darstellt: Sie redet
mit niemanden, lacht immer wieder kurz auf, kann aber
wenn sie unfreundlich behandelt wird, Gesprächig behal-
ten. Gegenwärtig häkelt sie den ganzen Tag ein Stücklei
Garn von 1 m Länge, nach 5 oder 6 Maschen zieht sie das
Gehäkelt wieder auf und beginnt von neuem, und das
in eiliger Hast. Aus dem Hause entfernt sie sich kaum.
Zu weiteren Auskünften bin ich gerne bereit.

Heil Hitler!



Altmann

*Herrn
Krankenhaus
Tübingen*

An das
Staatl. Gesundheitsamt 14. 8. 1944
Heilbronn

Hu/Sch

Betrifft: [REDACTED]
wohnhaf Bad Friedrichshall-Kochendorf, [REDACTED]

In der Anlage übersenden wir dem Staatl. Gesundheitsamt ein an uns gerichtetes Schreiben, um dessen Rückgabe nach Kenntnisnahme wir bitten.

Wir erhielten von dem Obengenannten schon des öfteren Schreiben derartigen Stils.

Die in dem Brief genannte [REDACTED], geb. [REDACTED], ist seine Nichte, die bei ihm wohnt. Sie war in den Jahren 1936 und 1943 bei uns aufgenommen. Es handelte sich bei ihr um eine Schizophrenie.

Wir bitten, den [REDACTED] auf das Staatl. Gesundheitsamt kommen zu lassen zur Prüfung der Frage, ob bei ihm nicht eine Psychose vorliegt.

Heil Hitler!
Dr. Dr. (Huber)

Staatliches Gesundheitsamt Heilbronn

Nebenstelle Neuenstadt
Tagb. Nr. 1256.

Neuenstadt, den 21. August 1944.

An die Direktion
der Universitäts-Nervenlinik
Tübingen.

Betreff: [REDACTED] 8
wohnhaf Bad Friedrichshall-Kochendorf.

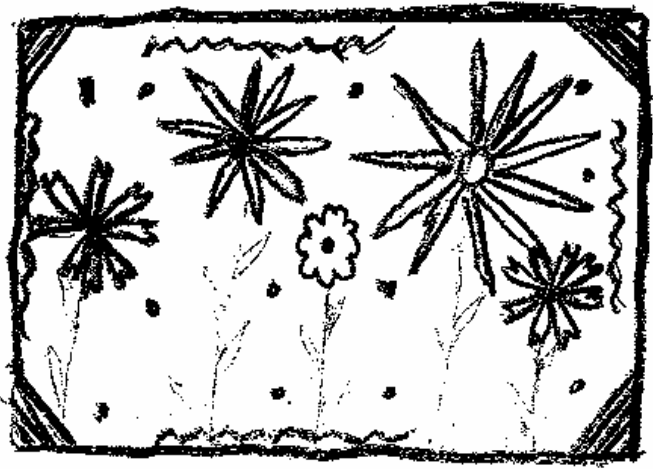
Hu/Sch.

Das Schreiben des [REDACTED], das in der Anlage nach Einsichtnahme und Abschrift für die Akten des Gesundheitsamts dankend zurückgegeben wird, ist veranlasst durch die mehrfach wiederholten Aufforderungen an seine Nichte, [REDACTED], die bei ihr beschlossene Unfruchtbarmachung durchführen zu lassen, wofür sie nochmals eine Frist bis zum 31.8.1944 erhalten hat. [REDACTED] ist hier schon dadurch bekannt, daß seine Frau, eine Muttterschwester der [REDACTED], wegen Schizophrenie in der Überwachung des Gesundheitsamts steht. Er hat ähnliche Schreiben im gleichen verschrobenen Stil auch schon an das Gesundheitsamt gerichtet. Im persönlichen Verkehr spricht er nicht so verschroben und fällt in seinem Handeln auch sonst nicht auf, wenn er auch vielleicht gewisse Eigenarten hat; so ist er Dorfdichter und liest seine Gedichte am Hiertisch vor. Bei seinen Schreiben ist er offenbar nicht im stände gewesen, seine Gedanken, die wegen der Aufforderungen an seine Nichte überstürzt auf ihn einströmten in seiner Aufregung geordnet schriftlich niederzulegen. In seiner eigenen Sippe sind bis jetzt keine Erbkrankheiten bekannt geworden. Es ist deshalb fraglich, ob bei ihm schon eine wirkliche Psychose anzunehmen ist. Er wird zwar in der Erbkartei erfasst, bei seinem Alter von 71 Jahren und, da er kinderlos ist, erübrigen sich sonst alle anderen Maßnahmen.

1 Beil.

Medizinalrat

Universitätsarchiv Tübingen. - Signatur: 669/10501



9.3 Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses⁷³⁴

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Vom 14. Juli 1933.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

- (1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.
- (2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:
1. angeborenem Schwachsinn,
 2. Schizophrenie,
 3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
 4. erblicher Fallsucht,
 5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
 6. erblicher Blindheit,
 7. erblicher Taubheit,
 8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.
- (3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

§ 2

- (1) Antragberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.
- (2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.
- (3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

⁷³⁴ www.dokumentarchiv.de

§ 3

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

§ 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

§ 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

§ 6

- (1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen.
- (2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 2 Abs. 1 entschieden hat. hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

§ 7

- (1) Das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht ist nicht öffentlich.
- (2) Das Erbgesundheitsgericht hat die notwendigen Ermittlungen anzustellen; es kann Zeugen und Sachverständige vernehmen sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen und ihn bei unentschuldigtem Ausbleiben vorführen lassen. Auf die Vernehmung und Beeidigung der Zeugen und Sachverständigen sowie auf die Ausschließung und Ablehnung der Gerichtspersonen finden die Vorschriften der Zivilprozeßordnung sinngemäße Anwendung. Ärzte, die als Zeugen oder sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen.

§ 8

Das Gericht hat unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden. Die Beschlußfassung erfolgt auf Grund mündlicher Beratung mit Stimmenmehrheit. Der Beschluß ist schriftlich abzufassen und von den an der Beschlußfassung beteiligten Mitgliedern zu unterschreiben.

Er muß die Gründe angeben, aus denen die Unfruchtbarmachung beschlossen oder angelehnt worden ist. Der Beschluß ist dem Antragsteller, dem beamteten Arzt sowie demjenigen zuzustellen, dessen Unfruchtbarmachung beantragt worden ist, oder, falls dieser nicht antragsberechtigt ist, seinem gesetzlichen Vertreter.

§ 9

Gegen den Beschluß können die im § 8 Satz 5 bezeichneten Personen binnen einer Frist von einem Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde einlegen. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung. Über die Beschwerde entscheidet das Erbgesundheitsgericht. Gegen die Versäumung der Beschwerdefrist ist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Zivilprozeßordnung zulässig.

§ 10

- (1) Das Erbgesundheitsobergericht wird einem Oberlandesgericht angegliedert und umfaßt dessen Bezirk. Es besteht aus einem Mitglied des Oberlandesgerichts, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen. § 6 Abs. 2 gilt entsprechend.
- (2) Auf das Verfahren vor dem Erbgesundheitsobergericht finden §§ 7, 8 entsprechende Anwendung.
- (3) Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet endgültig.

§ 11

- (1) Der zur Unfruchtbarmachung notwendige chirurgische Eingriff darf nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt durchgeführt werden. Dieser darf den Eingriff erst vornehmen, wenn der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschluß endgültig geworden ist. Die oberste Landesbehörde bestimmt die Krankenanstalten und Ärzte, denen die Ausführung der Unfruchtbarmachung überlassen werden darf. Der Eingriff darf nicht durch den Arzt vorgenommen werden, der den Antrag gestellt oder in dem Verfahren als Beisitzer mitgewirkt hat.
- (2) Der ausführende Arzt hat dem beamteten Arzt einen schriftlichen Bericht über die Ausführung der Unfruchtbarmachung unter Angabe des angewendeten Verfahrens einzureichen.

§ 12

- (1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.
- (2) Ergeben sich Umstände, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhalts erfordern, so hat das Erbgesundheitsgericht das Verfahren wieder aufzunehmen und die Ausführung der Unfruchtbarmachung vorläufig zu untersagen. War der Antrag abgelehnt worden, so

ist die Wiederaufnahme nur zulässig, wenn neue Tatsachen eingetreten sind, welche die Unfruchtbarmachung rechtfertigen.

§ 13

- (1) Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse.
- (2) Die Kosten des ärztlichen Eingriffs trägt bei den der Krankenversicherung angehörenden Personen die Krankenkasse, bei anderen Personen im Falle der Hilfsbedürftigkeit der Fürsorgeverband. In allen anderen Fällen trägt die Kosten bis zur Höhe der Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung und der durchschnittlichen Pflegesätze in den öffentlichen Krankenanstalten die Staatskasse, darüber hinaus der Unfruchtbargemachte.

§ 14

Eine Unfruchtbarmachung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernstesten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.

§ 15

- (1) Die an dem Verfahren oder an der Ausführung des chirurgischen Eingriffs beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- (2) Wer der Schweigepflicht unbefugt zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch der Vorsitzende stellen.

§ 16

- (1) Der Vollzug dieses Gesetzes liegt den Landesregierungen ob.
- (2) Die obersten Landesbehörden bestimmen, vorbehaltlich der Vorschriften des § 6 Abs. 1 Satz 1 und des § 10 Abs. 1 Satz 1, Sitz und Bezirk der entscheidenden Gerichte. Sie ernennen die Mitglieder und deren Vertreter.

§ 17

Der Reichsminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Justiz, die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

§ 18

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1934 in Kraft.

Berlin, den 14. Juli 1933.

Der Reichskanzler
Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern
Frick

Der Reichsminister der Justiz
Dr. Gürtner

9.4. Der Fragebogen

Um die statistischen Werte erheben zu können, erarbeitete ich einen Fragebogen, anhand dessen ich die Akten durcharbeitete.

1. durchlaufende Nummer
2. Aktenzeichen
3. Nachname, Vorname
4. Alter, eingeteilt in 10 Gruppen im 5 Jahresabstand bis zum 50, Lebensjahr
5. Familienstand
6. Beruf (in Worten)
7. Art der Aufnahme, teilt sich in freiwillig, durch Angehörige veranlasst, oberamtlich eingewiesen, oder zur Bobachtung eingewiesen durch Beschluss des EGG/Rentenangelegenheit
8. Aufenthaltsdauer in Tagen
9. Länge des Gutachtens in absoluten Zahlen
10. Monat der Gutachtenerstellung,
11. EOG oder EGG Gutachten?
12. Name des/der GutachterIn
13. Name des Zweiunterzeichners
14. Sind psychische Auffälligkeiten in der Familie erwähnt? (alles was dem Gutachter erwähnenswert erscheint)
15. Kinder, , Anzahl, unehelich, ehelich, schwanger?.
16. Diagnose
17. Erbkrank im Sinne des Gesetzes?
18. Ehetauglichkeit: sollte verweigert werden, ist nicht gegeben, sollte überprüft werden, einer Eheschließung sind keine Bedenken entgegen zu bringen, keine Angabe
19. Fremdanamnestiche Angaben einer nicht: medizinischen Amtsperson, wie Pfarrer, Lehrer Bürgermeister, Fürsorgerin etc.
20. sonstige Auffälligkeiten

10. Verzeichnis der benutzten Quellen

Aus dem Universitätsarchiv Tübingen:

Krankenakten: Signatur: UAT 669

Poliklinikakten des Jahres 1936: Signatur: UAT 648/275-277

Operationsbuch der Universitäts - Frauenklinik Tübingen 1934-1940: Signatur:
UAT 317

Korrespondenzakten der Verwaltung: Signatur: UAT 335 / 13 und 73 sowie UAT
309

Aus dem Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen:

Das Buch über Sterilisierungen: keine Signatur

Aufnahmebuch 1936 : keine Signatur

Diagnosebuch 1934-1941 : keine Signatur

11. Abkürzungsverzeichnis

Abs. = Absatz

d. i. = das ist

EKG = Erbgesundheitsgericht

EOG = Erbgesundheitsobergericht

F.K.T.= Frauenklinik Tübingen

GVeN = Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (zeitgenössische Abkürzung)

GzVeN = Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (häufig in heutigen Publikationen verwendet)

m.E. = meines Erachtens

N.kl.= Nervenklinik

RGBl = Reichsgesetzblatt

RM= Reichsmark

st.= Sterilisation

UAT = Universitätsarchiv Tübingen

u. E.= unseres Erachtens

V.a.= Verdacht auf

Ziff. = Ziffer

i.S.d.G. = im Sinne des Gesetzes

12. Literaturverzeichnis

Adam, Uwe Dietrich: Die Universität Tübingen im Dritten Reich. In: Beiträge zur Geschichte der Universität Tübingen 1477 bis 1977, Tübingen: Attempto Verlag, 1977 S. 193-226

Auschwitz - nationalsozialistisches Vernichtungslager © staatliches Museum Auschwitz- Birkenau 1997

Baader, Gerhard: Rassenhygiene und Eugenik. Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte „Minderwertige“ im Nationalsozialismus.

In: Bleker/ Jachertz: „Medizin im Dritten Reich“ Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1989 S.22-29

Bauer, Werner : Erste Erfahrungen mit der Anwendung des Sterilisierungsgesetzes bei Geisteskranken (eine statistische Übersicht über die Fälle der Tübinger Nervenklinik im Zeitraum vom 1.1.1934 bis 31.12. 1934). Med. Dissertation, Universität Tübingen, 1936.

Beck, Christoph : Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im „Dritten Reich“ – und heute. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1995 erw., aktualisierte und neu ausgestattete Ausg.

Beringer, K.: Die Erblichkeit in Handbuch der Geisteskrankheiten IX, Teil V, Schizophrenie. Berlin: Verlag von Julius Springer 1932

Bleker, Johanna und Jachertz, Norbert: „Medizin im dritten Reich“ Schriftensammlung. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag, 1989

Bleuler, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Julius Springer Verlag, 1930, 5. stark umgearbeitete Auflage

Bock, Gisela : Sterilisationspolitik im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. (Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin). Opladen: Westdeutscher Verlag, 1986.

Bonhoeffer, Karl: Die Erbkrankheiten. Klinische Vorträge im 2. erbbiologischen Kurs Berlin: Verlag von S. Karger, 1936

Bürger- Prinz, H. : Die körperliche Konstitution. In: Handbuch der Geisteskrankheiten IX, Teil V, Schizophrenie. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1932

Creutzfeld, H. G.: Epilepsie. In: Bonhoeffer: Die Erbkrankheiten. Berlin: Karger Verlag, 1936. S. 94 –100.

Czarnowski, Gabriele: Die restlose Beherrschung dieser Materie. Beziehungen zwischen Zwangssterilisation und gynäkologischer Sterilitätsforschung im Nationalsozialismus. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Heft 3 14. Jahrgang, September 2001, S. 226 bis 246

Daum, Monika und Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933- 1945. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, 1991.

Delius, Peter: Im Schatten der Opfer. Die Bewältigung der NS-Gewaltmaßnahmen gegen psychische Kranke durch deren Angehörige. In: Eckard Heesch, Heilkunst in unheilvoller Zeit. Beiträge zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. S. 65 ff. Mabuse Verlag 1993

Dörner, Klaus: Anstaltsalltag in der Psychiatrie und NS- Euthanasie´. In: Bleker/ Ja-chertz: „Medizin im Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1989. S. 94-102

Dörner, Klaus und Ursula Plog: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag 1992

Dörner, Klaus: Die deutsche Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus. In: Eckard Heesch, Heilkunst in unheilvoller Zeit. Beiträge zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. Mabuse Verlag 1993. S. 59-64

Dubitscher; F. : Abgrenzung des Schwachsinn. In Bonhoeffer: Die Erbkrankheiten. Karger Verlag 1936. S.49 -63

Ehlers, Paul Nikolai : Die Praxis der Sterilisierungsprozesse in den Jahren 1934 –1945 im Regierungsbezirk Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Erbgesundheitsgerichte Duisburg und Wuppertal. München: WF, 1994

Ernst, Konrad: Über Gewalttätigkeitsverbrecher und ihre Nachkommen. Med. Dissertation, Universität Tübingen 1938

Frewer, Andreas: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe- Debatte: die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main: Campus Verlag 2000

Gauger, Hedwig: Die in die Nervenklinik der Universität Tübingen im Jahre 1935 aufgenommenen Schizophrenen. Befund bei der Entlassung und Verlauf der Erkrankung bis zum Dezember 1937. Diss. med. 1939

Foerster/ Leonhardt/ Buchkremer: Wahn und Massenmord. Perspektiven und Dokumente zum Fall Wagner. Verlag Sindlinger – Burchartz. 1999

Friedrich, Hannes und Matzow, Wolfgang : Dienstbare Medizin: Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1992.

Fuhrmann, Manfred und Korbsch, Heinrich: Lehrbuch der Psychiatrie. Johann Ambrosius Barth Verlag Leipzig 1937

Gerrens, Uwe: Medizinisches Ethos und theologische Ethik. Karl und Dietrich Bonhoeffer in der Auseinandersetzung um Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Nationalsozialismus. Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte. München: Oldenbourg – Verlag, 1996.

Gönner, Roland: Die Schweigepflicht des Arztes und Apothekers nach deutschem und französischem Recht. Med. Dissertation, Universität Tübingen 1939

Gütt/ Rüdlin/ Rutke : Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen. München, J.F. Lehmanns Verlag, 1936. Zweite, neubearbeitete Auflage

Heesch, Eckhardt: Heilkunst in unheilvoller Zeit. Beiträge zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. Frankfurt: Mabuse Verlag, 1993

Held, Katrin Charlotte : Untersuchung der Gutachten der Universitätsklinik Tübingen aus dem Jahr 1938 unter besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsgutachten. Med. Dissertation, Universität Tübingen, 1995.

Heß, Marga: Zur Geschichte der Entschädigung von „Euthanasie“ – Opfern: Gedenken und Handeln. In: Frewer, Andreas: „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2000. S. 370 -382

Hoffmann, H. F: Der Psychiater und die neue Zeit. „Zeitschrift für psychische Hygiene“ Bd.VI. Berlin: Walter de Gruyter& Co S. 161-167

Hoffmann, H.F. Das ärztliche Weltbild. Stuttgart 1937, S. 46-52

Horstmann, Ernst: Die eugenischen Sterilisierungen an der Frauenklinik Tübingen Med. Dissertation, Universität Tübingen 1938

Huber, Gerd: Psychiatrie, Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Sechste Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1999

Hundt, Helmut Erhard : Die Betrachtung ärztlicher Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen des Jahres 1937 unter besonderer Berücksichtigung der Indikation zur Sterilisation. Med. Dissertation Universität Tübingen, 1996.

Kater, Michael H. : Ärzte als Hitlers Helfer, „doctors under Hitler“ 1989, University of North Carolina Press, dt. Erstausgabe. Hamburg/ Wien: Europa Verlag 2000

Klein, Leo: Gesichtsspalten und Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Med. Dissertation, Universität Tübingen 1937

Koch, Thomas : Zwangssterilisation im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 1994.

Kraepelin, Emil: Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth. 1899. 6. vollständig umgearbeitete Auflage

Leins, Claudia : Robert Eugen Gaupp, Leben und Werk, Med. Dissertation, Universität Tübingen, 1991.

Leonhardt, Martin : Hermann F. Hoffmann (1891-1944). Die Tübinger Psychiatrie auf dem Weg in den Nationalsozialismus. (CONTUBERIUM, Tübinger Beiträge zur Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte, Band 45). Sigmaringen: Jan Thorbecke Verlag, 1996.

Leonhardt, Martin / Klaus Foerster: Der Blick des Psychiaters – Wagner in Winnental, eine Einführung. Erschienen in: Foerster / Leonhardt / Buchkremer. Wahn und Massenmord, Perspektiven und Dokumente zum Fall Wagner. Verlag Sindlinger – Burchartz. 1999. S.123-134

Leonhardt, Martin / Gerhard Buchkremer: Die mehrdimensionale Sicht: Robert Gaupp, Ernst Kretschmer und die Tübinger psychiatrische Schule (Publikation in Vorbereitung)

Leonhardt, Martin / Klaus Foerster: Biologisches Recht? – Die forensische Psychiatrie als Zugang zur „medizinischen Kultur“ im Nationalsozialismus (Publikation in Vorbereitung)

Leonhardt, Martin: „Euthanasie“ an der Universität? Das Tübinger Beispiel samt einigen Überlegungen. (Publikation in Vorbereitung)

Mayer, Grosses Taschenlexikon in 25 Bänden. 1999 Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, Mannheim..

Meyer, Joachim E.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. S.44 – 60 In : Dienstbare Medizin, Friedrich / Matzow. Sammlung Vandenhoeck, 1992.

Neugebauer, Eva-Gabriele: Das nationalsozialistische Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der 1940 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen sterilisierten Frauen und Männer. Med. Dissertation, Universität Tübingen, 1994.

Nowak, Kurt: „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und der „Euthanasie“ – Aktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1978

Ottow, B. : Die gynäkologischen Grundlagen der erbgesundheitsgerichtlichen Begutachtung und der gesetzlichen Sterilisierung erbkranker Frauen. S.163 –178 in K. Bonhoeffer. Die Erbkrankheiten. Berlin: Karger Verlag, 1936

Peters, Uwe Henrik: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. Urban und Fischer, München. Jena 1999

Pilavas, Ioannis: Psychiatrie im Widerstreit der Konzepte. Zur Entstehungsgeschichte der Tübinger Nervenlinik. Sigmaringen: Jan Thorbecke Verlag, 1994

Pfleiderer, Adolf: Medizinische Fakultät, August Mayer zum Gedächtnis. Attempo, H. 29/30 1968

Poeck, Klaus / Hacke, Werner: Neurologie, 11. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer-Verlag 2001. S.377-411

Pommerin, Reiner: Sterilisierung der Rheinlandbastarde. Das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit 1918-1937. Düsseldorf: Droste Verlag Düsseldorf 1979

Preuschhoff, Susanne: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 – Praxis und Besonderheiten der Durchführung in der Stadt Neuss von 1933 bis 1943. S. 41 – 66 In: Folgen der Ausgrenzung, Studien zur Geschichte der NS- Psychiatrie in der Rheinprovinz. Köln: Rheinlandverlag 1995

Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen 154. bis 184. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter & Co, 1964.

Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen 259. Auflage 2002

Reichsgesetzblatt, Jahrgang 1935, Teil I. Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes vom 18.10.1935

Richarz, Bernhard : Heilen Pflegen Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, 1987.

Riechert, Hansjörg : Im Schatten von Auschwitz. Die nationalsozialistische Sterilisationspolitik gegenüber Sinti und Roma. Münster/ New York: Waxmann Verlag, 1995.

Ritter, Cornelia : Das Sterilisationsgesetz und seine Geisteskranken. (mit einer statistischen Übersicht über die Fälle der Tübinger Nervenklinik im Jahre 1935) Med. Dissertation, Universität Tübingen (o.J.) 1942?

Ritter, Robert: Ein Menschenschlag. Erbärztliche und erbgeschichtliche Untersuchungen über die – durch 10 Geschlechterfolgen erforschten- Nachkommen von „Vagabunden, Jaunern und Räubern. Med. Habilitation Universität Tübingen 1937

Rothmaler, Christiane: Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. In: Bleker/ Jachertz: „Medizin im Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag, 1989 S.68-75

Rudnick, Martin: Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und der Zwangssterilisation zur „Euthanasie“. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1985

Rudnick, Martin: Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus. Edition Marhold. 1990

Schmid, Jochen Hans Egon : Die ärztlichen Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen des Jahres 1935 unter besonderer Berücksichtigung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Med. Dissertation Universität Tübingen, 1994.

Schmuhl, Hans- Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 75. Vandenhoeck& Ruprecht. 1987

Schittenhelm, Eleonore : Die Vererbung des Schwachsinn, Med. Dissertation Universität Tübingen, 1938.

Schönhagen, Benigna: Tübingen unterm Hakenkreuz. Universitätsstadt in der Zeit des Nationalsozialismus. Stuttgart: Theiss Verlag, 1991

Seidlitz von, Katja: Untersuchung der psychiatrischen Gutachtenpraxis an der Universitäts- Nervenklinik Tübingen in den Jahren 1942- 1945. Med. Dissertation Universität Tübingen, 1999

Strohkendl, Paul Robert : Zur Begutachtung der männlichen Probanden der Jahre 1933 und 1934 an der Universitätsnervenklinik Tübingen unter besonderer Berücksichtigung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 01.01.1934. Med. Dissertation, Universität Tübingen, 1995.

Süß, Markus Oliver : Psychodynamische Konzepte der Epilepsie zwischen 1910 und 1945 im deutschsprachigen Raum. Med. Dissertation, Universität Tübingen 2000.

Thom / Caregorodcev: Medizin unterm Hakenkreuz. VEB Verlag Volk und Gesundheit. 1989

Winter, Josef : Über die Nachkommenschaft Schizophrener. Med. Dissertation, Universität Tübingen. Düsseldorf: Dissertationsverlag G. H. Nolte, 1937.

Wuttke – Groneberg, Walter: „Heilen und Vernichten. Das Beispiel des „Tübinger Faschisten“ August Mayer / die „Vollfrau“ als Ideal. Schwäbisches Tageblatt Nr. 38. 9.1.1982

Zaremba: Dem rena och dem andra, tvangsterilisationar, rashygien och arvssynd. Bolförlaget DN: 1999

Danksagung

Danken möchte ich Herrn Prof. Klaus Foerster, forensische Psychiatrie Tübingen für die freundliche Überlassung des Themas.

Mein ganz besonderer Dank geht an Herrn Dr. med. Martin Leonhardt für die außerordentliche Betreuung und Beistand während der Erstellung dieser Arbeit.

Dann danke ich dem Universitätsarchiv Tübingen für die viele Arbeit und Hilfe im Zusammenhang mit der Aktenbesorgung , sowie den MitarbeiterInnen des historischen Lesesaals der Universitätsbibliothek Tübingen.

Von Herzen möchte ich noch allen danken, die mich privat unterstützt und umsorgt haben, allen voran meiner Frau Alexandra Kaasch. Dann danke ich meinen Eltern für die langjährige finanzielle Unterstützung und im besonderen meinem Vater Hans Kaasch für die freundliche Hilfe. Außerdem meiner Großmutter Elisabeth Kaasch für den Unterricht der Sütterlinschrift sowie allerlei Informationen zum Thema. Weiterhin möchte ich Lucie Braun, Constanze Kießling, Thorsten Doneith, Thiemo Rudolph und Johanna Jäger danken.

Lebenslauf: Kaasch, Imke Marion

1995 Abitur am Droste- Hülshoff- Gymnasium Rottweil

1995-1996 Voluntariat in Mokpo/ Südkorea

1996-2003 Studium der Humanmedizin in Homburg/ Saar, Stockholm, Tübingen,

2002-2003 Praktisches Jahr in Bruxelles/ Belgien, Herisau/ Schweiz und der Frauenklinik an der Universitätsklinik Tübingen

1999-2006 Arbeit an der vorliegenden Dissertation

14.05.2003 Drittes Staatsexamen

2003-2005 Rotations- AiP am Norra Älvsborg Krankenhaus, Trollhättan/ Schweden

Seit September 2005: Facharztausbildung Chirurgie am Städtischen Klinikum Mitte Bielefeld.